

Universidad de Palermo

Facultad de Ciencias Sociales

Lic. En Psicología

Trabajo Final de Integración

“La supervisión en la terapia sistémica”

Alumno: Silva, Jorge Joaquín

Tutor: Valeria Wittner

INDICE

ITEMS	PÁGINA
1. Introducción	3
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo general	4
2.2 Objetivos específicos	4
3. Marco teórico	5
3.1 La terapia sistémica	5
3.1.1 La terapia sistémica y las comunicaciones	8
3.1.2 La terapia sistémica y el enfoque estratégico	10
3.1.3. La terapia sistémica y el cambio	13
3.1.4 La terapia sistémica y el dispositivo grupal	16

4. Metodología	26
4.1 Tipo de estudio	27
4.2 Participantes	27
4.3 Instrumentos	27
4.4 Procedimientos	27
5. Desarrollo	28
6. Conclusiones	44
7. Referencias Bibliográficas	50
8. Anexos	52

1. Introducción:

La institución con enfoque sistémico en la cual se realizó el presente trabajo, es argentina y de proyección internacional. Desde hace más de 10 años, realiza actividades de formación de profesionales, asistencia e investigación psicológica.

Misión de la Escuela: A través de su Instituto Paúl Watzlawick desarrolla actividades de formación e investigación en Psicología clínica en terapia individual, pareja y familia desde el modelo sistémico. Mediante su Departamento de Consultoría organizacional sistémica, trabaja para diferentes empresas además de realizar un curso superior en Management sistémico. A través de su Departamento de Asistencia, atiende a más de 700 pacientes cubriendo un espectro de distintos tipos de trastornos y con variados modelos trabajar por una calidad de vida que mejore los vínculos con la familia, con los diversos grupos sociales y con la sociedad en general; respetar y capitalizar los recursos del ecosistema; crear un espacio de reflexión, formación y conocimientos en profesionales de la salud mental y de otras disciplinas que se interesen en el modelo sistémico; generar un espacio de investigación que permita desenvolver la inventiva, articular teoría y práctica y aprender nuevos conocimientos y brinda entre otros servicios los siguientes:

Proporcionar asistencia psicológica a individuos, pareja, familia, empresas y grupos.

Elaborar planes de prevención en salud mental que colaboren a anticipar situaciones de crisis.

Desarrollar atención para las clases carenciadas, en pos del bienestar de familias y velando por una niñez con futuro abordaje.

Visión de sus fundadores: Nace en 1996, a partir de la idea de dos terapeutas familiares de dilatada experiencia; Horacio Serebrinsky y Marcelo Rodríguez Ceberio, los cuales deciden poner su “sueño” en acción y crear una escuela de asistencia y formación de psicoterapia sistémica y plasmar finalmente su sueño: un centro de altos estudios de formación, investigación y asistencia, un centro donde se enseñe una nueva concepción epistemológica, donde se aprende a pensar, a conocer, a sentir y actuar de manera sistémica.-

2. Objetivos

2.1 Objetivo general:

Describir la importancia que tiene el proceso de supervisión grupal que se realiza en la Institución, según el enfoque sistémico.-

2.2. Objetivos específicos:

- Describir cómo la supervisión grupal permite *revalorizar* los recursos del supervisado.-
- Analizar cómo la supervisión facilita una mejor *re significación* del problema o del motivo inicial de consulta
- Describir cómo la supervisión grupal permite *reorientar o combinar* diferentes dispositivos de tratamiento

3. Marco Teórico

3.1. La terapia sistémica :

La llamada *Teoría General de los Sistemas*, fue creada por Bertalanfy (1976) , en 1937 con el propósito de obtener una metodología que unifique y atravesase todas las disciplinas; sin embargo los terapeutas familiares que buscaban conceptos integradores y que facilitaran su trabajo, recién lo apropiaron en los 50.

El autor, tiempo más adelante evalúa este tipo de metodología cuando lo confronta con el enfoque mecanicista que es el predominante de esa época; es allí donde expone una teoría que está inspirada en la biología; ésta considera a un organismo, por ejemplo un cuerpo humano, como un único sistema, que a su vez está integrado por otros subsistemas como el circulatorio, respiratorio, óseo, etc., recordando que el objetivo principal de éste radica en el estudio y descubrimiento de los principios de organización de esos sub sistemas y en sus distintos niveles.

También el autor, estimula y fomenta el intercambio entre diferentes campos de estudio, desarrolla para éstos, nuevos modelos teóricos de investigación, minimizando de esta manera la repetición y optimizando esfuerzos.

El mismo autor le da especial trascendencia al concepto de *incertidumbre* como una de las propiedades de este tipo de sistemas complejos, lo cual significa que no es estable y que sus componentes se modifican e intercambian permanentemente.-

Bertalanfy también resalta del concepto *sistema*, el enfoque holístico o integrador del mismo, y lo hace cuando se refiere a que ello es lo que permite que el sistema funcione o no, independientemente de las partes que lo compongan, si bien cada uno de sus componentes puede ayudar o impedir a ese fin, en definitiva la clave está en cómo interaccionan sus componentes unos con otros.

Serebrinsky (2009) vincula los inicios de la psicología social con los abordajes finales a la teoría sistémica, y de forma más específica, la importancia del pensamiento sistémico en este tipo de terapia; y dice refiriendo por ejemplo a las terapias familiares, que se pueden ver a los síntomas como expresiones disfuncionales de un sistema familiar, de forma tal que entonces el foco de análisis del terapeuta recae no solamente en el paciente, sino en todos

los inter sistemas con los que se vincule (familia, amigos, trabajo, etc.), según el mismo autor, es por eso que la mayoría de las escuelas de pensamiento se enfocan principalmente en conductas y diferentes patrones de intercambio entre estos componentes del sistema de estudio y anteriormente citados, y es por ello también que la solución de problemas y síntomas estén en total relación con las vinculaciones que desarrollan los miembros del sistema en si mismo.- (Ver Figura 1) .

Por último el autor, resalta la importancia del enfoque sistémico dentro de la terapia, lo que permitió rescatar técnicas y metodologías ya desarrolladas en otras disciplinas pero que permitieron ser aplicados para este enfoque, y que ahora se citan, pero que más adelante ampliaremos a lo largo de este trabajo (procesamiento y re-procesamiento de la información, adaptabilidad y re-adaptabilidad del sistema, re-alimentación del sistema y formulación de estrategias de cambio); todo esto, sigue diciendo el autor, concluyó en una renovación profunda de las técnicas terapéuticas aplicadas hasta el momento.

CUADRO COMPARATIVO DE LAS PRINCIPALES ESCUELAS SISTÉMICAS

Figura 1. : Esquema comparativo de los procedimientos utilizados en el trabajo terapéutico según diferentes escuelas (Serebrinsky 2009, pp.102-103)

Características	Palo Alto	Estructural	Milán
Foco de Análisis	Proceso de Interacción	Como se organizan las familias: Interdependencia y Jerarquía	El significado que da el sistema familiar
Objeto del cambio	Circuito que mantiene el problema	Estructura	Significado
Foco de intervención	Segmento más motivado al cambio	Subsistemas	Primero todo el sistema y luego partes
Lugar del cambio	Fuera de la sesión	En la sesión	En la sesión principalmente
Intervenciones	Redefiniciones, sugerencias, prescripciones (directas y paradojales)	Redefiniciones, puesta en acto, desbalanceos, sugerencias y prescripciones directas	Preguntas circulares, connotación positiva, rituales, paradojas
Tipo de comunicación	Verbal	No verbal (espacio y movimiento)	Verbal
Distribución de las sesiones	Diez como máximo (generalmente una por semana o quincena)	Cantidad no especificada (generalmente una por semana durante tres o cuatro meses)	Cantidad no especificada, espaciadas entre si (tres o mas semanas)

3.1.1 La terapia sistémica y las comunicaciones:

Bateson (1998) provoca un giro importante en la epistemología de los conflictos y sus efectos en las relaciones humanas, cuando desarrolla la teoría del doble vinculo o doble

ligadura, hipótesis de trabajo llevada a cabo junto a otros especialistas por el llamado *Grupo de Palo Alto* y que estudió la particular forma de comunicación de una madre con un paciente pre-esquizofrénico, lo cual diera lugar luego, a extender este tipo de estudio, al análisis y efectos que provocan los mensajes contradictorios en general, y en las cuales el individuo se comporta de forma defensiva en una forma similar.

El autor explica la situación diciendo que, en tales circunstancias, el individuo se encuentra en una situación muy intensa y en la que percibe que es importante discernir con acierto que clase de mensaje se le está comunicando, para poder responder a él.

Y en ésta, el individuo se encuentra atrapado o en el medio de una situación en la cual otras personas intervinientes en la relación, manifiestan dos órdenes o tipos de mensajes, y uno de ellos contradice al otro; en esa situación el individuo está incapacitado de comentar los mensajes, y de ese modo poder discriminarlos adecuadamente para saber a cual mensaje responder.

En definitiva esta teoría de, doble vínculo o doble ligadura se vinculan en las siguientes premisas:

- a) La situación de interacción resulta vital y no puede ser evitada, para al menos, uno de sus miembros.
- b) El otro de los participantes, emite dos mensajes simultáneos que son contradictorios (por ejemplo, el verbal y no verbal).
- c) Se genera una incertidumbre e incapacidad por parte del receptor para definir a cuales de los dos mensajes escuchar, cuando falta un tercero que agregue información.
- d) La consecuencia es que el sujeto queda atado a ese doble vínculo y solo responde literalmente y se vuelve renuente a escuchar todo lo que se le comunica con la palabra únicamente, y es así que algunos individuos pueden comenzar a desarrollar conductas disociativas.

Watzlawick (1981) es el que plantea determinados axiomas exploratorios de la comunicación como las resumimos a continuación:

a) No hay no-conducta o dicho de otra forma es imposible no-comportarse, y como consecuencia, no-comunicarse, el silencio, la postura o hasta la negación, es un modo de comunicarse.

b) Existen diferentes niveles de contenidos y de relaciones en la comunicación, lo que es otra manera de decir que en una comunicación no sólo se transmite información sino que al mismo tiempo se impone conductas, o sea lo referencial y lo connotativo. En definitiva y lo importante de este punto, es que lo segundo, lo conductual y relacional, clasifica, condiciona a lo primero, y es la *meta-comunicación*.

c) La puntuación de la secuencia de los hechos, refiriéndose al modo en que dos personas intercambian mensajes, y de ver una comunicación como una secuencia ininterrumpida de intercambios. La puntuación *organiza* los hechos de la conducta y su falta es causa de conflictos importantes en las relaciones

d) La comunicación humana es digital y analógica, podemos referirnos a un objeto de dos maneras totalmente distintas, a través de un dibujo, o a través de un nombre, una palabra, con signos arbitrarios que se manejan dentro de la sintaxis de un lenguaje.

e) La interacción comunicacional como simétrica, cuando los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca; y complementaria cuando la conducta de uno de ellos termina de integrar la del otro.

Wainstein (2006a) manifiesta que con la aparición de la Cibernética, en 1948 de la mano de Weiner, la teoría comunicacional vincula a través de similitudes, el concepto de la *influencia y el de la información*, visto esto como una secuencia de señales combinatorias cuya forma de transmisión puede llegar a modificar el estado de esa información y de igual forma las relaciones sociales pueden ser vistas como sistemas y la interacción humana como un proceso de influencia y en el cual cada individuo puede modificar su comportamiento.

Este enfoque del autor nos permite describir a la conducta del individuo, también como una forma de comunicación y de intercambios informativos a través de los cuales interactúan los individuos.

Vincula los conceptos de conducta, comunicación e influencia, viéndolos como diferentes versiones de un mismo fenómeno y visto desde el paradigma comunicacional de psicología, podemos decir que los problemas humanos son en definitiva *fracasos comunicacionales* en

las negociaciones humanas. Y ya ingresando a considerar el concepto de significado en la comunicación, el autor nos habla de una reconfiguración de ésta que se da entre verbos, imágenes, e interacciones entre terapeuta y paciente, y manifiesta que reelaborando esos *bucles*, se configura y re-configura lo que denominamos “realidad clínica” que no es mas que un particular recorte de la realidad según el enfoque del terapeuta.

La capacidad del terapeuta del persuadir, está vinculada al uso de los recursos que él mismo tiene a su disposición, para la clínica, como una forma de apelar, como modos de inducción, y especialmente en la confianza de creencias compartidas entre el terapeuta y el paciente.

El lenguaje como conducta y viceversa, es para el autor, y en particular, para el terapeuta sistémico, una *mediación transformadora* tanto en una como en otra dirección, vale decir, ideas, imaginación, pensamiento, creencias, etc. En definitiva dice, que esto del lenguaje que desde lo conceptual puede admitir sutiles discriminaciones, en la práctica se unifica en un concepto clave que los sistémicos denominan *estrategia, o modo de abordar la terapia*.

3.1.2 La terapia sistémica y el enfoque estratégico:

Wainstein (2006b) sugiere ver el problema terapéutico a ser tratado como una estrategia fallida, vale decir, como una forma de vincular erróneamente medios con fines, también dice que podemos verla como una “disfunción” de partes estructurales que afectan el funcionamiento de un todo, o también, como un modo insatisfactorio de organizar la realidad mediante el pensamiento.

Vista una familia como sistema, la estabilidad de ésta siempre se encuentra amenazada por posibles conflictos o crisis que suelen atravesar y que llevan a modificar esa situación ideal. Dentro de ese sistema se forman *fronteras* que no son más que dificultades que se producen en la manera de comunicarse o vincularse con sus miembros; esas *fronteras*, según los casos, se rigidizan o flexibilizan, se violan o se respetan, o se re-configuran de otro modo.

Selvini Palazzoli (1988) propone el uso de paradojas y contra-paradojas como una puerta de entrada a la indagación de las estructuras de los diferentes sistemas familiares, como una estrategia de abordaje que permita acceder a los cambios y con la menor confrontación

posible. También la autora recomienda el uso fluido de las connotaciones positivas, como otra forma de abordaje al sistema familiar.

Para ella, la clave de la estrategia está en confrontar lo menos posible, o lo necesario únicamente, y utilizar las mismas estrategias o por lo menos similares herramientas o métodos que pone en juego la familia, aprovechar eso, para posicionarse desde allí para poder desactivar mecanismos que obstaculizan su funcionamiento. La autora integra un grupo de investigación dedicado específicamente en la terapia familiar denominada *Grupo Milán* que se caracteriza por poner su foco de análisis específicamente en el sistema primero, antes que en cada uno de sus componentes y que se ha caracterizado en sus intervenciones, por incorporar el enfoque de la problemática, desde la circularidad en el análisis de causa-efecto, y desde allí, la aplicación de técnicas como las citadas recientemente (paradojas, contra-paradojas, connotaciones positivas, etc.)

Minuchin y Fischman (1981) consideran que el enfoque sistémico dentro de la terapia, como estrategia, permite también *dinamizar* el diagnóstico, lo cual los autores lo consideran como una consecuencia lógica de la evolución y cambio de demandas por parte de un sistema familiar, también en proceso de cambio, durante la terapia de la familia.

El diagnóstico es aproximativo, cambiante y dinámico, y como consecuencia de todas las posibles estrategias que pueden abordarse (reconstruir el itinerario de consulta, proponer entrevistas conjuntas para redefinir el problema, observar interacciones verbales, explorar la historia familiar, evaluar hipótesis progresivas). Uno de los objetivos que se propone este tipo de terapia, es lograr que la familia entre en una etapa de agitación positiva, y de algún modo lograr que se exploren otros caminos alternativos de solución a una crisis, lo cual lleva a atravesar a la misma, por momentos, a nuevos y mayores conflictos. Dicen los autores que la terapia en este dispositivo, “es el proceso de tomar a una familia atascada en su espiral evolutiva y provocar una crisis que la empuje en la dirección de su propia evolución”. (p.27)

Haley (1976) incorpora dentro de su modelo el concepto de ciclo vital, a partir de lo cual puede definir a una patología como la interrupción de determinado proceso evolutivo normal, pudiendo ser ese síntoma, una indicación de que la familia pueda tener dificultades en transitar alguna etapa del ciclo. Por lo tanto, la meta de la terapia es destrabar a la

familia y ponerla de nuevo en funcionamiento dentro de su ciclo vital. El autor cambia el enfoque tradicional de buscar el origen y comprensión de los problemas familiares; en cambio, lo que busca es tratar de entender, el modo en que las familias sostienen sus problemas intentando resolverlos siempre del mismo modo e ir una y otra vez al fracaso.

Ello refuerza el llamado círculo vicioso, porque generan más conductas o pautas similares a las que originalmente ocasionaron el problema e imposibilitan cambios de reglas y conductas.

Wittezaele y García (1994) consideran que la llamada *terapia breve de Palo Alto*, es una nueva estrategia terapéutica, que enfoca su intervención en las dificultades del paciente en su accionar diario, y a efectuar junto al paciente la búsqueda de recursos y medios posibles que le permitan desempeñar sin mayores tropiezos su tarea cotidiana y aliviar su sufrimiento. También comentan los autores que esta nueva forma de terapia, en sus comienzos, encontró críticas por parte de la comunidad terapéutica tradicional, en particular en la creencia que, la brevedad del tratamiento puede conspirar con la eficacia de sus resultados.

Los autores toman en cuenta determinadas características de la estrategia de la terapia breve que son las siguientes;

- a) *Definir el objetivo de intervención*, caracterizado por la precisión en la temática que inicialmente se plantea, se trata de un enfoque teórico y metodológicamente diferente, en que no prevalecen los procesos intra-psíquicos.
- b) *Papel activo del terapeuta*, ya que intenta inducir cambios desde la primera sesión, se trata de un proceso terapéutico controlado por el propio terapeuta que es el que conduce la situación.
- c) *Concentración sobre la situación presente* más que sobre el pasado, dado que la reunión de información resulta fundamental para comprender como pueden influir situaciones o vivencias pasadas en vivencias o acciones presentes.
- d) *Cambio de comportamiento* más que toma de conciencia, dado que el enfoque es básicamente pragmático y de comportamiento, vale decir que por lo menos, algunos síntomas que dificultan el comportamiento, vayan mejorando.
- e) *Estimular la motivación del paciente*, vale decir que este tipo de terapias directivas está vinculada con la actitud del terapeuta para poder estimular la participación del

paciente en el proceso de cambio, aunque estos sean mínimos, pero que pueda registrarlos.

- f) *Utilización del lenguaje imperativo*, utilizando consignas precisas, sencillas, fáciles de seguir, adaptadas al contexto del paciente y de su lenguaje, para llevarlo a experimentar conductas nuevas.
- g) *Uso de las paradojas*, que consiste en controlar el comportamiento sintomático del paciente estimulándolo, y creando así una situación paradójica y provocar un cambio de dirección.

Los autores priorizan de todas las estrategias del terapeuta sistémico, la de la “intervención” para comenzar a resolver el problema. El terapeuta sistémico, dicen, no busca a priori, *categorizar o encasillar* el sufrimiento, sino que intenta, en un primer momento, comprender esta dificultad de adaptación tal como se le manifiesta al paciente en la vida cotidiana y determinar cuáles son los mecanismos de regulación posibles.

3.1.3 La terapia sistémica y el cambio:

Simon, Sherlin y Wynne (1984) diferencian la manera de abordar los sistemas, diciendo que los sistemas biológicos casi siempre presentan respuestas no-lineales o directas (tipo causa-efecto); el cambio discontinuo, es no-lineal, y además las relaciones no-lineales no son necesariamente discontinuas, sino que se realimentan; de modo que la contrapartida es circularidad, y en la cual la relación de la progresión de las causas, es tal que se terminan realimentando mutuamente. Para los autores ambos enfoques causales de un tratamiento, solo pueden abordarse de dos maneras diferentes: la *linealidad* representando a un nivel de abstracción en función de las relaciones presentes o sincrónicas, y la *circularidad* representando a un nivel de abstracción en función de las relaciones pasadas o diacrónicas. En definitiva, dos puntos de vista que deben considerarse juntos para poder ver el cuadro completo. Tanto la recurrencia, como la circularidad, caracterizan la posibilidad que tienen las causas y los efectos de volver a su punto de partida inicial.

Un sistema es capaz de cambiar de dos formas:

- a) el cambio de primer orden, en el cual los parámetros individuales varían de manera continua, pero la estructura no se altera.

b) el cambio de segundo orden, también llamado *el cambio del cambio*, en donde se producen cambios de las reglas que manejan su estructura u orden interno.

Dicen además que, un sistema que sólo es capaz de experimentar cambios de primer orden puede mantener su estabilidad en un medio relativamente constante a través de mecanismos que permiten mantener estable su estructura y a su vez auto-regularse, dentro de un ambiente medianamente estable (procesos de morfóstasis y homeóstasis, respectivamente).

El cambio de primer orden de un sistema se basa en gran medida en la retroalimentación negativa, que permite equilibrar las desviaciones y mantener el sistema en un nivel constante; el cambio de segundo orden, está basado en una realimentación positiva que incrementa las desviaciones, y se inicia así el desarrollo de nuevas estructuras del sistema.

Recuerdan también que el concepto de cambio de segundo orden fue introducido en la terapia familiar por Watzlawick, Weakland y Fisch en 1974, y a través de ello, aportó una explicación posible de la forma en que algunas intervenciones terapéuticas podían desembocar en cambios desproporcionados en los sistemas familiares.

Watzlawick y Nardone (1990) manifiestan entre otras cosas que, a partir de 1950 una nueva epistemología aparece en el seno de la comunidad científica, que se funda más bien en el concepto de información, de orden, de entropía negativa, y que sus principios estaban fundados en los de la *cibernética* y era que *la causalidad no es lineal sino circular*, es por tanto de naturaleza retroactiva, y tema abordado antes con mayor amplitud.

Continúan diciendo estos autores que al observar el comportamiento de los individuos en términos sistémicos, podemos considerar a las personas como sujetos que *interactúan* dentro de un sistema de relaciones o de un contexto caracterizado por un continuo y mutuo intercambio de informaciones, entonces veremos que se modifica completamente la perspectiva del estudio de la personalidad y de la conducta humana.

A esta consideración también debemos agregarle el concepto de la *re-alimentación* o *feedback* del mensaje que el emisor transmite al receptor .

La realimentación del proceso comunicacional, dentro de la interacción de emisor y receptor de un mensaje, procura reducir la distorsión que provoca el sentido e intencionalidad que los mismos (emisor y receptor) generan sobre la objetividad de un mensaje, y a lo que los autores lo denominan *causalidad circular*, como una forma

compleja de causación recíproca entre las variables que ponen en juego el emisor y el receptor del mismo.

Para los autores es esa causalidad circular, la que a veces sostiene o realimenta un problema; y romper con ese circuito permite una nueva redefinición del mismo.

Fisch (1984) se refiere a la maniobra del terapeuta, como la libertad que tiene el mismo en la forma en que lo considere más adecuada, o dicho de otra manera es la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o dificultades que aparezcan, dice también que esa capacidad de maniobra está condicionada con la mayor o menor ausencia, también de capacidad de maniobra que a su vez pueda tener el paciente.

Cita alguna de las estrategias que permiten ampliar esta capacidad de maniobra que resumiremos a continuación:

- a) *Oportunidad y ritmo*, tienen que ver con la capacidad de reacción y cambio de estrategia por parte del terapeuta apenas perciba que la estrategia aplicada no funciona.
- b) *Uso del lenguaje condicional*, lo cual le permite preservar su capacidad de maniobra, dado que en muchos casos el terapeuta tal vez desee efectuar alguna intervención específica pero no sabe como resultará al momento de efectuar la intervención
- c) *Uso del tiempo necesario*, dado que ante la premura del paciente, el terapeuta debe preservar su posibilidad de tomarse su tiempo para pensar y planificar sus estrategias; El cliente debe concretar, esto significa que el terapeuta debe mantener un equilibrio, entre no asumir una postura no comprometida y fluida, pero a su vez ayudar al paciente a asumir posturas comprometidas y bien definidas

- d) *Actitud igualitaria*, vale decir que el éxito de un tratamiento depende en gran medida de la capacidad que tiene el terapeuta para que el cliente le brinde información estratégica y para que lo acompañe en las sugerencias o tareas encomendadas; Sesiones individuales y conjuntas, significa que en todo enfoque

sistémico lo que importa es como se encaran los problemas, y no, si la sesión se lleva a cabo la sesión con un individuo, con la pareja, o con la familia.

3.1.4 La terapia sistémica y el dispositivo grupal

Pichón Riviere (1997) caracteriza al grupo como un grupo restringido de personas, que se encuentran ligadas por constantes de tiempo y espacio y están articulados por su mutua representación interna, y que se proponen en forma explícita o implícita una tarea que constituye su finalidad. Dichas personas interactúan a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles, siendo este fenómeno de organización grupal un hecho concreto.

Serebrinsky (2009) cuando se refiere al concepto de *ligazón y articulación*, el mismo enfatiza en la relación de interdependencia que existe entre los elementos del grupo y entre éstos y la totalidad. El tiempo y el espacio compartido son las variables que operan como condición de posibilidad del encuentro y de la interacción y por lo tanto “ligan” al grupo.

También plantea “elementos organizadores” que facilitan el funcionamiento del grupo, uno de ellos es la mutua *representación interna* del individuo, que se trata de un proceso compartido por el cual se tienen “in mente” unos a otros, se trata de un mecanismo psíquico mediante el cual se da el pasaje de un sistema de relaciones del mundo externo al mundo interno, o sea el modo en cómo este sistema de relaciones se inscribe en el mundo interno.

El otro elemento organizador que cita el autor es el conjunto de *necesidades y objetivos* que puestos en común se concretan en una tarea, dado que es en función de las necesidades como se organizan los grupos. Y es por eso que no hay vínculos ni grupo, sin tareas; vale decir que si hay necesidades, hay movimiento, luego hay acciones destinadas a satisfacerlas, y por ultimo hay tarea.

Szprachman de Hubscher (2005) desarrolló un trabajo de investigación muy importante sobre la eficacia de las diferentes escuelas de psicoterapias y sus estilos terapéuticos aplicados, lo cual da cuenta de la eficacia de la misma. A lo largo de su trabajo, la autora basa la misma en sus características más salientes; precisión de su enfoque, brevedad de su

tratamiento y en particular, el mayor o menor proceso de realimentación en el vínculo entre terapeuta y paciente. El mismo en la terapia grupal se brinda de manera multidimensional.

El estudio comparó a lo largo de un tiempo de 20 sesiones de tratamiento a pacientes con problemáticas cognitivas similares y a cargo de terapeutas de orientación también cognitiva. Se dividieron y estudiaron 3 grupos de igual cantidad de pacientes: el grupo A a cargo de un terapeuta con un estilo unidireccional (bajar recomendaciones, directivas, intervenciones); el grupo B a cargo de un terapeuta con un estilo bidireccional (sugerir y compartir algunas recomendaciones, consensuar algunas acciones, mayores connotaciones positivas, etc); y finalmente el grupo C a cargo de un terapeuta con un estilo con mayor amplitud y participación hacia el paciente, pero sosteniendo sus estrategias de intervención.

La autora manifiesta en su trabajo, que en general se observa una mejora notablemente superior con respecto al grupo A; tanto en el grupo B como en el grupo C.

Pero en el grupo C, en particular, se pudo observar mejoras aún más notables que en los otros grupos en el 64% de los pacientes, y a partir de las 7.8 sesiones en total efectuadas.

Haley (1976) se refiere a la orientación que se le debe brindar al terapeuta durante el proceso de supervisión, y al respecto propone dos alternativas centrales, la orientación que denomina "A", y es la del cambio espontáneo, la que denomina "Z", que es la del cambio planificado.-

En la alternativa A, la responsabilidad por el cambio terapéutico descansa en el paciente, no es responsabilidad del terapeuta producir el cambio, sino ayudar a la gente a cambiar por sí sola, el terapeuta es el *reflector, consultor o asesor* pero no un *instaurador* del cambio.

En este enfoque el terapeuta suele ayudar al individuo a comprenderse a sí mismo y entender su situación; lo que pase después es cosa del paciente, si por ejemplo falla la terapia, la responsabilidad del fracaso recae en el paciente, y parcialmente en el terapeuta.

En el otro extremo, se plantea la alternativa Z, y en ésta se le atribuye toda la responsabilidad del cambio al terapeuta, en este caso se espera que éste planee una estrategia de cambio que logre aquello que el paciente está buscando, y si no hay cambio, el fracaso será todo del terapeuta, y no se permite responsabilizar al paciente.

El autor también manifiesta que en la terapia sistémica se conocen dos formas de supervisión, la que se desarrolla durante la sesión de la terapia bajo la coordinación del supervisor detrás del espejo unidireccional, ésta se conoce como *directa o en vivo*.

Aquí el que supervisa actúa como un asesor o consultor del terapeuta, no siendo responsable de su éxito o fracaso, y participa sólo en situaciones extremas.

La otra es la supervisión *indirecta o en diferido* y se realiza después de la sesión terapéutica; en este caso el terapeuta que lleva el caso aporta su propio material y lo comparte con los otros terapeutas, esto puede realizarse individual o grupalmente como formando parte del entrenamiento de otros terapeutas. En este caso, el supervisor es responsable de la marcha del caso y se espera que lo planee en colaboración con el terapeuta, allí se practica la supervisión en tiempo real.

El autor también manifiesta que la terapia es un encuentro personal que sólo puede aprenderse practicándolo, siendo ideal hacerlo con la guía del supervisor, además plantea una serie de ventajas que tiene la supervisión grupal como ser:

- a) *Compartir el aprendizaje*, dado que en la supervisión grupal se genera una mayor cantidad de ideas sobre el procedimiento a seguir.
- b) *Mostrar y explicar*, dado que la supervisión es eminentemente práctica, y se aplica durante la propia gestión de la terapia.
- c) *Motivar al estudiante*, así como la terapia adquiere eficacia cuando el paciente se involucra en ella, lo mismo ocurre con la formación clínica, dado que en este tipo de aprendizaje se prioriza la motivación del terapeuta en proceso de aprendizaje.
- d) *Indicarle lo que debe hacer*, vale decir impartirles directivas, comprobar su aplicación, y también prever la renuencia a aplicarlas.
- e) *Adecuación y adaptación de los problemas terapéuticos*, dado que la terapia para Haley, debe orientarse hacia los problemas, más que hacia un método, porque lo importante es lograr flexibilidad en la gestión del terapeuta, y que este pueda variar su acción y sus maniobras con cada problema.
- f) *Verificar los resultados*, de modo tal que aprendan a preguntarle al paciente por ejemplo, si está satisfecho con la terapia, a descubrir los cambios y logros alcanzados, etc.

Linares y Ceberio (2005) aportan otra mirada a este mismo tema, amplían estos dos modos de supervisión; comienzan diciendo que el modelo que proponen es de tipo isomórfico, vale decir que es el de una terapia activa e intervencionista, en el cual el supervisor dirige al terapeuta, aunque consciente de sus capacidades y limitaciones, sin arrastrarlo a inútiles desafíos ni poner a prueba sus inevitables limitaciones y agrega que la función que tiene el

supervisor, no es solo de tutor, sino la de llevar una supervisión clínica sobre la tarea que lleva a cabo el terapeuta; en este modelo el supervisor busca armonizar tanto los espacios de la teoría como de la práctica.

También consideran que se ha efectuado un gran avance en el tratamiento de la terapia familiar sistémica con el uso de la cámara Gessel, el espejo unidireccional, la videograbación, y el uso del interfono durante la terapia para consultar e interactuar con su equipo; todos estos componentes, han enriquecido y ampliado las posibilidades de entrenamiento del terapeuta y de todo su equipo. Para los autores resulta trascendente la manera en que el terapeuta presenta el *setting* (lugar donde se desarrolla la terapia) y la forma de trabajar del equipo, (incluyendo en esto, el funcionamiento del la cámara, la videograbación), el conocimiento de su equipo de apoyo, así como la supervisión con la que va a contar. Todo esto le transmite al consultado una sensación de mayor solvencia y credibilidad acerca del equipo de terapeutas que lo están tratando.

Cuando se refieren a la supervisión de tipo directa, la separan en diferentes etapas como son:

a) *La pre-sesión* es un tiempo de planificación, y allí el supervisor cumple dos funciones principales para con el terapeuta y su tarea con la familia : abrir vías de exploración y dar seguridad.

b) *La sesión* es el tiempo de puesta en práctica, el momento en que se desarrollan las estrategias terapéuticas, y es por tanto la fase más rica y compleja y en donde se decide la suerte de la terapia a lo largo de la sesión, dicen los autores que en esta etapa el terapeuta debe aprender a conocer y validar sus propias ideas, esto no resulta fácil porque el guión preestablecido , es como una red invisible que lo libera del pánico escénico.

c) *La pausa*, es una instancia a la que se recurre para recapitular y reorganizar estrategias e intervenciones.

d) *La post-sesión*, los autores la diferencian diciendo que, así como la pre-sesión es un tiempo emocional en el que se calma el ánimo del terapeuta y se aquietan sus ansiedades ; la sesión es un tiempo concreto en el que se observan técnicas, tácticas y estrategias; y finalmente podemos decir que la post-sesión es por sobre todas las cosas un tiempo cognitivo, vale decir un tiempo durante el cual se analiza la sesión, extrayendo conclusiones y preparando nuevas estrategias para continuar la terapia.

En el caso de la supervisión indirecta, para Linares y Ceberio, el supervisor debe ser un *formador* con amplia experiencia en la escucha de un determinado relato, el del terapeuta y el de la familia, y manifiestan que aquí sobrevuela más que nunca la subjetividad, ya que se trata de una historia circular a saber: el terapeuta cuenta una historia que es la narración de hechos subjetivamente punteados y recortados del relato del paciente; a su vez lo que el supervisor le va a devolver es su propia versión (la del supervisor) de una versión (la del terapeuta) de otra versión (la del paciente). En definitiva de este juego de construcciones, la del supervisor, la del terapeuta y la del paciente, surgen o se aproximan hipótesis y objetivos del trabajo clínico a efectuar. Citan cinco etapas en que se desarrolla la supervisión indirecta y que son:

- 1) La exploración y presentación de los datos preliminares.
- 2) La indagación acerca del sistema paciente.
- 3) la exploración del sistema terapéutico.
- 4) la planificación del trabajo terapéutico.
- 5) Las intervenciones.

Destacan los atributos de este dispositivo diciendo que el espacio que la Institución provee para la supervisión de sus terapeutas, se puede valorar como un espacio de *intercambio* en donde el mismo, puede ayudar y ser ayudado, un espacio donde se produce un *crecimiento* tanto individual como grupal y finalmente un espacio para desarrollar nuevas habilidades dentro de este tipo de terapia. También el espacio de supervisión busca descubrir y ampliar el *potencial* en cada uno, *aprender* a utilizar adecuadamente las técnicas, *incrementar* recursos y enfoques y *enriquecer* el proceso de participación y de desarrollo personal de cada uno aprovechando así el potencial terapéutico, que en sí posee este tipo de psicoterapia.

En el espacio de supervisión, también se pone en juego, el fenómeno de la transferencia y la contratransferencia, tomando aportes y algunos enfoques de la psicología gestáltica.-

Freud (1910) designa *transferencia* a la peculiaridad que se observaba en los paciente neuróticos de desarrollar hacia su terapeuta vinculaciones emocionales tanto afectuosas como hostiles; mientras que se refiere al fenómeno de la *contratransferencia* cuando manifiesta que ésta se instala en el terapeuta por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente .

Rogers (1990) desde otra perspectiva, se refiere al fenómeno de la transferencia; para éste , el papel del terapeuta consiste en ayudar al paciente/cliente a ir poco a poco disipando este fenómeno en lugar de analizarlo o promoverlo, como lo hacen otros enfoques terapéuticos. Vale decir que cuando esos sentimientos transferenciales aparecen, el terapeuta intenta comprenderlo sin ningún juicio previo, y exponerlo ante el paciente/cliente, para que éste comprenda la experiencia e intente vivenciar la distorsión de su actual percepción. Con respecto al fenómeno de la contratransferencia, el autor recomienda que el terapeuta esté muy atento a sus distintos estados emocionales hacia su paciente/cliente, que no debe fingir su sentir, ni su hacer, y sugiere ser honesto y auténtico con el mismo.

Peñarrubia (1998) propone cambiar el término *de transferencia*, por el de *transparencia*, porque según el autor, cuando se habla de transparencia, no se está negando el fenómeno, sino todo lo contrario, dado que según su enfoque, la psicoterapia procura ir más allá del término, y asumir la responsabilidad de un encuentro auténtico teniendo en cuenta el *aquí y ahora* y otros constructos . El concepto de contratransferencia también recibe el nombre de *resonancia*, dado que para otros enfoques, el gestáltico, por ejemplo, el terapeuta se comporta como una “caja de resonancia” desde la cual capta al mundo íntimo del paciente que muchas veces excede al relato de éste . Por lo tanto cuanto mas “afinado” está el terapeuta como “instrumento”, mayor sutileza y agudeza tendrá en captar lo que está sucediendo, sin ser dicho.

Yalom y Vinogradov (1996) la relación terapéutica constituye el verdadero factor transformador en la terapia y por esa razón sugiere poner el foco allí, y como consecuencia considerar a la *transferencia*, como cierta distorsión en ese acople o encuentro, manifiesta entre otras cosas que durante la transferencia se dan sentimientos que aunque no se correspondan con la relación terapéutica, sin embargo son depositados en la misma, y agrega que ese tipo de sentimientos que se tienen con respecto a la otra persona siempre terminan siendo comunicados por uno u otro canal, verbalmente o no y por último enfatiza que si hay algo importante de lo que no se habla, sea del paciente o del terapeuta, entonces no se hablará tampoco de ninguna otra cosa importante.

Manifiestan además, que en la terapia grupal la interacción que genera, la triada paciente-paciente-terapeuta, se utiliza para influir en conductas de adaptación de cada uno de sus miembros, o sea que el grupo mismo, y la aplicación de determinadas técnicas, sumado a

determinadas intervenciones del terapeuta, en definitiva, todo ello constituye un poderoso instrumento de cambio.

Los autores también se refieren a la importancia que hoy tiene la psicoterapia de grupo, tanto en la teoría como en la práctica, opacada por el enfoque predominante de la medicina, en especial de la psiquiatría y su “re medicalización”, vale decir, su enfoque en el tratamiento farmacológico de las enfermedades mentales. Sin embargo y pesar de todo esto, ellos sostienen que la terapia de grupo sigue siendo ampliamente practicada y además se emplea en un gran número de escenarios con un probado grado de eficacia.

En el espacio de supervisión también se pone en juego fuertemente la motivación del terapeuta supervisado, como lo manifiesta Haley en su trabajo, cuando destaca las ventajas de la supervisión grupal. Por lo cual resulta pertinente indagar en autores que investigaron sobre el constructo de la motivación y sus consecuencias, como por ejemplo la autoestima. Branden (1993) plantea que la autoestima se sostiene de dos importantes pilares, que son la auto eficacia y la auto dignidad.

La *auto eficacia* se experimenta a través del control que se genera sobre la propia vida, la que asociamos con el bienestar psicológico, o sea, la diferencia entre ser protagonista o espectador de los acontecimientos.

La *auto dignidad* se experimenta a partir de posibilitar un sentido benevolente de comunión con otros individuos, vale decir, la fraternidad de la independencia y la consideración mutua versus el aislamiento del resto de los humanos. Más que hablar de “niveles” de autoestima, Branden recomienda a hablar de un “predisposición” a experimentarse de una determinada manera, pero ¿de qué manera?, revisando si contamos o no con los siguientes atributos:

- α) *Competente* para afrontar los desafíos diarios, confiando en su propia mente y en sus propios procesos (auto eficacia) .
- β) *Digno de éxito y felicidad*, percibiéndonos como nosotros mismos como personas para quienes el logro, el respeto, la amistad, el amor nos lo merecemos (auto dignidad),

¿Por qué necesitamos la autoestima? Branden nos habla de que es una necesidad propia de los “animales humanos”, dado que nuestra necesidad de autoestima es el resultado de dos

cuestiones: la primera es que nuestra supervivencia y nuestro dominio del medio ambiente dependen del uso adecuado de nuestra conciencia, (vale decir que nuestras vidas y bienestar dependen de nuestra capacidad de pensar y decidir) ; y la segunda es el uso correcto que hacemos de nuestra conciencia, no es automático , sino que allí existe un elemento fundamental de elección en la regulación de su actividad y, por lo tanto, de responsabilidad personal que es la voluntad.

Branden (1999) desde una perspectiva más específica, vincula la autoestima con el trabajo, y desarrolla el concepto dinámico de la misma planteando seis postulados o pilares que deben ser practicados como ser: estar presente y consciente en el momento de hacerlas cosas; darse permiso para tener pensamientos propios, experimentar emociones y reconocer sus virtudes y defectos; asumirnos responsables de nuestras elecciones y también de nuestras acciones; respetar sus propios valores y practicar el auto-respeto; tener determinación en los objetivos y propósitos personales que se trace

Otro autor contemporáneo y pertinente para investigar el constructo de la motivación y sus consecuencias, es el que se cita a continuación, y en este caso en particular, el mismo investiga sobre las dificultades del individuo ante posibilidad de lograr lo que este denomina una *experiencia óptima*.

Csikszentmihalyi (1998) considera en su obra “Fluir” que en el individuo se da el desorden de la conciencia o *entropía psíquica*, cuando la información que le ingresa entra en conflicto con intenciones previamente existentes, o también, cuando esto nos distrae o impide llevarlas a cabo. En cambio, el estado opuesto es la *experiencia óptima*, y esto ocurre cuando la información que llega a la conciencia es congruente con las nuestras, en ese caso la energía psíquica *fluye* sin esfuerzo. También se refiere el autor a la complejidad y el crecimiento de la personalidad, y manifiesta que la personalidad cuando *fluye* libremente adquiere mayor complejidad como resultado de dos procesos importantes: *la diferenciación y la integración*

La *diferenciación* implica un movimiento hacia la originalidad, hacia la separación de los demás; y la *integración* se refiere a lo opuesto, vale decir a la unión con otras personas, con otras ideas y entidades. Dice también que el *fluir* ayuda a integrar la personalidad del individuo, porque cuando estamos profundamente concentrados en lo que hacemos, la

conciencia está extraordinariamente ordenada, los pensamientos, las intenciones, los sentimientos y todos los sentidos apuntan hacia la misma meta.

Luego, una personalidad que únicamente se *diferencia* pero no se *integra* puede lograr grandes éxitos individuales pero según el autor corre el riesgo de envilecerse debido a su egoísmo.

El autor también diferencia el simple *placer* del *disfrute*, y puntualiza algunos elementos que debemos encontrar para caracterizar el fenómeno como la experiencia que solo se da ante tareas u *oportunidades casi únicas*, la absoluta *concentración* en lo que hacemos, las *metas claras* y retroalimentación inmediata, la diferenciación del sacrificio por el *esfuerzo de logro*, y la alteración por el tiempo ocupado.

Dice también, buscando conceptualizar este constructo que denomina *fluir*, que los diferentes estudios efectuados en actividades diversas como de competición, azar, o cualquier otra forma de experiencia, suelen encontrarse cosas en común, y manifiesta lo siguiente: “... ofrecía una sensación de descubrimiento, un sentimiento creativo que transportaba a la persona a una nueva realidad. Empujaba a la persona hasta los niveles más altos de rendimiento y la conducta a estados de conciencia que no había experimentado antes..” (p.119)

Prada (2005) en su trabajo sobre *comienzo* planteando que el modelo psicológico basado en la enfermedad mental ha limitado el trabajo profesional y ha impedido ahondar en otros aspectos, luego hace un “*racconto*” de los inicios de la Psicología Positiva con sus principales referentes como Seligman y Csikszentmihalyi, en el 2000, pero más aquí Cuadra & Florenzano, en el 2003 y Keyes & Lopez, en el 2002., y nos hablan de la importancia que tiene el afrontamiento de las crisis para facilitar el crecimiento y la madurez del individuo, y que también promueven el crecimiento de los niveles de bienestar y de fortalezas de las personas y también la autora, se refiere a la Psicología Positiva, recordando que la misma tiene como propósito estudiar las emociones positivas, los rasgos positivos del carácter y las instituciones positivas y manifiesta también que este enfoque propone un giro importante en el estudio de la mente humana y que se diferencia de la psicología tradicional, y al respecto manifiesta lo siguiente: “...trata los problemas mentales desde las fortalezas del individuo, dirigiendo su atención a aquellas características

que nos permiten aprender, disfrutar, ser generosos, solidarios y optimistas...” (p.28) Sluzki (1998) considera fundamental en el tratamiento de este tipo de terapia las llamadas redes sociales, recuerda que las fronteras del individuo no están limitadas solo por su piel, sino a todo con lo que interactúa, como la pareja, hijos, familia, etc., y ese “etc”. va más allá de la familia nuclear o extensa, sino que también considera todos los vínculos interpersonales del sujeto, familia política, amigos, compañeros de estudio, de trabajo, de deportes, de acciones comunitarias, etc. De modo que este nivel intermedio de estructura social resulta fundamental para entender determinados procesos de integración psicosocial, de promoción de bienestar, de desarrollo de identidad, de consolidación de potenciales de cambio; y de la misma manera echa luz sobre lo contrario, vale decir todos los procesos de desintegración psicosociales, de malestar, de perturbación de procesos adaptativos, etc. y de esa forma, las redes sociales, constituyen una *instancia indispensable* para poder desarrollar una labor clínica en el campo de la salud mental y desde un enfoque sistémico. Dice Sluzki que el “trazar” la frontera de una red social significativa para el paciente, se transforma en una tarea más *operacional que arbitraria*, dado que ello permite determinar donde están los posibles apoyos o escollos a encontrar en el tratamiento. La “frontera” de la red social informal se observa de hecho más borrosa que la frontera de la familia nuclear, las cuales siempre son identificables con nombres precisos; en cambio en el resto de los componentes de la red, es necesario aunar criterios de inclusión. También cita el autor que una red social puede ser evaluada en términos de sus *características estructurales*, de las *funciones del vínculo* y de los *atributos de cada vínculo* como ser por sus características estructurales: teniendo en cuenta el tamaño, la densidad, la composición, la dispersión, el grado de homogeneidad, los atributos de los vínculos específicos y el tipo de funciones que desempeña.

En cuanto a las funciones que desempeña teniendo en cuenta si es una compañía social, sirve de apoyo emocional, o guía cognitiva y de consejos, o de regulación social, de ayuda material y de servicios, o de acceso a nuevos contactos, y en cuanto a los atributos específicos del vínculo: estos pueden ser prevalecientes o dominantes, múltiples o versátiles, recíprocos, intensos, frecuentes, históricos. El autor, nos habla también de las

implicancias prácticas de la red social, al momento de *identificar, activar o desactivar* alguna red; tarea ésta que específicamente recomienda el supervisor al terapeuta para re-enfocar la problemática del tratamiento, recortando o reconfigurando las redes de apoyo de su paciente; plantea la importancia de sensibilizar al terapeuta al diseño y re-diseño de las redes, y cita *tres momentos precisos* como la exploración de la red social personal del paciente permite visibilizarla tanto para el terapeuta como para el paciente, el trazado de nuevos “mapas” de redes que le permita revisar cual o cuales deben modificarse, activarse o desactivarse, la posibilidad que ante este nuevo “mapa” se planteen actividades posibles a desarrollar entre terapeuta y paciente.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio:

Descriptivo

4.2 Participantes:

Grupo de terapeutas y supervisor de formación sistémica que integran equipos de trabajo dentro de la institución y que son supervisados dos veces por semana.

El grupo observado, estuvo integrado por *6 (seis) terapeutas y el supervisor*, de orientación sistémica y que atienden en la Institución, se forman y capacitan permanentemente en la misma. Los terapeutas supervisados tenían un rango etario de 57 a 28 años, fueron 2 terapeutas varones y 4 terapeutas mujeres.

4.3 Instrumentos:

Registro de observaciones del grupo de supervisión (*terapeutas y supervisor*) y entrevista a profesionales supervisados teniendo como guía los ejes temáticos que se citan a continuación en cuestiones puntuales sobre las que se desea indagar y que buscan ser confirmadas a partir de los instrumentos:

- a) El efecto de la *resonancia*, como fenómeno a distorsionar la percepción original del terapeuta durante su trabajo.

- b) La *autoconfianza o autoestima* del propio terapeuta para abordar una problemática del consultado y poder continuar el tratamiento.
- c) La dificultad *de poder re-significar* un problema o motivo de consulta original, frente a los propios paradigmas del terapeuta.
- d) La posibilidad de entender la necesidad de *incorporar otros dispositivos* de diferentes estilos al propio.
- e) La *conducción* de la terapia por parte del terapeuta ante casos complejos y multi causales.

4.4 Procedimientos:

El espacio de supervisión trata de reuniones previamente pautadas, con actividades y en donde se analizan los casos que requieren, por sus características, un seguimiento específico, o que particularmente solicita el terapeuta que se lo supervise.

Las supervisiones se efectúan en las instalaciones de la Institución, y por terapeutas específicamente asignados para esa actividad.

El grupo es estable, y fue observado durante 3 (tres) meses en ambos espacios de supervisión que ellos tienen asignado durante 2 (dos) horas, dos veces a la semana, teniendo en cuenta las recomendaciones e intervenciones que se le efectúan en los diferentes casos supervisados.-

Finalmente se efectuaron entrevistas a cada uno de los terapeutas supervisados, teniendo como guía los ejes temáticos, anteriormente citados y con el propósito de poder confirmar los objetivos planteados en el presente trabajo.-

Se realizaron 2 entrevistas con cada uno de los terapeutas, la primera de ellas a partir de una *encuesta* de tipo anónima que se le pidió que completara y la cual se adjunta como anexo; y la segunda de tipo semi-estructurada a través de una *entrevista personal* indagando acerca del impacto de la supervisión en el trabajo del terapeuta sistémico y utilizando la guía de ejes temáticos citados anteriormente.-

Por último el trabajo se completó con el resultado de la observación de cada uno de esos terapeutas en las diferentes sesiones de supervisión y durante el trimestre setiembre-octubre-noviembre del 2012.

5. Desarrollo:

El dispositivo grupal a analizar y motivo de observación y análisis, estuvo integrado por seis terapeutas, de diferentes edades y experiencias y por su supervisor, todos de formación sistémica. Estos se reunieron periódicamente dos veces por semana, para tratar los diferentes casos; algunos eran traídos por los propios terapeutas, mientras que otros eran solicitados por el propio supervisor, de acuerdo a los requerimientos de la Institución.

Cabe destacar también que con el propósito de **preservar todas las identidades** de las personas involucradas en la investigación, los nombres de los terapeutas, supervisor, de los pacientes citados, y hasta de las localidades, son todos ficticios.

En cada sesión, el supervisor les solicitaba a cada uno que expusieran el caso, graficando primero el genograma de cada caso en particular, el cual se utilizaba para graficar la estructura de la familia, (familiar y consanguínea), los vínculos, y formas de comunicarse (fronteras abiertas o cerradas), y exploraciones de diferentes tipos de redes afectivas (de apoyo, de orientación, de contención, etc.). El mismo le era explicado a sus pares, asegurándose el supervisor que todos hubieran entendido la exposición en cuestión y allí comenzaba la tarea con los comentarios y las intervenciones del supervisor. Este sólo pedía por parte de sus pares, que se efectuaran aportes formulados como preguntas, nunca aseveraciones o juicios acerca del trabajo del terapeuta, ni recomendaciones. Estos últimos aspectos quedaban reservados a las indicaciones que daba el supervisor al terapeuta en cuestión; también se percibió, en todo momento y por parte de éste, un estilo contenedor desde la motivación, pero directivo desde las correcciones de técnicas y estrategias.

Finalmente podemos decir que también en este apartado se procuró describir la eficacia del dispositivo de supervisión, sustentado con el marco teórico utilizado y los instrumentos finalmente aplicados.

Con respecto a una de las metodologías utilizadas para este trabajo, la encuesta, se debe decir que la misma se realizó a partir de la selección de una serie de ítems que respondían a los ejes temáticos considerados en el presente trabajo, y que se detallan en el apartado Instrumentos, así como los resultados de la encuesta, los comentarios y las notas de observación efectuadas, se encuentran en los Anexos 1 y 2.

Se tomaron en cuenta para la encuesta, 5 ítems los cuales se consideraron como los más relevantes para este trabajo y de acuerdo también a los aspectos considerados dentro del Marco Teórico y los autores principales investigados, aplicando como método de ponderación, el de tipo Lickert (escala de 0-8).

Objetivo 1:

Describir como la supervisión grupal permite *revalorizar* los recursos del supervisado

Linares y Ceberio (2005) desarrollan con profundidad el perfil y el tipo de trabajo que el supervisor de terapia sistémica, y en su espacio de trabajo debe desarrollar. Manifiestan a modo de introducción en esta temática, que ellos recomiendan un modo de terapia *activa e intervencionista* y en la cual el supervisor dirige al terapeuta, pero que, siendo consciente de sus capacidades y limitaciones no lo arrastra a inútiles desafíos ni pone a prueba sus limitaciones que en definitiva, son humanas.

Esto se pudo observar durante las sesiones de supervisión, y en particular en el caso de terapeutas que deben enfrentarse a pacientes con ciertos comportamientos manipulativos que consciente o inconscientemente buscan evitar hablar de sí mismos y de lo que les pasa, y por lo tanto, evaden las recomendaciones que el mismo terapeuta les propone.

Por ejemplo, una terapeuta experimentada en su profesión, *L*, trae al espacio de supervisión, el caso de *M* , una pintora y curadora de unos 41 años aproximadamente, de excelente nivel económico y en pareja estable con una persona mucho más joven, que en momentos depresivos tiene “épocas de consumo de sustancias”, como la terapeuta manifiesta; también refiere otras distintas problemáticas con el consumo, con el vínculo con su pareja, con sus estados cambiantes de ánimo, etc.

El tema que trae es que “no sabe cómo seguir , porque siente que a cada reunión me trae diferentes demandas sobre cómo seguir con su tratamiento y no cumple con lo que acordamos” termina manifestando la terapeuta.

Y allí el supervisor interviene recomendándole que “sea precisa en el objetivo a seguir, y que transmita sus recomendaciones con certeza, con convicción” y también aprovecha para observar y también analizar, esa sensación de perder el rumbo de la terapia, que según su

parecer, también “podría generar esa sensación de sentirse manipulada por la paciente y entonces, ver qué se siente con esto, qué pasa con sus capacidades y fortalezas personales”. Y sobre el particular de esta recomendación del supervisor, podemos citar a Wainstein (2006a), una vez más, cuando en obras ya citadas, por ejemplo manifiesta que esa fuerza puesta en la convicción está basada en la necesidad de creencias que acuerdan y comparten terapeuta y paciente,

Por tal razón para este autor, comunicación e influencia son diferentes versiones del paradigma comunicacional y recuerda que en definitiva, los problemas humanos terminan siendo fracasos comunicacionales dentro de las negociaciones humanas.

También este dispositivo de supervisión grupal, se apoya en los descubrimientos de la Psicología Positiva, para el desarrollo de los recursos de los que se vale el profesional dentro de este tipo de terapia, porque de eso se nutre también la Psicología Sistémica, y eso lo avalan autores como Prada, por ejemplo.

(Prada, 2005) en particular, cuando manifiesta que la terapia sistémica, se diferencia en especial de la llamada tradicional en que la primera, se apoya particularmente, en las fortalezas del individuo y pone foco especialmente en aquello que nos impide o permite el aprendizaje, y el optimismo en lo que hacemos.

También se pueden citar los trabajos de Branden (1993), cuando desarrolla como dos pilares importantes que sostiene la autoestima, a la auto-eficacia y la auto-dignidad.

Y traemos a colación a estos autores, porque durante la observación de la sesiones de supervisión se pudo observar, en más de una oportunidad, el trabajo que debe hacer el supervisor para sostener esa autoestima, en particular cuando la misma, conspira contra el trazado de una estrategia de trabajo del terapeuta, tanto para su diseño, como para la aplicación o corrección de la misma.

(Branden, 1993) es quien considera a la autoestima como un constructo, que no es *estático* sino que, por el contrario es *totalmente dinámico*, y que, además, puede influir en nuestra capacidad de decidir y pensar.

En estas circunstancias, se puede citar el caso observado de C, 45 años, terapeuta sistémico formado en la Escuela y especializado en temas de adicciones, persona experimentada en la materia, (asiste la mayor parte de los casos crónicos) y justamente por su trabajo, suele

estar muy ocupado y participa bastante, y a veces de a ratos, en las supervisiones, en especial cuando tiene casos graves y requiere interconsulta urgente.

En una oportunidad, trajo como caso a analizar el de F, una chica de 17 años, con problemas profundos de adicciones a sustancias de todo tipo, y que según su relato, en los peores momentos, la llevaron a compartir situaciones de alta promiscuidad, el terapeuta verbaliza también que esta paciente tiene frecuentes actos de auto flagelación de su cuerpo (cortes en brazos y muslos) y algunos intentos fallidos de suicidarse (se hizo cortes en las venas en dos oportunidades), después que su pareja mujer la quiso dejar.

El terapeuta a continuación manifestó además, que en ese momento o período de los intentos fallidos, la paciente parecía estabilizada; que obviamente estaba trabajando en equipo con el psiquiatra, pero que “ estas cosas lo hacen dudar de sus estrategias, que no sabe más que hacer, que la viene tratando desde que tenía 14 años, que sus padres no la acompañan en la terapia, que el vínculo con ellos no es bueno, que había intentado que hiciesen terapia familiar, pero que resultó un fracaso, porque en el caso de la madre cambia de pareja como de camiseta, que es gente humilde de poca formación y recursos, etc.etc.” termina refiriendo el terapeuta sobre lo que le está ocurriendo a él en particular.

En estas circunstancias se puede observar la incidencia del grado de autoestima que se percibe de diferente manera en el terapeuta, por ejemplo en no confiar el límite de sus capacidades y posibilidades.

La intervención del supervisor en este caso fue la de “recordarle que sus conocimientos, habilidades y estrategias tienen un límite, y que debe entenderlo y reconocerlo, y que además puntualizar dentro de la construcción de su estrategia, que es la familia la que está enferma, y eso no debe olvidarlo; y por último, lo que él debe trabajar más que el caso en sí, que pareciera estar lo suficientemente encaminado, es qué es lo que a él le pasa con este caso, que lo quiere resolver más allá de sus posibilidades, que es lo que le está resonando a él y con este caso en particular”.

También puede percibirse, en qué medida, el supervisor observa lo que eso le provoca al terapeuta que pierda el rumbo, por ejemplo, que no sepa diferenciar entre lo que debe hacer y lo que puede hacer; que en determinado momento, no sepa cómo seguir; en definitiva, que no avance su terapia dentro de una estrategia planteada, y finalmente que éste, pueda discernir si se trata de un problema de la técnica o de la estrategia aplicada; o de su estado

de ánimo (el del mismo terapeuta), y que en ese caso, requiere también de alguna estrategia de contención.

Peñarrubia (1998) cuando desarrolla en particular el constructo de la resonancia utiliza una metáfora en la que el *instrumento* es el terapeuta, y éste, actúa como una caja de resonancia desde la cual capta el mundo íntimo de su paciente, que muchas veces se pierde desde el relato; y manifiesta finalmente que cuánto más atento (*afinado*) está el terapeuta a lo que pasa durante el relato del paciente, mayor sutileza y agudeza tendrá en captar lo que le está sucediendo a éste. Y siguiendo la metáfora, en el caso que antecede, es el supervisor el que, en este caso, lo debe alertar, sobre la necesidad de hacer mayor sintonía con lo que le está pasando.

Csikszentmihalyi (1998) desarrolla su constructo acerca de lo que para éste significa *fluir*, como una forma de *lograr y avanzar*. El autor, aquí se refiere a un preciso y especial momento, en el que cualquier individuo logra pasar de lo que él denomina una *entropía psíquica*, o sea en palabras más simples, no saber cómo seguir y hacia donde, a una *experiencia óptima*, o sea fluir libre y rápidamente hacia un propósito que se perfila con claridad.

También podemos citar los aportes de varios investigadores que confluyen en la importancia de revalorizar los recursos personales del individuo, en este caso del terapeuta. Según Casullo (2006) las investigaciones en psicología positiva proponen el estudio no sólo de las dificultades sino también las fortalezas que cuenta un individuo y en determinado contexto, dado que el modelo médico hegemónico centrado en el estudio de lo patológico y disfuncional, es eficaz para el tratamiento de patologías severas pero la percepción de sentido de la vida puede obtenerse una vez que se han establecido valores y propósitos, y que se le ha dado importancia significativa a la eficiencia y autoestima.

Otros autores como Salari y Zhang (2006), ponen el foco en el quehacer cotidiano, y la importancia de las decisiones y acciones que allí se toman; y destacan factores que influyen como el género, la socialización y las condiciones ambientales en las que una persona desarrolla su actividad..

Por último diferentes autores y de diferente manera, confluyen en la importancia que tienen los enfoques hedónico y eudaemónico en la actividad del individuo.

Kashdan y Steger (2007), plantean que puede resultar erróneo definir la emoción o afecto positivo o placentero, y un afecto o emoción negativa como separados dentro del proceso de crecimiento personal; por lo tanto para ellos, ambos constructos del bienestar (el hedónico y eudaemónico) deben ser tratados en forma conjunta y no separada.

Una concepción similar exponen Waterman et al (2008), para estos autores, ambos constructos del bienestar son estados subjetivos positivos que se experimentan conjuntamente cuando se realizan ciertas actividades y no otras, y por lo tanto no pueden tratarse como constructos independientes, dado que cuando una persona se compromete a desarrollar sus potenciales y busca donde desplegarlas, finalmente experimentará ambos tipos de bienestar.

En el caso de ambos terapeutas, se puede observar la importancia que tiene el trabajo de supervisión grupal para acompañar y contener al terapeuta frente a casos complejos y a que se re-encuentre con sus propias capacidades y posibilidades de maniobra. Esto se puede observar durante la sesión de supervisión y en las intervenciones que éste permanentemente efectúa, re-orientando y revisando el trabajo de los terapeutas. En el ejemplo de Lucia, el primer terapeuta presentado, revisando con ella el modo de comunicar e influenciar con sus intervenciones a la paciente; y en el caso de C, conteniéndolo, ayudándole a re-valorizar todo lo hecho, y también ayudándolo de algún modo a diferenciar entre lo deseable y lo factible.

En ambos de los casos puestos como ejemplo, se observa este aspecto que se destaca en este objetivo, la re-valorización de recursos que el terapeuta tiene, pero que durante su trabajo diario, no se aplican o no se aprovechan o por momentos se olvidan; y allí aparece el rol que debe tener el supervisor, que junto a los otros terapeutas, desde otro lugar o perspectiva, puede observar o resaltar, lo que el propio terapeuta supervisado, en ese momento no puede ver.

Es también importante destacar que este aspecto del trabajo que efectúa el supervisor dentro del grupo, también es percibido como muy importante por los terapeutas.

En la encuesta de evaluación efectuada y cuyo modelo se adjunta en el apartado Anexos, se destacan 2 ítems con el mayor puntaje:

En primer lugar el ítem *Incorporar otras estrategias y técnicas al espacio terapéutico*; y en segundo lugar el ítem *Re-definir las etapas y planes futuros de trabajo, y re-direccionar y combinar las estrategias vinculares* (Ver Anexo 1)

También se debe decir que esta ponderación se manifiesta coherente con el lugar de privilegio que se le brinda a la tarea docente que desempeña el supervisor, tal como lo señala Haley (1976) por ejemplo; como así también cuando se pone de manifiesto la importancia de trabajar con un constructo tan dinámico como es la motivación, en este caso del terapeuta, y para lo cual podemos citar además a Branden (1993) y Csikzentmihalyi (1998) como autores investigados y reflejados dentro del Marco Teórico.

Objetivo 2:

Analizar como la supervisión facilita una mejor *re significación* del problema o del motivo inicial de consulta

Varias son las maniobras de las que se vale la supervisión para revisar el motivo de consulta inicial planteado por el terapeuta, y dentro de la terapia sistémica, como por ejemplo analizar la solidez de la estrategia adoptada por el terapeuta, para evaluar si se trata o no de una “estrategia fallida”.

En el caso ya citado anteriormente, el de L la terapeuta, allí también se ve con claridad, que el dispositivo de supervisión grupal, le permite al terapeuta la posibilidad de reorientar su estrategia y replantearse otro motivo de consulta que no sea el que termine co-construyendo con su paciente .

Ahora bien, si esa co-construcción, la efectúa, de algún modo, condicionado por maniobras manipulativas del paciente, y que el terapeuta no logra totalmente percibir; o bien las termina tolerando, es posible que su motivación termine siendo afectada, como antes explicamos.

Wainstein (2006b), en su trabajo referido a las estrategias de cambio e intervenciones del terapeuta también, y desde otro enfoque manifiesta, que cuando el terapeuta no *discierne* adecuadamente *medios con fines*, tampoco puede acoplarlos adecuadamente, y tampoco puede percibirlo como una *disfunción* dentro de las partes que integran el sistema o fenómeno terapéutico analizado, como por ejemplo es la familia.

Fisch (1984) nos habla también de la capacidad de maniobra del terapeuta, pero también nos recuerda que la misma está condicionada por el paciente, que a su modo también maniobra para enmascarar o evadir recomendaciones o resistir estrategias desplegadas en la terapia.

También y a partir de la supervisión grupal, el terapeuta puede percibir que las redes de apoyo al paciente y por él mismo detectadas, no están suficientemente esclarecidas como para no ver otra re significación del problema planteado.

Si tomáramos nuevamente el caso que traía *C* el terapeuta, de su paciente *F*, es posible, que el solo hecho a analizar nuevamente sus redes de contención, re-significara su terapia, como por ejemplo el de re-explorar las redes de contención de su paciente, una y otra vez más. Si recurriera, por ejemplo a otras redes que no sean solo las *conocidas o habilitadas*, que según el relato , eran su madre y su padre, podrían explorarse nuevas redes de contención y apoyo para la paciente.

Sluzki (1998) recuerda que esta tarea de *trazar la frontera* que permite diferenciar una red social que sea *significativa* de otra que no lo es (en términos de mejorar la eficacia en el tratamiento del paciente); constituye una tarea que es más *operativa que arbitraria* , para el terapeuta en cuestión, porque a partir de allí paciente y terapeuta, podrán identificar apoyos o dificultades a su tratamiento, según las características de los componentes de la red.

Desde luego, que la propuesta del autor se pueda dar para la mayoría de los casos tratados, pero posiblemente se perciba con mayor claridad en el caso que tratamos a continuación.

A la observación efectuada en la supervisión grupal de la terapeuta *E*, de 28 años recientemente recibida trae el caso de *Alma*, una chica de 18 años que vive en Buenos Aires, pero que es oriunda de Lobos. *Alma* es presentada por su terapeuta como una paciente con un diagnóstico previo, que manifiesta dificultades con la generación de vínculos con los otros, a partir de lo cual también surgen de la terapia y según su relato, “tiene dificultades en sus redes de contención primaria (padres y hermanos), madre con diferentes parejas, no refiere relación con su padre genético, la relación con su padrastro parece ser deplorable, no tiene pareja, no tuvo sexo aún y no puede estudiar porque siente pánico ante los exámenes”

La primer intervención del supervisor fue pedirle a la terapeuta que precise el motivo de consulta y ante lo cual, la terapeuta precisa que el *motivo de consulta* era que tenía dificultades con su actual pareja de tener sexo, pero que como terapeuta no pudo aún resolver esta demanda; que le había recomendado a su paciente intentar algunos ejercicios

como por ejemplo, “que se acuesten desnudos, se acaricien, pero que no intenten hacer sexo (como un acto paradójico), y cosas por el estilo”, pero manifiesta la terapeuta que “no funciona, y que esos ejercicios resultaron contraproducentes produciendo un mayor bloque en la relación con la pareja”, y quería consultar sobre “la conveniencia o no de interconsulta con un sexólogo, para tener un panorama más claro”.

Otra intervención del supervisor, fue preguntarle cuantas sesiones llevaba, a lo que le contestó que “era la cuarta sesión”.

La intervención final del supervisor fue , ayudarla a que revise o reformule el motivo de consulta, “es importante diferenciar el motivo de consulta del paciente, de lo que realmente le está pasando a éste que aparentemente le están pasando muchas cosas, y trabajar con eso, enfocarse en un solo motivo de consulta, qué es lo que hoy siente el paciente, qué le afecta hoy especialmente, y a partir de allí replantearse el verdadero motivo de consulta y a partir de allí revisar las estrategias, derivaciones y demás”

El supervisor le recomienda que se enfoque en pequeños y concretos cambios, como por ejemplo, empezar por...¿qué le pasa con los exámenes?, ¿qué acciones puede anticipar?...y después...y siempre y cuando en eso se avance...empezar de la misma forma a trabajar primero con los vínculos...y finalmente con lo sexual...y así de a poco, para que el paciente perciba pequeños logros.

En este caso observado, lo primero que aparece es el concepto dinámico de los diferentes síntomas que se asoman en esta paciente y que interactúan de manera tal, que resulta prudente no anticipar un diagnóstico y mucho menos recomendar actividades concretas, sin haber enfocado de manera precisa en qué comenzar a trabajar dentro de la terapia.

En realidad, lo que se observa también es el trabajo del supervisor; el mismo, además de observar cierta premura por parte de la terapeuta, en *cerrar* un diagnóstico, es también la de re-ubicarla y evitar que por momentos, no tenga presente, la propia esencia del tipo de terapia que ejerce y que tiene como uno de sus principales atributos, la *dinámica* de la misma.

Minuchin y Fishman (1991) ya advierten que la propia supervisión dentro de la terapia ayuda al propio terapeuta a analizar a la herramienta del diagnóstico de una forma diferente a lo que es una construcción estática, y en cambio, adquirir la capacidad de poder verla como una evaluación, en un determinado momento de análisis de la terapia.

Vale decir ver el *diagnostico dinamizado* de tal manera, permiten ver con mayor claridad que las demandas traídas a la terapia, también *cambian y evolucionan* a igual ritmo y se pueden incorporar a nuevos diagnósticos.

Otro caso a tener en cuenta y en donde se observa este trabajo de re-significación de la consulta. es el observado y presentado por el terapeuta A, de 28 años, con pocos años de ejercicio profesional, formado en el psicoanálisis, con el diplomado en terapia sistémica que dicta la Escuela y que comienza a tener sus primeras derivaciones de pacientes, por parte de la misma.

Se trata de F, un chico de 10 años, que es traído a terapia por sus padres; el terapeuta plantea como *motivo de consulta*, “que manifiesta una personalidad algo introvertida, que se muestra tímido, que habla poco, que no se relaciona con los otros chicos, que se pelea asiduamente pero el chico además tiene problemas de obesidad y sus papás también son obesos”

La primer intervención del supervisor, fue saber si había hablado con el chico y que le había dicho.

El terapeuta refiere que el chico manifiesta que “me joden porque soy gordo y por eso no juegan conmigo, no me llaman y me cargan todo el tiempo..y por eso me peleo y no tengo amigos”, es lo que el chico verbaliza, según relato del terapeuta.

La demanda de A al grupo de supervisión, era que lo orienten y manifiesta que “no tiene claro por dónde empezar, si por el chico, si por los padres o por ambos”.

El supervisor interviene nuevamente pidiéndole que tome nota de las siguientes preguntas:

¿Cuál es el motivo de consulta de los padres? ¿Cuál es el motivo del chico?

¿Se puede hacer inter consulta con la psicopedagoga de la escuela a la que concurre?

¿Se hizo ya interconsulta con un médico nutricionista, para evaluar el tema de obesidad?

¿Se hizo una interconsulta con lo padres, acerca de esta problemática?

¿ Tienen conciencia los padres que la obesidad de su hijo debe ser tratada?

¿Que seguramente se va a necesitar cambiar los hábitos de conducta en la forma de comer?

Finalmente y antes de analizar el tema de los “vínculos”, se le pide que primero, busque de despejar estas dudas. y nuevamente que se centre en un motivo de consulta como principal, que lo converse con los padres y después con el chico y que empiece a trabajar allí.

Que no descarte interconsultas que le resulten válidas para continuar su estrategia

En los dos casos anteriormente citados, se observa tanto por parte de los terapeutas observados, como de las intervenciones efectuadas por el supervisor, la conveniencia de no anticipar un diagnóstico, y sí, tratar de establecer cuál es el motivo primario de consulta, dada la característica dinámica que tiene un diagnóstico, dentro del dispositivo de supervisión grupal, en la que intervienen diferentes miradas y enfoques de las que se vale el supervisor, para precisar sus últimas intervenciones, o como en algunos casos plantear cuestionamientos abiertos, para que el terapeuta luego los siga trabajando.

En este caso se puede observar claramente, la aplicación del dispositivo de supervisión grupal cuando busca ayudar al terapeuta supervisado a una aproximación paulatina al problema planteado, procurando que no se apresure, *que no etiquete o encasille* rápidamente el problema, y se permita explorar un posible diagnóstico.

Este objetivo de la supervisión se resalta como importante desde diferentes enfoques o maneras de ver la misma problemática, de acuerdo a los autores investigados, basta con recordar a Fisch (1984) cuando recuerda que la capacidad de maniobra del terapeuta es también limitada por la del propio paciente, y esto se observa en los *variados* motivos de consulta que en apariencia le demanda el paciente al terapeuta, y este en principio no logra priorizar; y esto se observa en ambos casos de los terapeutas supervisados, el de E y el de A; también aquí se puede observar la premura de los terapeutas de *concluir* en un diagnóstico en lugar de aproximarnos dinámicamente a éste como sugieren Minuchin y Fischman (1991), por ejemplo.

Pero también se debe señalar como fenómeno paradójal, que pareciera ser que, a pesar del sustento que nos brindan los autores investigados en el Marco Teórico, que la percepción de los terapeutas supervisados pareciera ser diferente, dado que los ítems que podemos vincularlos con este objetivo e incluso con el que sigue han acusado el puntaje más bajo: *Evaluar interconsultas con otros terapeutas. Re-formular el motivo de consulta* (Ver Anexo 1)

Y lo planteamos como paradójal, porque tampoco se condice con las notas y observaciones efectuadas en los espacios de supervisión (Ver Anexo 2), algunas de las cuales ya desarrollamos como ejemplos. Allí se puede observar una percepción diferente que se tiene en cuanto al dispositivo de supervisión en la tarea de *formar, orientar y ayudar a los terapeutas*, por un lado; y la otra percepción que aparece por parte de algunos de ellos en lo

referente a como el mismo dispositivo, también puede servir para *influenarlos en su eficacia profesional*.

De este resultado, lo que podemos inferir a priori, es que reconocen la importancia de la tarea de supervisión para mejorar su rendimiento profesional, pero pareciera que no lo manifiestan públicamente y dentro del espacio destinado a la supervisión; y esto fue percibido durante el tiempo de observación, de diferente forma tanto en el terapeuta experimentado como en el que se inicia. En el terapeuta experimentado, reconociendo que aún puede equivocarse y debe revisar sus estrategias; y en el no experimentado, entendiendo que debe desarrollar muchas y diferentes estrategias de abordaje, para equivocarse cada vez menos; en definitiva, que ninguno debe prescindir de otra mirada externa como ésta.

Objetivo 3:

Describir cómo la supervisión grupal permite *reorientar o combinar* diferentes dispositivos de tratamiento

Una vez más, podemos también considerar el caso anteriormente citado, el de F, también para este objetivo, dado que por lo general, se observaba que los terapeutas jóvenes en particular, eran menos proclives a efectuar interconsultas o derivaciones, y en el caso antes citado, podemos hablar de la posible interconsulta con una psicopedagoga, o también a un médico nutricionista, que debió ser puntualizarle el supervisor como posibles estrategias a abordar.

Lo que también se pudo observar durante las sesiones de supervisión, que cuando los terapeutas, acceden a efectuar interconsultas con otros colegas de otras especialidades, logran también, tener una visión completa del caso que están tratando, y también replantearse nuevas estrategias de tratamiento, porque de una u otra forma, el paciente en cuestión proviene de un núcleo familiar que por lo general es muy sensible a los cambios. Slutzki (1998) dice que no siempre el terapeuta es consciente de lo poco estable que se puede manifestar el núcleo familiar del que proviene el paciente; debido a que esa familia está atravesada constantemente por posibles conflictos o crisis. Si así fuera, comenta le daría mayor trascendencia al trabajo de *definir o delimitar fronteras* (refiriéndose con esto,

a las que provocan las redes con las que interactúa o no el paciente) la importancia que esta tarea merece para un posterior diagnóstico. Y agrega, que esas *fronteras* no son más que la manera o forma de *comunicarse o no*, los integrantes de ese sistema de familia y sus reglas de funcionamiento, de modo tal que estas fronteras, se cierran, se abren, se flexibilizan, se rigidizan, se violan o se respetan, pudiendo de esta forma replantearse y explorarse nuevas estrategias de tratamiento.

También para este objetivo, podemos citar el caso presentado por L terapeuta de 49 años, terapeuta cognitiva, una de las más activas del grupo de supervisión y que tiene a cargo algunos de casos más complejos en temas de pareja, como ser violencia familiar por ejemplo.

Expone el caso de una pareja, M, de unos 43 años, que la describe como delgada, con cara de sufrida, que frente a su pareja, se muestra muy sumisa y sometida, que habla poco y que por momentos asiente a todo lo que éste le dice. Su pareja D de 58 años, se desempeña en temas de seguridad, se manifiesta como muy seguro de sí mismo, y en particular de “estos temas de la terapia” como éste le manifiesta a la terapeuta.

L la terapeuta, lo describe a D como de modales con ciertos rasgos de *soberbia*, por lo menos hacia su mujer y en particular, y en particular los manifiesta en la terapia de pareja que suelen tener.

Proviene de una anterior derivación de la terapeuta individual de M, porque durante la terapia individual con ella, le había referido a su terapeuta de serios episodios de violencia de hecho y de palabra hacia M y por parte de D. Recientemente los entrevistó por separado a M y posteriormente a D.

La terapeuta manifiesta con respecto a este último, que “le costó que asistiera a la terapia individual, hasta que finalmente lo logró”.

Con respecto a M, manifiesta L la terapeuta que “en la sesión individual, ésta se mostró como otra mujer y se comportó muy diferente que en la terapia de pareja, y fue allí que le manifestó que desde hace 6 meses aproximadamente no tienen sexo con él, porque tiene disfunciones sexuales que el mismo no asume y eso lo pone de muy mal humor, y muy violento, le refirió la paciente y además le dijo que para D, el tema del sexo, le resulta difícil tratar con él y que ella M, quiere dejarlo pero tiene miedo de cómo puede reaccionar por su carácter.

Con respecto a D, en la sesión individual, éste se mostró por demás afable, manifestando que “tenía problemas de trabajo, que eso lo tenía mal pero que se iba a resolver”, cuando la terapeuta intentó abordar el tema sexual, éste manifestó que “son todas mentiras de esa loca, yo estoy bárbaro, es ella la que no quiere”, y manifiesta la terapeuta que tuvo para con ella, durante toda la sesión “actitudes de permanente seducción y por momentos de querer avanzar desde lo personal, para salirse del encuadre terapéutico”.

A esta pareja de pacientes, L la viene tratando en 3 sesiones en pareja y en 4 de forma individual, pero en el caso de D, manifiesta L que, “considera que necesita una derivación psiquiátrica o sexológica, y luego considera que debe ser tratado por un terapeuta hombre para poder profundizar mejor algunos temas”

La intervención del supervisor en este caso fue la de hacerle preguntas muy específicas a una terapeuta experimentada en estos temas como es el caso de L.

El supervisor le manifiesta : “ ok, supongamos que acordamos una derivación, ¿ por qué y ahora a un psiquiatra?, que te resolvería dentro de tu terapia? , y ¿por qué a un sexólogo a él únicamente?”

La terapeuta manifiesta que la derivación le permitiría conocer mejor su situación, ya que el paciente D, le manifestó “que dormía muy mal, que estaba tomando *Valium*, pero media pastillita antes de dormirse...pero no le hace nada” y comenta la terapeuta que además, lo observaba durante la sesión que transpiraba mucho, y que por momentos se ponía colorado, que todo ese cuadro le preocupaba y que quería descartar síntomas.

Y con respecto a la derivación a un sexólogo, la terapeuta lo fundamenta, porque cree que es él, D, el que tiene la disfunción, y no su mujer, ya que la paciente, su actual pareja, le manifestó a la terapeuta, que “tuvo algunas aventuras con otro hombre con el que a veces sale, y conmigo está todo bárbaro”.

Por último el supervisor, le pregunta “¿ por qué derivarlo a un terapeuta hombre? Que es lo que te pasa cuando tenés que tratarlo a solas y por qué?”

La terapeuta le manifiesta que logra que la haga sentir muy, pero muy incómoda como mujer y el supervisor insiste con la pregunta “¿.podes explicitarte mejor?, incómoda de que manera?...se te tiró...quiso avanzarte y te costo frenarlo?...que te pasó con eso?”risas varias por parte de la terapeuta, asintiendo que eso era lo que le pasaba.

Por último, el supervisor, le recomienda revisar eso, si le pasa poco, si le pasa seguido, o le pasó sólo con este paciente, y antes de derivarlo, le recomienda una sesión conjunta en cámara Gesell, de ambos miembros de la pareja y después a solas con él, para ayudarla no solo en la derivación, sino en algo más importante, que es saber cómo puede maniobrar ella mejor como terapeuta, frente a este tipo de paciente.

En este caso la pareja analizada se observa como disfuncional, o visto de otra manera, funcional a las personalidades de ambos, que por momentos se complementan, y por otros momentos se enfrentan y que muestran que el vínculo es en definitiva lo que está enfermo y debe ser analizado.

Linares y Ceberio (2005) destacan en particular, el uso de múltiples herramientas de la que dispone el dispositivo de supervisión en la terapia sistémica, que le permite re-confirmar ciertas hipótesis o estrategias de trabajo que se pueden desplegar durante una sesión, y citan por ejemplo el uso de la cámara Gessel, el espejo unidireccional, la videograbación y el uso del interfono para consultar en el transcurso de la terapia con otro equipo de terapeutas y así poder interactuar en tiempo real; todas herramientas, que en el caso antes citado, el supervisor rescata para fortalecer sus recomendaciones, estrategias, y también para disipar ciertas dudas que pudieron surgir del relato del terapeuta.

Otro caso que podemos citar es de la Familia G , y el caso es presentado por O, una terapeuta que en su momento, integró el equipo de la Institución, hoy día, trabaja en gran medida con pacientes propios, pero sigue teniendo algunos pacientes especiales que le siguen derivando; su especialidad es la terapia de familia, por lo general trata los temas vinculares con hijos; y en especial cuando alguno de los hijos/as de esa familia están en tratamiento por tema de adicciones. Por lo tanto su participación en los grupos le resulta útil de dos formas, una, para presentar sus casos, y también para conocer la evolución de algún paciente no tratado por ella, pero que es hijo/a y forma parte de alguna familia que sí trata. Por lo general colabora aportando su particular visión del caso, pero desde la evolución del tratamiento de la pareja de la cual es terapeuta.

Refiere el caso de esta familia G, ya que R, el intermedio de sus tres hijos, estaba en tratamiento por adicciones; en este caso, a cargo de E, también terapeuta de la Escuela, a la cual se la habían derivado, después de 15 sesiones de tratamiento con C, el otro terapeuta antes citado. O expone el genograma de la familia G, B de 56 años el *padre ausente*,

separado de hecho desde hace 3 años de S de 46 años la *madre presente*, R de 30 años que trabaja con su padre, J de 25 años, su hermano menor, casado y con un hijo de 3 años, y con quien vive momentáneamente; finalmente la familia se completa con otra hermanita S de 16 años que vive con la madre. El último motivo de consulta efectuado a A la terapeuta de R, por parte de su hermano J, y manifiesta que “no quiere que viva mas con él” porque le refiere a la terapeuta que tiene comportamientos inadecuados para la convivencia (se emborracha, a veces fuma *porros*, mira pornografía en su computadora, se masturba, etc).

O propone revisar rápidamente este caso, antes que A su actual terapeuta, continúe el tratamiento con R. El supervisor ante la complejidad del caso le pide, primero a A que le comente primero, como venía llevando el tratamiento con R; para lo cual A relata y recuerda el cuadro inicial con el que se había encontrado cuando le fue derivado, como “una persona desprolija, con rasgos de abandono, descuido personal, con un comportamiento más bien hosco, contestaba con monosílabos, de poco relato” y que paulatinamente en las 4 sesiones se venía observando un progreso..lento pero evolucionando.

En la segunda intervención, el supervisor, invita a los demás terapeutas a que sugieran orientaciones de la terapia.

En la tercera intervención y después de haber escuchado todas las sugerencias, recomienda una terapia conjunta en cámara Gessel con R y su hermano J con el actualmente convive; y otra con toda la familia para acordar otras acciones a los diferentes miembros de la familia del paciente.

Serebrinsky (2009) señala como una de las principales ventajas del dispositivo de supervisión grupal, el de permitir al terapeuta supervisado, recordar y reconocer que los En definitiva esta visión sistémica del problema permite también entender el mismo concepto o visión en el tratamiento a encarar, pudiendo planificarse diferentes estrategias entre los diferentes dispositivos, como ser la *terapia individual, de pareja o de familia*, y de esa manera ampliar notablemente las posibilidades de abordar un problema inicial.

Lo que también se observa en este caso es como algunas estrategias o maniobras pueden alterar el equilibrio del sistema familia, en este caso el de la familia de J por ejemplo y lo cuidadoso que se debe ser al momento de efectuar cambios dentro del sistema objeto de análisis.

Simon, Sherlin y Wynne (1984) refieren a las diferentes categorías de cambio y sus consecuencias y dicen que un sistema es capaz de cambiar de dos formas: a) el cambio de primer orden, en el cual los parámetros individuales varían de manera continua, pero la estructura no se altera; b) el cambio de segundo orden, también llamado *el cambio del cambio*, en donde se producen cambios, pero de las reglas que manejan su estructura u su orden interno.

Haley, (1976) también debe ser destacado dentro de los autores investigados, porque es el que destaca como una de las ventajas que posee este tipo de terapias, la *adecuación y adaptación de los problemas terapéuticos*, dado que para el autor, resulta indispensable orientarse más hacia los problemas, que hacia un método determinado.

Para el autor, lo que resulta importante, es lograr flexibilidad en la gestión del terapeuta, y ésta es una de las maneras de lograrlo, variando su acción y sus maniobras de acuerdo al problema con que el terapeuta se enfrente.

7. Conclusiones

Con respecto al dispositivo:

Podemos decir que el dispositivo de *supervisión* en la psicoterapia, es uno de los temas, cuyas técnicas y estrategias se vienen revisando permanentemente, ello ocurre aun más cuando estamos hablando de una supervisión de tipo grupal y dentro de un enfoque estratégico y sistémico.

Los principales aportes que generaron un giro trascendente en este enfoque aparecen con las investigaciones que se llevaron adelante en el grupo de Palo Alto, en EEUU, y a cuyo referentes hemos citado a lo largo de este trabajo.

Otras investigaciones importantes fueron las efectuadas en Europa, en particular en Italia, y el cambio profundo que con ello, se generó en el tratamiento de las terapias grupales y en especial, en las familiares. Sin duda lo que comenzara como una necesidad de economizar recursos y extender el tratamiento a mayor cantidad de personas por vez, (recordemos que

ése fue el origen de las terapias grupales en épocas de post-guerras), hoy se ha transformado en una de las formas posibles de tratar a *familias enfermas*(*), para orientar al terapeuta en que, el verdadero causante del origen, evolución y proyección de un tratamiento, debe ser buscado y encontrado en la familia del consultante. Los trastornos con una fuerte impronta social como son las adicciones de todo tipo, y que van a acompañadas por lo general, por conductas violentas diversas, hace que la complejidad sea tal, que su abordaje sea preferentemente a través de un enfoque tan amplio como es el que puede brindar la terapia con enfoque sistémico.

Y justamente por esa complejidad y dinámica, resulta impensable recurrir a un equipo de trabajo que no esté monitoreado por un dispositivo de supervisión cada vez más completo y eficaz, como es el de tipo grupal.

(*) Término utilizado por Juan Luís Linares, psicólogo y psiquiatra, profesor titular de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona y director de la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de Saint. Paúl

Lo que busca también este trabajo con respecto a la supervisión grupal, es *describir su importancia dentro de la terapia sistémica*, tanto para el terapeuta con poca experiencia, el cual debe fortalecer su autoestima, como para el experimentado, para que pueda cambiar viejos paradigmas e incorpore creatividad y cambios a su terapia.-

El enfoque estratégico y sistémico, dentro del dispositivo de supervisión grupal, también permite que la familia colabore con el terapeuta en la búsqueda y desarrollo de las habilidades y capacidades que ésta tiene y que, al identificarlas o re-identificarlas, le sirvan para resolver mejor, sus propios problemas.-

El dispositivo de supervisión grupal, también incorpora atributos de la línea terapéutica denominada de la psicología positiva o del desarrollo personal que permiten una re-identificación y una re-valorización de los recursos del terapeuta supervisado.

La supervisión en la terapia sistémica, orienta al terapeuta en el reencuentro de sus mejores habilidades para identificar y aplicar las herramientas más adecuadas a su tratamiento. Las posibilidades de logro, tan esenciales para el terapeuta novicio, se obtienen cuando éste logra superar las dificultades que le aparecen durante la empírea de las técnicas aprendidas sumado a cierto grado de autoestima que cuando se encuentra mermado, dificulta su

trabajo y que por ello requiere ser ajustado y monitoreado por este dispositivo precisamente.

Con respecto a la validez y profundidad del trabajo de observación:

Yalom y Vinogradov (1996) consideran que el número ideal de integrantes de un grupo es de 7, número que, según los autores permite facilitar los procesos de diferenciación e integración en el cual los individuos pueden desarrollar mejor sus potencialidades, y es porque allí se pueden generar alrededor de 247 interacciones.

En nuestro caso los espacios de supervisión estuvieron justamente integrados por 7 integrantes (los terapeutas más el supervisor), y esta observación se efectuó de manera consecuentemente y también metódica (ver ejes temáticos analizados en *Métodos*) durante 3 meses.

Todo lo antedicho permite describir mejor el potencial y riqueza de lo observado, de lo cual y por razones prácticas, solo fueron relevados y analizados los casos más trascendentes, ya sea por su contenido, por las observaciones e intervenciones del supervisor, o por ambas cosas.

Podemos llegar a la conclusión, que el *clima* que genera el dispositivo de supervisión grupal, puede influenciar tanto la percepción del terapeuta como sus respuestas.

Yalom y Vinogradov (1996) ya citado antes, manifiesta que ese *clima* que se genera, manifiesta un *aquí y ahora* que es muy particular y propio de ese grupo, y lo provocan dos variables: la *cohesión* (pertenencia al grupo) y la *movilidad* (afectación de los miembros por el grupo)

En definitiva se refiere al ambiente que reina en el grupo supervisado, y que facilita o dificulta el aprendizaje, pudiéndose percibir, en diferentes sesiones, diferentes momentos según la temática tratada; pudiendo pasar el clima del grupo, de confrontativo a colaborativo.

También de la observación, se pudo también rescatar que algunos terapeutas experimentados requieren de una orientación más directiva que otros para avenirse a las recomendaciones de la supervisión, en particular cuando el tratamiento debe estar acoplado

con objetivos de eficacia y plazos planteados por la Institución, en particular los más experimentados, debido, posiblemente a que sus esquemas mentales y estrategias acerca de cómo enfocar los diferentes casos suelen estar menos propensos a cambiar o modificar, que en los terapeutas que se inician y que están más proclives a incorporar enfoques más novedosos.

Se pudo observar la fuerza del dispositivo, cuando el terapeuta ya sea por una cuestión del perfil de personalidad, y/o de experiencia necesita re-identificar sus fortalezas y aprender a re-direccionarlas; allí la observación y puesta en común con el supervisor y con sus pares resulta muy eficaz, debido al intercambio de diferentes puntos de vista que ayudan a éste, el terapeuta que expone, a revisar el suyo.

También el dispositivo se muestra importante en los casos de planteos éticos y morales por parte del terapeuta, en el tratamiento y/o la posibilidad de derivación o interconsulta. Y también allí, la puesta en común acerca de creencias, valores y también estrategias y maniobras se ve de manifiesto y ayuda mucho al terapeuta en cuestión a revisar su decisión. Esto se observa en algunos de los casos ya citados en el capítulo *Desarrollo*.

Con respecto a las autocríticas y dificultades del trabajo:

En cuanto a las dificultades encontradas en el trabajo, se puede citar, la dificultad de precisar el alcance de los objetivos planteados, así como el propio diseño de los mismos, dado que sea ha propuesto analizar un dispositivo muy amplio y complejo como la supervisión, pero, a su vez, dentro de un tipo de terapia, que no es individual, que también es compleja y además que por su propias características se muestra casi imposible de ser analizada, solamente por partes o sólo una de sus partes; y de ser muy estrictos en el análisis, debería comprenderse por ejemplo, que muchas de las observaciones analizadas, pueden serlo no solamente con respecto a un sólo objetivo u eje temático, sino prácticamente a todos ellos.

A esto debe sumársele la discrecionalidad propia de los resultados que arrojan los instrumentos cualitativos elegidos y que cuentan por su propio diseño y origen, con sesgos, producto de la subjetividad a la que los mismos son sometidos. Vale decir que en la

encuesta, se percibe y demuestra un sesgo más de tendencia positiva en algunos puntos de ella y en otros no tanto, con las contradicciones ya apuntadas anteriormente.

Mientras que en la observación se puede decir que existe el sesgo o *recorte* de un momento que hace el observador no participante (o sea yo), y también se cuenta con la influencia que genera el relato del terapeuta, los comentarios de sus colegas y finalmente las observaciones del supervisor, lo cual, desemboca en el *clima* del grupo al que aludíamos anteriormente y cuando se hacía referencia a la validez y confiabilidad del trabajo.

Por lo tanto la observación se transforma en un *recorte subjetivo de un momento*, de la supervisión grupal, de los cuales están rescatados los más importantes, los que más me impactaron.

Tal vez, una posible solución para poder arribar, en otra oportunidad, a resultados más precisos y de ser necesarios, sería posiblemente ampliar los ítems de la encuesta (y disponer más tiempos de los terapeutas para contestarla), dado que en el trabajo de campo, *su captación y recolección no resultó sencilla*; y otra alternativa, la de poder buscar e identificar otros diferentes ejes temáticos a ser contemplados al momento de la observación, ello tal vez permita ampliar las conclusiones, y también incluir como material de trabajo, mayor cantidad de casos relevados.

Con respecto a otros aportes personales y que se derivan de esta investigación:

En la exploración y el recorte que oportunamente se efectuó en el marco teórico, se pudo observar que la mayoría de los trabajos e investigaciones efectuados sobre el tema se refieren o determinados tipos de terapias como la familiar por ejemplo en la que abunda tanto material bibliográfico como de investigación, pero no específicamente sobre el dispositivo de supervisión y además aplicado a un tipo de terapia como la sistémica.

También es mucho y profuso el material bibliográfico y de investigación referidos a la supervisión en general, y al liderazgo en particular; por lo tanto la dificultad presentada al tener que buscar, seleccionar y finalmente encontrar material específico sobre este tema fue importante.

Los referentes e investigadores más importantes fueron incluidos dentro del marco teórico, aun los más recientes y contemporáneos, y en este caso, de producciones bibliográficas más

actuales aportados por los propios directores de la Institución quienes junto con sus referentes externos, buscan acercar permanente información y entrenamiento a su staff profesional y directivo.

Por lo que no solamente para esta Institución sino también para otras dedicadas también a la terapia sistémica, sería importante que se pudiese generar una mayor producción bibliográfica y de investigaciones de casos y experiencias registradas en nuestro país y que inclusive se exploren y diseñen constructos que se puedan complementar con el dispositivo, como por ejemplo poder evaluar cuantitativa y cualitativamente la influencia que puede tener un determinado estilo de supervisión sobre la eficacia de los terapeutas.

Se observa en esta Institución, por ejemplo, que el tema de los estilos terapéuticos, es materia de trabajo y entrenamiento, pero desde las estrategias y maniobras del futuro terapeuta, por lo que me parece interesante también, por ejemplo, evaluarlo al supervisor frente al grupo de terapeutas pero desde su estilo de gestión y medir cómo esto influye en el rendimiento de los terapeutas y no tan solo en el seguimiento de los casos, únicamente; pudiéndose recurrir a mediciones más precisas y que no sean solamente evaluaciones cualitativas de tipo Lickert.

También resulta importante que el supervisor incorpore en su trabajo, más herramientas y aportes que le puede acercar la Psicología Positiva, por ejemplo, de la cual dimos cuenta en el marco teórico de algunos autores, pero que hoy existe importante material investigado y que pueden ayudar al desarrollo personal del propio terapeuta a ser supervisado.

Por lo tanto resultaría conveniente incorporar dentro del espacio de supervisión, un parte destinada a perfeccionamiento de diferentes técnicas mediante el desarrollo de talleres específicos, en la forma y modo de aplicarla, por ejemplo ; sobre comunicaciones, de la manera y forma en que se transmiten las intervenciones; de saber cómo auto-fortalecerse y mantenerse motivado ante casos complejos y difíciles; de traer sus casos complejos a cámara Gessel, y exponerlo académicamente para ser estudiado, lo cual se hace poco por parte de éstos; generalmente lo hacen los directivos o jefes, a pesar de que éstos incentivan el uso de la cámara por parte de sus terapeutas, ésta acción, por ejemplo fortalece las capacidades del terapeuta y también expone sus debilidades, pero dentro de un marco de aprendizaje.

Lo que se percibe desde la observación es que el espacio académico (cursos, conferencias, investigaciones), no está totalmente integrado con el espacio clínico (entrevistas, seguimientos, diagnósticos, derivaciones, gestión con pre-pagas, liquidaciones de los honorarios) y por lo tanto estas herramientas o técnicas, existen, las conocen, pero el mayor tiempo de supervisión, y desde la observación se percibe más aplicado a los seguimientos y los pacientes problemáticos, que a la docencia, que en parte debería desempeñar el supervisor en mayor medida, y dentro del espacio que la Institución le asigna.

7. Referencias Bibliográficas:

- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia la ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen
- Bertalanffy, L. Von. (1976). *Teoría general de los sistemas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Branden, N. (1993). *El poder de la autoestima*. Buenos Aires: Paidós
- Branden, N. (1999). *La autoestima en el trabajo*. Buenos Aires: Paidós
- Casullo, M. (2006) El capital psíquico. Aportes de la Psicología Positiva. *Psicodebate 6.Cultura y Sociedad*, 59-72
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Fluir* Barcelona: Kairos
- Fisch, R. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder
- Freud, S. (1910). *Lecciones sobre psicoanálisis, Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*, Cinco conferencias sobre psicoanálisis, un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci y otras obras. Vol.XI Sigmund Freud Obras Completas (1979) Buenos Aires: Amorrortu
- Haley J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu
- Kashdan, T.D. & Steger, M.F. (2007) “Curiosity and pathways to well being and meaning in life: Traits, states and everyday behaviors” *Motiv Emot* (2007) 31: 159-173
- Linares, J., Ceberio, M. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica*. Buenos Aires: Paidós
- Minuchín, S., Fishman, L., (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós
- Pichón Riviere, E. (1987). *El proceso creador: del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Prada E. (2005). Psicología Positiva y Emociones Positivas, En *Revista Psicología Positiva Setiembre 2005* Recuperado en <http://www.psicología-positiva.com/Psicologiapos>
- Peñarrubia, F. (1998). *Terapia Gestalt: la vía del vacío fértil*. Buenos Aires: Alianza
- Rogers C. (1990). *Psicoterapia centrada en el Cliente*. Buenos Aires: Paidós
- Serebrinsky, H. (2009). *Un viaje circular: de la psicología social a la teoría sistémica*. Buenos Aires: De los Cuatro Vientos
- Selvini Palazzoli, M. (1988). *Paradoja y contra-paradoja: un nuevo modelo en la terapia de familia con transición a esquizofrenia*. Barcelona: Paidós
- Simon, F., Sherlin, H. y Wynne, L. (1984). *Vocabulario de la Terapia Familiar*. Buenos Aires: Gedisa

- Sluzki, C. (1998). *La red social: frontera de la practica sistémica*. Barcelona: Gedisa
- Szprachman de Hubscher R. (2005). Investigación Científica en Evaluación de Resultados en Psicoterapia : *Revista Perspectivas Sistémicas nro.87.apartado17*
Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/psonline.htm>
- Wainstein, M. (2006a). *Comunicación, un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE
- Wainstein, M. (2006b). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires : JCE
- Waterman, A.S., Schwartz, S.J. & Conti, R. (2008) “The implications of two conceptions of happiness enjoyment and eudaimonia) for the understanding of intrinsic motivation” *Journal of Happiness Studies* (2008) 9: 41-79
- Watzlawick, P. (1981). *Teoria de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder
- Watzlawick, P, Nardone, G. (1995). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder
- Witzeaele, J.,García T. (1994). *La Escuela de Palo Alto*. Barcelona:Herder
- Yalom, I, Vinogradov S., (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Buenos Aires: Paidós

7. Anexos :

7.1: Modelo de la Encuesta a utilizar

Datos Generales

Edad :

Genero :

Formación académica:

Años de ejercicio: *(marque con una cruz lo que corresponda)*

Menos de 1 año

De 1 a 5 años

Mas de 5 años

Desde cuando se supervisa: *(marque con una cruz lo que corresponda)*

Menos de 1 año

De 1 a 5 años

Mas de 5 años

Que tipo de supervisión: *(marque con una cruz lo que corresponda)*

Individual

Grupal

En la Institución desde cuando se supervisa: *(marque con una cruz lo que corresponda)*

Menos de 1 año

De 1 a 5 años

Mas de 5 años

Datos específicos:

Dentro de una escala Lickert (0 a 10) señala la incidencia que tiene la supervisión en su actividad terapéutica, y en los siguientes ítems:

<i>Item a considerar</i>	<i>Ponderación</i>
Re-formular el motivo de consulta	
Incorporar otras estrategias y técnicas al espacio terapéutico	
Re-definir las etapas y planes futuros de trabajo	

Re-direccionar y combinar estrategias vinculares	
Evaluar interconsultas con otros terapeutas	

Algún comentario que desea efectuar:

7.2 Resultados de la encuesta

Datos Generales

Edad : De 28 a 57 años

Género : 4 Femenino-2 Masculino

Formación académica: psicólogos recibidos

Años de ejercicio: (marque con una cruz lo que corresponda)

Menos de 1 año : 2

De 1 a 5 años : 3

Mas de 5 años : 1

Desde cuando se supervisa: (marque con una cruz lo que corresponda)

Menos de 1 año: 2

De 1 a 5 años: 3

Mas de 5 años: 1

Que tipo de supervisión: (marque con una cruz lo que corresponda)

Individual y Grupal: 5 (*)

Grupal únicamente: 1

(*) tuvieron diferentes tipos de supervisión a lo largo de su carrera

En la Institución desde cuando se supervisa: (marque con una cruz lo que corresponda)

Menos de 1 año: 2

De 1 a 5 años: 3

Mas de 5 años: 1

Datos específicos: (totales del grupo de 6 terapeutas encuestados)

Dentro de una escala Lickert (0 a 10) señala la incidencia que tiene la supervisión en su actividad terapéutica, y en los siguientes ítems:

<i>Item a considerar</i>	<i>Ponderación</i>
Re-formular el motivo de consulta	6
Incorporar otras estrategias y técnicas al espacio terapéutico	9
Re-definir las etapas y planes futuros de trabajo	8
Re-direccionar y combinar estrategias vinculares	8
Evaluar interconsultas con otros terapeutas	7

Algunos comentarios que efectuaron:

Ana-57 años: “es muy importante el espacio de supervisión en el ejercicio de la psicoterapia.-

L-49 años: “veo ventajoso el espacio para la formación, el conocimiento, la contención, el uso de recursos terapéuticos y aumentar la responsabilidad profesional”

C-45 años: “el espacio me sirve para sumar otras miradas y fundamentalmente para el trabajo de resonancia”

O-34 años: “el espacio lo utilizo fundamentalmente para reorientar mi trabajo”

E-28 años: “la supervisión la utilizo para tomar yo distancia de mi paciente, pero a veces tiene como desventaja que puede crear la sensación de no eficacia al terapeuta”

A-28 años: no hizo comentarios

7.3 Notas generales sobre las observaciones efectuadas (*)

(*) teniendo presente como guía de análisis los ejes temáticos antes citados.-

Día 4-09-12- Descripción general

Es un grupo de 6 terapeutas de edades diferentes, el supervisor, plantea a los terapeutas los casos que desea tratar desde lo institucional y a su vez pide a ellos que expongan los propios. La metodología se inicia con una presentación del genograma a todo el grupo por parte del terapeuta y una breve explicación según su visión del caso; y a continuación un pedido de ayuda a sus pares y al supervisor, en aquellos aspectos en los que observa

dificultades para avanzar en la terapia de su paciente. Se observa que el supervisor invita a los pares a sugerir alternativas de tratamiento y/o comentarios sobre lo escuchado, pero remarca que deben abstenerse de efectuar juicios o aseveraciones acerca de la conducta o modo de llevar la terapia.

Día 25-09-12- Ana

Ana, tiene 57 años, se muestra como una terapeuta de larga experiencia, principalmente formada en el psicoanálisis, y en los últimos 5 años, intentando volcarse a la terapia cognitiva, lo que surge de los comentarios que luego se efectúan con el supervisor. Presenta el caso de una pintora y curadora de unos 40 años..largos , de muy alto status, como su paciente, la cual está en pareja con un hombre mucho más joven, ambos en momentos depresivos consumen sustancias..La demanda de la terapeuta es que siente que la paciente la “manipula” con su conducta bastante ciclótica y que no sabe si seguir como seguir o si dar por finalizada la terapia.

Intervenciones del supervisor: ¿Cuanto hace que la estas tratando?¿Cual es el motivo de consulta? ¿Su pareja es estable? ¿Es importante para ella? ¿Alguna vez los entrevistaste juntos?

Le recomienda que sea precisa en el objetivo a seguir, y que transmita sus recomendaciones con certeza, con convicción, recordándole, que para que “alguien manipule...debe haber un otro que deje ser manipulado”...y en eso se debe poner foco.-

Día 20-09-12-E

E, 28 años, es terapeuta recientemente recibido, acaba de terminar su diplomado en la Escuela, tiene algunos casos propios, y está teniendo algunos de la Institución. Presenta el caso de una chica de 18 años que vive en Buenos Aires, pero que es de Lobos, de buena posición, que alquila y al presentar su genograma, desarrolla una serie de dificultades en sus redes de contención primaria (padres y hermanos), madre con diferentes parejas, que se percibe discriminada, que no tiene relación con su padre genético, y es pésima con su

padraastro, que tiene dificultades para generar vínculos, que no tiene pareja, que todavía no tuvo sexo que le cuesta rendir exámenes...que...que....

Ante la pregunta de ¿cual fue su motivo de consulta, es la actual dificultad que tiene con su pareja que no puede vincularse, que intentaron tener sexo, pero no pudo, que intento con el paciente intentar algunos ejercicios como que se acostaran desnudos para ver que pasaba...y no paso nada, refiere la terapeuta....y quería consultar si no era conveniente hacer una interconsulta con un sexólogo.-

Otra intervención del supervisor, fue preguntarle cuantas sesiones llevaba, a lo que le contestó que era la cuarta sesión.

La intervención final del supervisor fue que se enfocara en el motivo de consulta, que es lo que hoy siente que lo afecta y a partir de allí, que se enfoque en pequeños y concretos cambios, como por ejemplo, empezar por...¿que le pasa con los exámenes?, ¿que acciones puede anticipar?...y después...y siempre y cuando en eso se avance...empezar de la misma forma a trabajar con los vínculos...y así de a poco, pero que el paciente perciba pequeños logros.

Que no busque “forzar” un diagnostico en lo inmediato, que se centre en sus síntomas de malestar y de mejorar, que el diagnostico debe ser “dinámico” y se debe ir construyendo sesión a sesión y saber sostener el foco del síntoma a tratar y la estrategia que se plantea. Finalmente manifiesta: “A un elefante se lo come de a pedacitos”...remató gráficamente las consignas ultimas recomendadas.

Día 16-10-12- Guillermo, el supervisor

Guillermo, es el supervisor de la Institución, y del grupo observado, de unos 38 años aproximadamente, terapeuta sistémico, formado en la Escuela y en el Bateson Institute, especializado en sexología, casado y reciente padre. Integra el staff de la Escuela y además desarrolla grupos de supervisión integrando equipo con algún directivo de la Escuela. Se lo percibe con un estilo netamente directivo, explicitando consignas precisas a ser llevadas por el terapeuta y fundamentando su decisión cuando se genera alguna duda o pregunta.

Es también docente de la Escuela y de varias universidades privadas y fundaciones, su dinámica en la conducción de grupos, se percibe, en el grado de participación que genera en los demás terapeutas, en especial cual los induce a aportar ideas y alternativas en pacientes que no le son propios. Se lo percibe sólido desde lo epistemológico, tanto en su recomendaciones como en los ajustes y encuadres de los diferentes tratamientos que le toca supervisar; pero también se lo percibe sólido desde su empírica, cuando identifica de manera precisa algunas de las fortalezas y debilidades que a veces, el propio terapeuta le cuesta identificar en sí mismo.

Día 25-10-12- Lucia

Lucia de 49 años, terapeuta cognitiva, una de las mas activas del grupo y que tiene a su cargo algunos de los casos mas complejos en temas de pareja, como ser violencia familiar; es de los terapeutas que mas intervienen dentro del grupo cuando otros presentan. Se observa cierta confrontación desde intentar mostrar cierto liderazgo hacia el grupo, “compitiendo” con el supervisor, que este percibe y resuelve eficazmente, evitándole que no emita juicios, y siendo él, el ultimo en remarcar las consignas al terapeuta en consulta. Se muestra renuente a hacer sus propias presentaciones, frente a sus pares menos experimentados (parece ser, según comentarios, que en algún momento hizo supervisiones y por diversas razones dejo de hacerlo)

Expone el caso de una pareja, M, de unos 43 años, que la describe como delgada, con cara de sufrida, que frente a el, se muestra muy sumisa y sometida, que habla poco y asiente a todo lo que el dice, y que por momentos asiente a todo lo que dice. Su pareja D de 58 años, se desempeña en temas de seguridad, se manifiesta como muy seguro de si mismo, y en particular de estos “temas de la terapia”, la terapeuta lo describe como de modales con ciertos rasgos de “soberbia”, por lo menos hacia su mujer y mientras se manifiesta en la terapia.

Proviene de una anterior derivación de la terapeuta de M, porque se registraron serios episodios de violencia de hecho y de palabra hacia M. Recientemente los entrevistó por separado a M y posteriormente a D, manifestándole que con respecto a este último, le “costo” que asistiera a la terapia individual, hasta que finalmente lo logró.

Con respecto a M, en la sesión, ésta se mostró como otra mujer, le manifestó que desde hace 6 meses aproximadamente no tienen sexo, porque él tiene dificultades de disfunciones sexuales que no asume y eso “lo pone de muy mal humor, y muy violento”...es un tema que le cuesta abordar con él y que ella quiere dejarlo pero tiene miedo de como puede reaccionar por su carácter.

Con respecto a D, en la sesión, se mostró por demás afable, manifestando que “tenía problemas de trabajo, que eso lo tenía mal pero que se iba a resolver”, cuando se intentó abordar el tema sexual, éste manifestó que “son todas mentiras de esa loca, yo estoy bárbaro, es ella la que no quiere”, y manifiesta la terapeuta que tuvo para con ella, durante toda la sesión actitudes de permanente seducción y por momentos de querer avanzar desde lo personal, para salirse del encuadre terapéutico.

A esta pareja la viene tratando en 3 sesiones en pareja y en 4 de forma individual, pero cree que en el caso de D, considera que necesita una derivación psiquiátrica o sexológica, y luego considera que debe ser tratado por un terapeuta hombre para poder profundizar mejor algunos temas...

La intervención del supervisor en este caso fue la de hacerle preguntas muy específicas a una terapeuta experimentada en estos temas como es el caso de L.

El supervisor le manifiesta : “ok, supongamos que acordamos una derivación, porque ahora a un psiquiatra, que te resolvería dentro de tu terapia? , y porque a un sexólogo a él únicamente?”

La terapeuta manifiesta que la derivación le permitiría conocer mejor su situación, ya que le manifestó que dormía muy mal, que está tomando “Valium”, pero media pastillita antes de dormirse...pero no le hace nada y además observa que durante la sesión transpiraba mucho y se ponía colorado....en fin, que todo ese cuadro le preocupaba y que quería descartar síntomas.

Y con respecto a la otra pregunta, la terapeuta cree que es él que tiene la disfunción, y no su mujer, ya que la paciente le manifestó que tuvo algunas “aventuras” con otro hombre con el que a veces sale, y “está todo bárbaro”

Por último el supervisor, le pregunta por qué derivarlo a un terapeuta hombre? Que es lo que te pasa cuando tienes que tratarlo a solas y por qué?

La terapeuta le manifiesta que logra que la haga sentir muy, pero muy incómoda como mujer.... y el supervisor insiste con la pregunta, podés explicitarte mejor?, incómoda de que manera?...se te tiró...quiso avanzarte y te costo frenarlo?...que te pasó con eso?...risas varias por parte de la terapeuta, asintiendo que eso era lo que le pasaba...

Por último, el supervisor, le recomienda revisar eso, si le pasa poco, si le pasa seguido, o le pasó sólo con este paciente, y antes de derivarlo, le recomienda una sesión conjunta en cámara gesell, de ambos y después a solas con él, para ayudarla no solo en la derivación, sino en algo mas importante, que es saber como puede maniobrar ella mejor como terapeuta, frente a este tipo de paciente.

Día 13-11-12- C

C, de 45 años, es terapeuta sistémico formado en la Escuela, acaba de terminar su diplomado en la misma, y se especializa en casos de adicciones, y trabaja dentro de la Institución, suele estar muy ocupado y participa de a ratos en las supervisiones, en especial cuando tiene casos graves en los que necesita una interconsulta urgente.

Trajo el caso de F, una chica de 17 años, con problemas profundos de adicciones a sustancias de todo tipo, que en los peores momentos, la llevaron a compartir situaciones promiscuas y reiterados actos de auto flagelación de su cuerpo y algunos intentos fallidos de suicidio. Su consulta a la supervisión fue la reciente reincidencia en un intento de suicidio, (se quiso cortar las venas), después que su pareja mujer la quiso dejar.-

Manifiesta que ahora está estabilizada, que obviamente que está trabajando en equipo con el psiquiatra, pero que no sabe que mas hacer....que la viene tratando desde que tenía 14...que viene trabajando con los padres, que ha intentado que hagan terapia familiar...pero que ha resultado un fracaso, porque en el caso de su madre , “cambia de pareja como de camiseta”....que es gente humilde, de una formación limitada...etc...etc....etc...

La intervención del supervisor, es recordarle que sus conocimientos, habilidades y estrategias tienen un limite, y que debe entenderlo y reconocerlo y que además recordar que es la familia la que “está enferma”, y eso no debe olvidarlo; y por último, lo que se debe trabajar más que el caso que pareciera está lo suficientemente encaminado, que es lo que a él le pasa con este caso que no lo puede resolver...que le está “resonando”....

Día 22-11-12-A

A de 28 años, terapeuta con pocos años de ejercicio, formada en el psicoanálisis, acaba de terminar el diplomado en la terapia sistémica, empieza a tener sus primeros pacientes de la Escuela, y le han derivado el caso de un chico de 10, es traído por sus padres y trae como motivo de consulta de estos, “que es tímido, que no se relaciona y que se pelea con todos los chicos”; pero el chico además tiene problemas de obesidad, ya trasladados desde su familia (su papa, mama ya son obesas). Manifiesta problemas de conducta en la escuela, su madre fue citada varias veces por la psicopedagoga porque se pelea con sus compañeros. El chico manifiesta que “me joden porque soy gordo..y por eso no juegan conmigo, no me llaman y me cargan todo el tiempo, y me peleo y no tengo amigos...” El terapeuta pide orientación porque se siente inseguro y no sabe claramente por donde empezar, si por el chico...por los padres...por ambos, etc.

El supervisor interviene pidiéndole que tome nota de las siguientes preguntas: ¿Cual es el motivo de consulta de los padres? ¿Cual es el motivo del chico?

¿Se puede hacer interconsulta con la psicopedagoga de la escuela a la que concurre?

¿Se hizo ya interconsulta con un médico nutricionista, para evaluar el tema de obesidad?

¿Se hizo una interconsulta con los padres, acerca de esta problemática? ¿Tienen conciencia los padres que la obesidad de su hijo debe ser tratada? ¿Que seguramente se va a necesitar cambiar los hábitos de conducta en la forma de comer? Finalmente y antes de analizar el tema de los “vínculos”, primero, busque de despejar estas dudas.

Día 27-11-12-O

O, 34 años, psicóloga cognitiva, integró en su momento el equipo de la Escuela, hoy trabaja en gran medida con sus propios pacientes, pero sigue teniendo algunos especiales y derivados de la Escuela, su especialidad, es la terapia de parejas, y por lo general, trata el tema vincular y en particular, cuando alguno de los hijos/as de la misma, esta en terapia individual por problemas de adicciones. Por lo que su participación en los grupos le resulta

útil de dos maneras, para presentar sus casos, que no lo hace muy a menudo, pero si para poder escuchar la evolución de la terapia de algún paciente, no tratado por ella, pero que es hijo/a de alguna pareja, que sí ella está tratando. En esos casos colabora aportando su particular visión del caso, pero desde la evolución del tratamiento de la pareja de la cual es terapeuta.

Comenta el caso de la familia Gomez, ya que R, el intermedio de los tres hijos, estaba en tratamiento por adicciones y a cargo de K, también terapeuta de la Escuela al que se lo había derivado, después de 15 sesiones de tratamiento de Carlos.-

O expone el genograma de la familia G, B de 56 el “padre ausente”, separado de hecho desde hace 3 años de S, 46 años la “madre presente”; R de 30 años que trabajaba con su padre, tiene un hermano menor J de 25 años, casado y con un chico de 3 años; y con quien vive momentáneamente, y una hermanita soltera, I de 16 años. El último motivo de consulta efectuado a E la terapeuta de R, por parte de su hermano menor J, es que “no quiere que viva mas con él”, porque tiene comportamientos inadecuados para la convivencia (se emborracha, a veces fuma “porros”, mira pornografía en su computadora, se masturba, etc)

O propone revisar rápidamente este caso, antes que E continúe el tratamiento de contención que venía llevando E su terapeuta, ante esta recaída en su tratamiento.

El supervisor ante la complejidad del caso, le pide primero a E que le comente como venia con el tratamiento que venia llevando con R; la terapeuta E, recuerda el cuadro con el que se había encontrado, una persona, desprolija, con rasgos de abandono descuido personal, con un comportamiento mas bien hosco, contestaba con monosílabos, de poco relato y que paulatinamente en las últimas 4 sesiones, se venia observando con progreso lento.. pero en avance.

En la segunda intervención, el supervisor, invita a los demás terapeutas a que sugieran orientaciones de la terapia.

En la tercera intervención y después de haber escuchado todas las sugerencias, recomienda una terapia conjunta en cámara gesell con R y su hermano menor y otra con toda la familia para acordar otras acciones a los diferentes miembros de la familia del paciente.