

Universidad de Palermo  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

“La supervisión en la formación del terapeuta”

Alumna: Sabrina Solange Villagra

Tutor: Lic. Gregorio Traverso

Buenos Aires, 28 de Agosto del 2020

## Índice

1.	Introducción.....	3
2.	Objetivo.....	4
	2.1. Objetivo general.....	4
	2.2. Objetivos específicos.....	4
3.	Marco Teórico.....	4
	3.1. Precursores del modelo sistémico.....	4
	3.2. Terapia sistémica.....	6
	3.2.1. Enfoque estratégico.....	7
	3.2.2. Terapia breve focalizada.....	10
	3.3. Formación del terapeuta sistémico.....	12
	3.3.1. Recursos y competencias del terapeuta.....	14
	3.3.2. Capacidad de maniobra del terapeuta.....	15
	3.4. Supervisión en terapia sistémica.....	17
	3.4.1. Supervisión grupal.....	19
	3.4.2. Formación y abordaje de dificultades del terapeuta en el proceso terapéutico.....	20
4.	Metodología.....	23
	4.1. Tipo de estudio.....	23
	4.2. Participantes.....	23
	4.3. Instrumentos.....	24
	4.4. Procedimientos.....	24
5.	Desarrollo.....	24
	5.1. Objetivo 1: Características y funcionamiento del espacio de supervisión grupal de la institución como parte de la formación del terapeuta .....	25
	5.2. Objetivo 2: Describir la relevancia que tiene para los terapeutas, el espacio de supervisión grupal desarrollado en la institución, con respecto a la resolución de dificultades durante el proceso terapéutico .....	31
	5.3. Objetivo 3: El impacto de la supervisión grupal, según los terapeutas, en el reconocimiento y la formación de sus propios recursos y competencias .....	37
6.	Conclusiones.....	43
7.	Referencias bibliográficas.....	47

## **1. Introducción**

El presente trabajo se llevó a cabo como parte de la Práctica y Habilitación Profesional V, de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. La práctica se realizó en una institución de formación y asistencia psicológica con orientación sistémica. La institución, ubicada en Belgrano (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), trabaja desde el Modelo de Terapia Focalizada en la Resolución de Problemas.

Durante la práctica, las actividades en la institución se realizaron bajo modalidad online. Se asistió a un curso introductorio de la terapia focalizada online con evaluaciones, se realizó fichaje de bibliografía sobre las bases epistemológicas del Modelo Sistémico, y se participó en el espacio de supervisión que realiza la institución por medio de videoconferencia. Esta última actividad es la que generó interés sobre la elección del tema del presente trabajo. Los profesionales de la institución, a través de la supervisión, se encuentran continuamente trabajando en equipo para hacer los tratamientos más eficaces.

La institución organiza reuniones de supervisión con la finalidad de que cada uno de sus terapeutas cuente con al menos un encuentro semanal a su disposición. En este marco se supervisan casos, se evacúan dudas y se participa de actividades de formación y actualización profesional coordinadas por el Departamento de Docencia Interna. A su vez, la institución ofrece a sus miembros la posibilidad de participar en la supervisión en vivo de casos clínicos a través de diversos espacios semanales fijos de cámara Gesell.

En el presente trabajo se describieron las características y relevancia del espacio de supervisión grupal desarrollado en una institución que trabaja desde el Modelo Estratégico de Terapia sistémica en la formación del terapeuta.

## **2. Objetivos**

### **2.1.Objetivo general**

Analizar las características y relevancia del espacio de supervisión grupal desarrollado en una institución que trabaja desde el Modelo Estratégico de Terapia sistémica en la formación del terapeuta.

### **2.2.Objetivos específicos**

1. Describir las características y el funcionamiento del espacio de supervisión grupal de la institución como parte de la formación del terapeuta.
2. Describir la relevancia que tiene para los terapeutas, el espacio de supervisión grupal desarrollado en la institución, con respecto a la resolución de dificultades durante el proceso terapéutico.
3. Analizar el impacto de la supervisión grupal, según los terapeutas, en el reconocimiento y la formación de sus propios recursos y competencias.

## **3. Marco Teórico**

### **3.1.Precusores del Modelo sistémico**

El origen del paradigma sistémico es una consecuencia de la Revolución Científica. Los aportes que antecedieron e influyeron en su origen provienen de la biología, con la contribución del austriaco Ludwig von Bertalanffy, y de la cibernética con los aportes del ciclo de las diez conferencias Macy, la ciencia cibernética de Norbert Wiener y los teóricos de la comunicación, teniendo a la cabeza a Gregory Bateson. A su vez, en el contexto histórico del mundo estaba aconteciendo la Segunda Guerra Mundial. Desde el aporte biológico, Bertalanffy (1976) describió la Teoría General de los Sistemas (TGS). En ella formó una concepción totalizadora de la biología que rompe con el paradigma organicista y mecanicista anterior. Esta teoría concibe al organismo biológico como un sistema organizado y define las leyes fundamentales de la biología y de todos los sistemas biológicos, las cuales son aplicables en todos sus niveles de organización, desde el biológico más pequeño, al psicológico, el social y el histórico. El autor concibe al organismo biológico como un sistema abierto, que comparten permanentemente energía e información con su entorno y como consecuencia, aprende conductas incorporando lo nuevo.

En la TGS, Bertalanffy (1976) define al sistema como al conjunto compuesto de elementos que interactúan constituyendo una totalidad, que transforma al todo en algo diferente que sus componentes individuales considerados por separado. Conceptualiza varias premisas, entre ellas que los sistemas se organizan entre sí en niveles de jerarquía, donde los sistemas de jerarquía superior controlan de alguna manera a los sistemas de un orden jerárquico inferior. A

su vez, que todos los sistemas se encuentran entrelazados en el mundo natural, planteando una teoría ecológica de la naturaleza.

Por otro lado, desde la influencia de la cibernética, hacia el 1948 se llevaron a cabo un ciclo de conferencias consideradas el nido de este nuevo paradigma que se estaba gestando, las denominadas diez conferencias Macy en Nueva York, con una participación multidisciplinaria y el objetivo de establecer las bases para una ciencia general del funcionamiento de la mente humana. Uno de los participantes de las conferencias Macy, fue Norbert Wiener, denominado “padre de la ciencia cibernética”. Como antes se mencionó, en un contexto de Segunda Guerra Mundial, Wiener (1958) trabajó para las fuerzas armadas norteamericanas estudiando la conducta de tiro que debía tener la artillería antiaérea para apuntar un blanco móvil. Este estudio lo condujo a la investigación del proceso de organización de los organismos vivos y funcionamiento de los sistemas humanos y sociales, estableciendo principios generales de sistemas naturales y artificiales.

A partir de la observación de mecanismos de corrección de la desorganización o entropía en las maquinas, Wiener (1958) introduce en la ciencia el concepto de *feedback* – o retroalimentación - considerado como el mecanismo de homeostasis que permite a los organismos vivos mantenerse en un estado de equilibrio dinámico. Gros (2001) plantea que el patrón de estudio de la cibernética se basa en la comunicación y el control basado en la circularidad, el cual rompe la idea de causalidad lineal tradicional. La dialéctica estabilidad-cambio u orden-desorden, es un concepto epistemológico fundamental para el paradigma sistémico y forma parte de la complejidad de los sistemas. Mientras que el feedback negativo tiende a la estabilidad y corrección de las desviaciones conservando el sistema, el feedback positivo amplía la desviación y tiende al cambio.

Shannon y Weaver (1960) aportaron el concepto de información en la comunicación. Según estos autores que estudiaron la transmisión de mensajes entre un emisor y un receptor, a medida que ingresa información en un sistema, ésta puede ser medida en base a la reducción de incertidumbre o de resultados posibles. Wiener (1960) menciona que tanto en las comunicaciones como en la regulación de los organismos con su entorno siempre se lucha contra la tendencia de la naturaleza de degradar lo organizado y destruir lo que posee sentido.

Con respecto a la comunicación, Ruesch y Bateson (1951) la describen como la matriz donde encajan todas las actividades e interacciones humanas. En el proyecto para estudiar la comunicación y esquizofrenia, Bateson (1998) describe el concepto de doble vínculo y la comunicación verbal y no verbal. Cuando dos personas se relacionan, una percibe la importancia de discernir con acierto que clase de mensaje se le está comunicando, allí produce

una paradoja cuando el mensaje que envía la otra persona tiene dos órdenes que se contradicen entre sí y hace que la persona que los recibe no pueda meta comunicar o salirse, queda atrapado.

Watzlawick, Beavin y Jackson (1991) definen los axiomas de la comunicación que sientan las bases del cambio de paradigma. El primer axioma menciona que es imposible no comportarse y, en consecuencia, no comunicarse. El segundo axioma describe los niveles de contenido y de relación en la comunicación, en donde lo conductual y relacional clasifican al contenido y lo condicionan. Según Bateson (1998) estas operaciones reflejan el aspecto referencial y conativo en la comunicación. En el tercer axioma se realiza la puntuación de la secuencia de los hechos, ya que organiza la conducta y de ella depende la naturaleza de las relaciones. El cuarto axioma parte de que los seres humanos se comunican de forma digital y analógica, en donde el lenguaje digital cuenta con sintaxis, pero carece de una semántica para el campo de las relaciones, mientras que el lenguaje analógico posee semántica, pero carece de sintaxis para definir las relaciones. Por último, el quinto axioma establece que todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.

### **3.2. Terapia sistémica**

Como se mencionó en el apartado anterior, hacia los años 50, la nueva epistemología cuyos principios provienen de la cibernética, comenzó a ganarse consenso dentro de la comunidad científica. Según Nardone y Watzlawick (1992) dicho cambio epistemológico conllevó a una revolución sistémica en la psicoterapia. Se dio el paso de un concepto determinista de unidireccionalidad y causalidad lineal, a uno no determinista y de causalidad circular. En el campo de la psicología y la psiquiatría, ello causó a la vez el paso de concepciones clásicas, que buscaban la causa de la conducta de la persona en el análisis intrapsíquico y el pasado, a un modelo de intervención terapéutico orientado a atender principalmente la comunicación y el momento actual de manifestación.

Fernández (2014) menciona que la terapia sistémica no busca “reparar” las patologías del consultante sino comprender cómo determinados problemas se producen o mantienen dentro de determinados contextos relacionales y visiones del mundo compartidos por la familia y por el entorno cultural y social. La palabra sistema indica que la mirada del terapeuta está puesta más allá del individuo, en su sistema relacional significativo el cual también incluye a los profesionales y contextos organizacionales que intervienen en torno al problema.

La terapia sistémica entonces dirige su atención a los modos de comunicarse entre los seres humanos. Nardone y Watzlawick (1992) describen que el objetivo es modificar el sistema de relaciones disfuncional operante en un grupo de personas. Esto se realiza por medio de

diferentes intervenciones ya sean prescripciones directas o paradójales, motivo por el cual se produce un cambio de rol en el terapeuta virando de pasivo a activo, utilizando sus habilidades en la práctica clínica para promover el cambio.

Sobre el planteo del problema en la terapia sistémica, Wainstein (2006) describe la relevancia de una definición y un acuerdo entre consultante-terapeuta, en relación con el contexto en el que sucede dicho problema. Luego se establece una diferencia entre la situación actual y aquella que se persigue como objetivo, pudiendo establecer pequeñas metas entre ambas para acercarse a dicho objetivo. Esta noción de problema plantea una complejidad, compuesta por muchos elementos y relaciones; el consultor es productor de esta complejidad, y la psicoterapia es reductora de la misma, ya que incrementa la especificidad y favorece la operatividad del consultante, sea este un individuo, una pareja o una familia.

En cuanto a la intervención en la terapia sistémica, Espriella Guerrero (2008), menciona algunas tales como el entrenamiento, el juego de roles y las tareas. Resulta relevante intentar incrementar los intercambios reforzados gratificantes, reconocerlos y evitar o disminuir las interacciones adversas o pautas rígidas de interacción. Haley (1996) señala que toda intervención es aquella que promueva el cambio, sin embargo, describe que también existe la enseñanza en psicoterapia. Supone que los que utilizan la enseñanza, parten de la premisa de que una vez el consultante es educado, se sobrepone al sistema y adquiere la libertad de elegir y responder de otra manera. El autor diferencia la intervención generadora de cambio de la enseñanza, ya que esta última omite que las personas participan en un sistema, el cual tiene carente margen de elección, y determina la conducta y los sentimientos de sus participantes. Por otro lado, describe aspectos relevantes a tener en cuenta por el terapeuta en el proceso de terapia sistémica, tales como el ciclo vital familiar, la jerarquía, la secuencia, la motivación y centrarse en el problema.

### **3.2.1. Enfoque estratégico**

Nardone y Watzlawick (1992) refieren que no existe un único modelo de terapia estratégica, sino que, dentro de este enfoque, se han desarrollado diversos modelos de intervención terapéutica. Dentro de una reagrupación que intentan a modo de síntesis, nombran al modelo de Jay Haley y del Mental Research Institute (MRI), como los más consolidados y que han influido en el trabajo de los autores estratégicos.

Fernández (2014) describe que Jay Haley, conocido como el fundador de la terapia estratégica, tomó la influencia de los aspectos pragmáticos de la comunicación y los conceptos de homeostasis familiar y doble vínculo en su trabajo con Gregory Bateson y Don Jackson en el MRI. En colaboración con Salvador Minuchin, Haley incorporó aspectos del modelo

estructural. Además, Milton Erickson también tuvo gran influencia sobre Haley, especialmente en el uso de metáforas, el enfoque en el problema, en la perspectiva evolutiva y en la creatividad. Nardone y Watzlawick (1992) mencionan que los procedimientos de Erickson eran inusuales y originales con respecto a los clásicos del momento, sin embargo, también se destacaron por su eficacia y eficiencia.

Wainstein (2006) describe como modelo de terapia estratégica a todo aquel que se focalice en adecuar los medios y fines. En la misma línea, menciona que la intervención se focaliza en un problema en concreto y ayuda a ordenar las metas del paciente mediante tareas específicas, para degenerar el problema de manera estratégica y facilitada. Al respecto, Darwiche y Roten (2015) describen cuatro áreas del modelo sobre las que se hace foco: unirse con el sistema, evaluar las interacciones problemáticas, crear un contexto para el cambio y reestructurar las interacciones.

Cruz Fernández (2009) explica que las dificultades desaparecen cuando las personas pueden ver el problema desde otra perspectiva. Esto significa que, desde una nueva forma comprensiva, se realizan conductas distintas a las habituales. Según Acevedo Sierra y Vidal López (2019) el enfoque estratégico plantea que todo comportamiento dentro de una situación interaccional se convierte en mensaje y así en comunicación. De igual forma, toda comunicación implica un vínculo que define la interacción. Como consecuencia, el tratamiento se basa fundamentalmente en instrucciones paradójicas en función de cambiar las interacciones sostenedoras del problema. Sobre ello, Szapocznik, Schwartz, Muir y Brown (2012) mencionan que, al trabajar con las interacciones desadaptativas, se cultivan fortalezas en la persona o familia consultante. Frente a una problemática familiar, desde este enfoque, se tiene la flexibilidad para trabajar con cualquier miembro que esté motivado para asistir, mientras se intenta atraer a otros miembros del grupo familiar a la terapia.

Stratton (2016) explica que esta terapia no se desarrolla sacando al individuo de su contexto central, dentro del cual viven sus vidas, tratando alguna disfunción dentro de ellos. En cambio, el enfoque es dentro del sistema de relaciones cercanas, es decir, el contexto familiar que desafía y apoya a cada uno. Por consiguiente, según Haley (1990) el ciclo vital es uno de los conceptos básicos del enfoque estratégico ya que, a partir de allí, se pueden comprender los distintos problemas que surgen durante las transiciones entre las etapas evolutivas del ciclo.

Fernández (2014) sostiene que el terapeuta es responsable del cambio en este modelo, en consecuencia, desarrolla un estilo terapéutico acentuadamente directivo y diseña activamente un plan para cada individuo o familia. Bernal Vélez, Estrada Arango y Zapata Cadavid (2018) señalan que el terapeuta bajo este enfoque prioriza la observación del sistema y por ello, se

forma sobre los modos de organización y reorganización familiar, su ciclo vital, las explicaciones del cambio y las estrategias metodológicas para propiciarlo.

Nardone y Watzlawick (1992) señalan que el terapeuta desde su primer encuentro con el paciente, centra su interés y valoración en: qué sucede con las interacciones interdependientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo; cómo funciona el problema que se presenta en el interior de ese sistema relacional; cómo el sujeto ha intentado resolver el problema y cómo es posible cambiar esa situación problemática de la manera más rápida y eficaz. En base a esta información, se construirán hipótesis de la terapia y se determinarán estrategias para la resolución del conflicto. El terapeuta se debe preguntar cuál es la estrategia que mejor funcionará para el problema concreto y entonces, tras haber entendido el funcionamiento del sistema, actuar sobre el sujeto o la familia.

Haley (1990) menciona que la intervención del terapeuta se aplica a un sistema familiar, ya sea que se la denomine terapia individual porque trata sólo con el paciente o terapia familiar porque concurren a la sesión sus familiares íntimos. Una terapia eficaz provoca el cambio del sistema total en que vive una persona, posibilitando una comunicación más normal en todos sus integrantes. A su vez, habla de jerarquías en la familia y da importancia a las colisiones intergeneracionales, poniendo énfasis sobre la tarea importante del terapeuta estratégico de establecer una jerarquía congruente para una buena funcionalidad familiar. En la misma línea, Minuchin (2004) manifiesta que la organización familiar está conformada por subsistemas, donde cada miembro desempeña funciones específicas. Para un correcto funcionamiento familiar, los límites de los subsistemas deben estar claros. La evaluación de los subsistemas familiares y del funcionamiento de los límites proporciona un rápido cuadro diagnóstico de la familia, mediante el cual, el terapeuta luego orienta sus intervenciones terapéuticas.

Varghese, Kirpekar y Loganatham (2020) mencionan que las técnicas que utiliza la terapia estratégica pueden resultar efectivas en familias muy resistentes al cambio, cuando otros métodos han fallado y se necesita un giro en la terapia. Entre la variedad de técnicas que mencionan, en distintos ejemplos, se destacan por su regularidad: el rastreo de la experiencia familiar previa mediante la construcción de un genograma; establecer metas individuales y familiares que se relacionen con el conflicto y con eventos de desarrollo por fuera del mismo; y, por último, la psicoeducación, para aumentar la comprensión de los miembros de la familia sobre el conflicto que los llevó a terapia. Dada la complejidad de las técnicas, resulta imprescindible la familiaridad y competencia de los terapeutas con los procedimientos a ejecutar.

### **3.2.2. Terapia breve focalizada**

Casabianca y Hirsch (2009) señalan que el MRI recogía hacia el 1959 la confluencia de diversas líneas de investigación interaccionales o sistémicas con individuos, parejas y familias. Más tarde, gracias a la influencia de Don Jackson y Milton Erickson, incorpora el ámbito clínico de la terapia familiar. En 1966 se crea el centro de terapia breve del MRI, con el objetivo de investigar y desarrollar un modo de practicar la terapia en un tiempo breve. El propósito, según Fisch, Weakland y Segal (1984), es impulsar deliberadamente al cambio para lograr la resolución de un problema, de forma efectiva y eficiente. Fernández (2014) menciona que, el modelo de terapia breve desarrollado por Watzlawick y sus colaboradores en el MRI, constituye la base de otros modelos posteriores, como la terapia breve estratégica de Giorgio Nardone.

En Argentina, Cazabat (2007) explica como hacia fines de los años 70, Carlos Sluzky, un psiquiatra argentino, dirigía el MRI y abrió las puertas de este enfoque interaccional al país, en especial a dos psicólogos argentinos: Celia Eluzfán y Hugo Hirsch. Weakland puso a ambos psicólogos en contacto y fue así, como durante muchos años se difundieron las ideas del MRI en la Argentina. Este nuevo recurso en el país fue volcado en la atención de grandes poblaciones a partir de una institución con características particulares, donde se adaptó el modelo a las características propias del contexto social y cultural. A su vez, se aportaron desarrollos propios de la institución, principalmente relacionados con lo organizacional. Como resultado, se incorporaron los modelos de registro que permiten al terapeuta estructurar, organizar y supervisar su trabajo.

Fernández (2011) describe las etapas del proceso terapéutico bajo este modelo: comienza por la definición del problema, continúa con el diagnóstico del circuito de mantenimiento del problema, la implementación de intervenciones específicamente terapéuticas, la evaluación y corrección del proceso terapéutico y finaliza con el cierre de la terapia. Para tal proceso, Casabianca y Hirsch (2009) describen un modelo de registro de entrevista inicial, sesión por sesión, evaluación final y seguimiento post terapia. A su vez, sostienen que estos registros no deben tomarse como un interrogatorio exhaustivo, sino que se pueden dejar casilleros en blanco para llenarlos más adelante en la conversación con el paciente.

Durante la fase donde se define el problema, Fernández (2011) señala que se requieren tareas de focalización de las conductas indeseables y su conversión a conductas concretas, observables, evaluables en su evolución y consensuadas entre cliente y terapeuta. En este caso, el terapeuta se puede servir del registro inicial que describen Casabianca y Hirsch (2009). Uno de los componentes de este registro es la queja inicial, allí debe registrarse la razón de la consulta. A su vez, se encuentra el componente “¿Por qué ahora?”, en donde se debe constatar qué desencadenó la razón de la consulta para que ésta surgiese en ese momento. Otro de los

componentes del registro es el motivo de consulta, los autores sostienen que es el problema que el paciente elige como el más urgente y puede o no coincidir con la queja inicial.

Con respecto al contexto del problema, el registro, según Casabianca y Hirsch (2009), describe los siguientes componentes: historia y circunstancia actual del motivo de consulta en el cual se consignará desde cuando sufre el problema y aquellas fluctuaciones importantes a lo largo del tiempo; qué deja de hacer o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema; las soluciones intentadas, donde se debe indicar las conductas concretas que los distintos miembros del sistema significativo efectúan al intentar solucionar el problema; los tratamientos anteriores y actuales; las actitudes y opiniones importantes de las personas significativas; la motivación; las posiciones y lenguaje del consultante que pueden ser útiles; y por último, el diagnóstico, en conjunto con la meta mínima pactada con el paciente y los objetivos del terapeuta. En relación a la definición del problema, Bengoa González (2018) señala que en este modelo se marca la diferencia entre lo que se considera una dificultad y un problema. La primera se refiere a aquellas situaciones indeseables que se pueden resolver mediante sentido común, también se refiere a situaciones de la vida indeseables ante las cuales no existen soluciones conocidas, por lo que simplemente se deben sobrellevar. En cambio, los problemas son situaciones insolubles o crisis, creadas y mantenidas por manejar mal las dificultades.

La siguiente fase del proceso terapéutico, según Fernández (2011), consiste en la puesta en marcha de intervenciones específicamente terapéuticas. El propósito aquí es modificar el circuito de mantenimiento del problema, para ello se describen dos opciones: bloquearlo y/u ofrecer conductas alternativas como soluciones más apropiadas al problema. Describe tres tipos de intervenciones. La primera es la reformulación y reencuadre, donde la finalidad es cambiar la interpretación de la conducta no deseada, situándola en una clase lógica distinta. Las sugerencias de conductas alternativas a las disfuncionales son el segundo tipo de intervención. Por último, señala las prescripciones directas o paradójales, que buscan su obediencia o la provocación de su no cumplimiento, respectivamente. En la misma línea, Carr (2019) resume las técnicas generales utilizadas bajo este modelo: interacción con la familia consultante, identificación de las interacciones desadaptativas y fortalezas familiares y, por último, reestructuración de las interacciones familiares desadaptativas. Cuando hay dificultad de trabajar con familias enteras, se trabaja con el miembro más motivado para involucrar a los menos motivados al tratamiento. En el modelo de registro de Casabianca y Hirsch (2009), se contemplan los datos mencionados anteriormente, ya que existe un espacio para consignar las intervenciones del admisor, la estrategia a seguir y personas que podrían ser citadas en el próximo encuentro, así como el número de sesiones previstas para el logro de la meta mínima.

El registro a utilizarse sesión por sesión, presentado por Casabianca y Hirsch (2009), resulta importante para el control de la evolución y la corrección continua del proceso terapéutico. De esa manera, según Fernández (2011), se contempla como los consultantes van reaccionando a las intervenciones del terapeuta y, en función de ello, se confirmará o revisará el diagnóstico y la dirección propuesta. Para el cierre del tratamiento, se evalúan distintas opciones en función del resultado obtenido, Varghese et al. (2020) mencionan que se revisan los objetivos que se alcanzaron y se realiza una reflexión sobre los nuevos patrones que han surgido. Del mismo modo, se enfatiza sobre la necesidad de continuar con estos nuevos patrones, generalmente se negocian nuevas metas y tareas que se llevarán a cabo durante los próximos meses en el período de seguimiento. La etapa que viene luego de finalizar la terapia, es crucial para trabajar en el proceso y asegurar que el vínculo cliente-terapeuta no se rompa demasiado rápido. La transición debe ser fluida para lidiar fácilmente con la ansiedad que pueda surgir en los pacientes al finalizar el proceso terapéutico.

### **3.3. Formación del terapeuta sistémico**

Debido a las implicancias en las que el terapeuta está inmerso como parte de un sistema, es importante explorar qué se incluye en la formación del terapeuta para que pueda realizar intervenciones adecuadas tendientes al cambio. Ceberio, Moreno y Des Champs (2000) consideran la formación del terapeuta como un aprendizaje dinámico de la combinación de epistemología, teoría, técnica y práctica recursiva. Este proceso debe respetar el estilo del terapeuta y fomentar el desarrollo de herramientas y recursos, con el objetivo de aumentar la eficacia en las intervenciones. En relación, Cruz Fernández (2009) menciona que la formación del terapeuta, resultará relevante en el desarrollo y permanencia del modelo terapéutico bajo el cual se está formando, marcando su propio estilo.

Chazenbalk et al. (2003) definen el estilo terapéutico como los patrones habituales y únicos de cada persona, que se relacionan con la visión que tiene de sí mismo y del mundo, sus creencias, sus expectativas de vida, la etapa evolutiva que atraviesa, su posición socioeconómica y su estilo afectivo. En la misma línea, Ceberio y Linares (2005) se refieren al estilo propio del terapeuta, cuando hay elementos que coinciden en varias sesiones, en diferentes procesos, con diferentes personas y a lo largo del tiempo. No obstante, el terapeuta se encuentra expuesto a continuos cambios; mantener la adaptabilidad y flexibilidad de su estilo, es un factor imprescindible para el éxito de un proceso psicoterapéutico.

Varela Fuentes (2019) describe el proceso de formación del estilo personal de un terapeuta, y señala que el mismo no significa determinar y aplicar un modelo teórico que se elige para el proceso terapéutico, sino que es un proceso de indagar constantemente en la epistemología con

la que se trabaja y de revisar los elementos prácticos que se están desplegando en ese momento y en esa intervención. De igual modo, para Ceberio y Linares (2005) el estilo personal es un proceso de aprendizaje, realizar un análisis del mismo significa hacer una fotografía de lo que en ese momento el terapeuta identifica que hace. Sin embargo, el estilo es constantemente dinámico, ya que está ligado a múltiples factores. Los autores categorizan dos factores, los personales y los contextuales. Los factores personales tienen que ver con la cultura, los mitos, los valores y las creencias, la ideología política, el ciclo vital, la historia y las características personales y relacionales del terapeuta. Por otro lado, los factores contextuales se refieren a la clase social, el nivel sociocultural y el modo en que se desarrolla la atención, ya sea en contexto público o privado. A su vez, agrega el tipo de terapia como factor interviniente, los tipos de terapia individual, de pareja, familiar o grupal modifican el modo de intervención del terapeuta y, por consiguiente, su estilo.

Garzón (2008) describe la formación de los terapeutas a partir de la epistemología de segundo orden, centrada en los sistemas observantes, lo cual hace que se trabaje con dos referentes básicos: *autorreferencia* y *hetero-referencia*. Estos procesos se presentan en todo desarrollo de conocimiento y de forma conjunta con la construcción del estilo personal del terapeuta, debido a su experimentación subjetiva que requiere autorreferenciarse reflexivamente para su comprensión. Sánchez Rengifo (2014) define la autorreferencia como la referencia al sí mismo, el observarse a sí mismo supone la capacidad de reflexión y de búsqueda y puesta en acto, de sus potencialidades, recursos y fortalezas. Por otro lado, la heterorreferencia alude a la referencia a los otros, observar a los otros de manera integral con el fin de ayudarles a reconocer sus aciertos y desaciertos, y a fortalecer los primeros con la identificación y puesta en primer plano de los recursos.

Para Garzón (2008), los procesos autorreferenciales posibilitan al terapeuta la lectura de la realidad a través de la reflexión sobre sí mismo y sobre las relaciones que se establecen tanto en el contexto de la terapia como en otros escenarios del mundo del terapeuta como, por ejemplo, el contexto de formación. El autor afirma que el terapeuta debe entender que la percepción de la realidad depende de la posición que ellos ocupan dentro del sistema de formación, vinculado al contexto de la terapia. Además, señala que ello se logra a través de seminarios, capacitaciones y supervisiones, lugares donde se alude a espacios relacionales y se versa sobre diversos focos de lo humano y aspectos vitales en el ámbito de la terapia. En esos contextos, el docente se desempeña como coautor de lo construido con el equipo de terapeutas en formación. En la misma línea, Cruz Fernández (2009) destaca en el terapeuta, la búsqueda del desarrollo de sus competencias durante la psicoterapia y la reflexión sobre las creencias, emociones y conductas presentes en la interacción con su paciente.

### 3.3.1. Recursos y competencias del terapeuta

Según Pozo (1996), existen dos tipos de aprendizajes que constituyen saberes básicos, el primero es de tipo declarativo, relacionado con el saber acerca de la realidad y de las cosas, mientras que el segundo es de tipo procedimental. Los procedimientos, implican secuencias de habilidades más complejas y encadenadas que un simple hábito de conducta. Castro Solano (2004) señala que el ejercicio de una profesión implica la integración de ambos tipos de conocimiento.

Para desarrollar un buen proceso terapéutico con el paciente, es preciso que el terapeuta domine una serie de recursos y competencias. Ruiz et al. (2017) mencionan que el conjunto de recursos, tanto técnicos como humanos, facilitan y optimizan el proceso de cambio psicológico. Este conjunto constituye las destrezas profesionales que, en el ámbito clínico, se designa genéricamente como “habilidades terapéuticas”. Como consecuencia, los autores señalan que, en los programas de formación clínica, el interés se focaliza en el desarrollo de habilidades y competencias, relacionadas con el empleo de técnicas específicas de evaluación e intervención. Sobre ello, Acuña Bermúdez (2017) entiende el proceso de formación como un aprendizaje dinámico que amalgama epistemología, teoría, técnica y práctica de manera recursiva. Es decir, la formación es un proceso permanente y continuo a lo largo de la vida profesional, que une rigor e imaginación, al mejor estilo del terapeuta. A su vez, resulta importante que no cercene la creatividad del terapeuta, sino que lo respete, ampliando su gama de herramientas y recursos con miras a incrementar la eficacia de sus intervenciones.

De acuerdo con las diferentes definiciones e interpretaciones dadas al concepto de competencias, Charria Ortiz, Sarsosa Prowesk y Arenas Ortiz (2011), a modo de resumen, concluyen que estas integran el ser - automotivación, iniciativa y trabajo colaborativo con otros-, el saber conocer - observar, explicar, comprender y analizar- y el saber hacer - el desempeño basado en procedimientos-. Desde el modelo de competencias, Marrelli, Tondora y Hoge (2005) definen competencia como la capacidad humana medible que se requiere para un desempeño efectivo, puede ser un conocimiento, una sola destreza o habilidad. El desempeño de tareas necesita la demostración simultánea o consecutiva de múltiples competencias.

Para Rodolfa et al. (2013) las competencias profesionales del psicólogo recaen en las áreas de funcionamiento profesional que son evaluación-diagnóstico-conceptualización de casos, intervención, consulta, investigación-evaluación, supervisión-enseñanza y gestión administrativa. Castro Solano (2004) investigó sobre las competencias del psicólogo y las necesidades de sus perfiles. Dentro del perfil clínico, en su mayor parte, se encontraron

habilidades en orientación psicológica, tratamientos, tareas de interconsulta y entrevistas de diagnóstico clínico, el conocimiento de modelos clásicos, la redacción de informes psicológicos, la intervención en crisis y emergencia, y el trabajo interdisciplinario. Cabe destacar que, en minoría y entre los graduados más jóvenes, también se nombró la habilidad en aplicación de escalas psicológicas dentro del perfil mencionado. Desde una perspectiva integral, Amador Soriano, Velázquez Albo y Alarcón Pérez (2018) organizaron las competencias en cinco áreas: conocimientos de las bases de la psicología, investigación, evaluación y diagnóstico, intervención y comunicación.

Yáñez Galecio (2005) presenta una matriz de competencias del psicólogo clínico según sean conocimientos, habilidades y actitudes. Ciertas competencias relacionan el conocimientos y habilidades para la evaluación psicológica, diseños y técnicas de intervenciones. A su vez, realiza una especificación de competencias sobre el diagnóstico, tales como el conocimiento teórico, las habilidades de detección de necesidades en el paciente, la diferenciación de distintos cuadros psicológicos, la aplicación de entrevistas clínicas y técnicas, y el uso de escalas, cuestionarios y manuales de diagnóstico. Del mismo modo, para la intervención psicológica, se destacan competencias relacionadas con el conocimiento para diseñar estrategias de intervención y de procedimientos psicoterapéuticos, así mismo, se señalan habilidades específicas para la aplicación de técnicas y modelos teóricos. Con respecto a las competencias de evaluación psicológica, se incluye desde el conocimiento de métodos de evaluación hasta habilidades de aplicación de instrumentos.

### **3.3.2. Capacidad de maniobra del terapeuta**

Fisch et al. (1984) desde la terapia breve, remarcan la relevancia de la capacidad de maniobra del terapeuta, que se define como la libertad de actuar manteniendo un propósito, pero a la vez sosteniendo su forma de operar abierta a las necesidades durante el curso de la terapia. Entendiendo las bases sistémicas anteriormente mencionadas, esta capacidad necesaria proviene de la ausencia o menor capacidad de maniobra del consultante con el que está interactuando, de esta manera, el terapeuta deberá ajustar constantemente aspectos tales como la oportunidad y ritmo de comentarios a las respuestas del consultante, tiempo necesario, uso del lenguaje condicional y actitud igualitaria al enfrentar los problemas. Hepworth (1993) señala que el terapeuta guía el proceso de tratamiento, sin excluir la reciprocidad en los procesos cruciales de exploración y definición de problemas o negociación de objetivos, y formulación de un contrato. Al controlar estos procesos puede garantizar la mutualidad de los mismos. De otra manera, en la medida que los terapeutas brinden cierto grado de poder y control sobre el paciente y su curso de tratamiento, pierden flexibilidad y maniobra para

aprovechar una gama completa de opciones terapéuticas. Además, al permitir la manipulación por parte de los clientes, se corre el riesgo de contribuir a la perpetuación de los comportamientos que causaron el problema. En consecuencia, el terapeuta tiene que maximizar su propia maniobrabilidad, protegiendo todas las opciones que puedan ejercerse para el beneficio de los pacientes.

Fisch et al. (1984) proponen los medios para aumentar la capacidad de maniobra del terapeuta:

- El primer medio es la *oportunidad y ritmo*, se refiere a la capacidad del terapeuta de flexibilizarse con respecto a la postura sobre el paciente o estrategia que planificó para el tratamiento, y que comienzan a generar resistencia en el consultante. El terapeuta debe ajustar la oportunidad y el ritmo a las respuestas que manifieste el paciente. Desde la terapia familiar, Laso (2017) enfatiza en la capacidad del terapeuta de adaptarse y fluir en el dialogo durante proceso psicoterapéutico. Menciona que técnicas como la confrontación o la provocación tienden a culpabilizar a la familia o cuestionan su capacidad. De esa manera, se perjudican ambas partes al disminuir la capacidad de maniobra del terapeuta.
- El *tiempo necesario*, es el segundo medio propuesto por los autores, en él se señala la importancia de evitar presiones del paciente para tomar decisiones o actuar inmediatamente. Para que el tratamiento sea eficiente, el terapeuta debe tomar tiempo para pensar y planificar. Schlanger, Sánchez, Diaz Arnal y Viorreta (2019) describieron un caso clínico desde la terapia breve, allí se observó la importancia de tomarse tiempo para mantener la maniobrabilidad del terapeuta cuando el mismo se encuentre en un problema de manipulación y cae en trampas del cliente.
- El tercer medio para aumentar la capacidad de maniobra es el *lenguaje condicional*, este medio puede ser utilizado cuando el paciente impone al terapeuta tomar una postura sobre alguna de las partes implicadas, o cuando el terapeuta desee efectuar una intervención específica, pero no quiere que su credibilidad dependa del fracaso o éxito de la intervención. En estos casos, se utiliza este medio del lenguaje para dejar intacta la capacidad de maniobra. Desde la terapia familiar breve, Labiano y Rodríguez Arias (2018) presentan un caso clínico con sintomatología inespecífica y sin causa orgánica aparente. En el mismo, enfatizan como la aceptación del lenguaje condicional en la intervención psicológica ayuda a que el terapeuta se mantenga en una posición no comprometida que facilita la capacidad de maniobra durante el tratamiento.
- *El cliente debe concretar* es el cuarto medio propuesto, aquí se analiza la posibilidad de que el paciente aumente su propia capacidad de maniobra al dar respuesta vagas o

nebulosas, ya que éste puede cambiar de posición según la manera que más le convenga, provocando un detrimento en cualquier fase de su tratamiento. Es por ello, que se ayuda a que el consultante sea claro y concreto en sus comentarios, asumiendo posturas comprometidas y bien definidas.

- *La actitud igualitaria* refiere a la posición que, en la experiencia de los autores, deben adoptar los terapeutas para que el cliente comunique información estratégica y lleve a la práctica las sugerencias o tareas encomendadas. No obstante, aclaran que no hay que evitar en todo momento una actitud de poder o superioridad, ya que en algunos casos puede resultar beneficioso, todas las actitudes e intervenciones deben adaptarse a cada cliente y cada situación a lo largo del tratamiento.
- En las *sesiones individuales* el terapeuta posee la libertad de constituirse en abierta alianza con cada persona implicada, pudiendo así, obtener con más facilidad la colaboración de todos. Los autores proponen que se pueden agregar dos o más miembros de la familia y llevar a cabo sesiones conjuntas, con la condición de que los mismos se hallen auténticamente afectados por el problema. En el caso presentado por Schlanger et al. (2019), se seleccionaron algunos miembros del grupo familiar del paciente para que acudan a las siguientes sesiones en diferentes momentos. De esa manera, señalan, aumenta la maniobrabilidad del terapeuta.

### **3.4. Supervisión en terapia sistémica**

Una de las herramientas para el entrenamiento de las capacidades del terapeuta es la supervisión. Haley (1996) define la supervisión como aquellas situaciones en que el terapeuta en formación es responsable de un caso y es guiado por un supervisor. Dentro del campo psicoterapéutico, la supervisión es un tema controversial. Fernández Álvarez (2008) describe el origen en el terreno médico, donde un profesional experto evaluaba el curso de tratamiento y pericia de quienes tiene a cargo. Sin embargo, cuando se instaló en el psicoanálisis incorporó una especificidad propia, consistiendo en un intercambio entre dos o más terapeutas con tres funciones principales: formación y entrenamiento, orientación personal o ayuda terapéutica y asesoramiento institucional.

En la terapia sistémica, Bernal Vélez et al. (2018) describen la asimilación de la epistemología sistémica a partir de la supervisión, con la incorporación de técnicas específicas, reflexión de habilidades y limitaciones propias, así como la comprensión de la persona del terapeuta desde su historia y relaciones con el grupo. De igual forma, Ceberio y Linares (2005) describen dos tipos de supervisión en la terapia sistémica. La que se desarrolla durante el trabajo de sesión, mediante la coordinación del supervisor a través del espejo unidireccional y

la presencia de un equipo de reflexión, se denomina supervisión «en vivo» o directa. Este tipo de supervisión utiliza el dispositivo de cámara Gesell y funciona para el entrenamiento y formación de los terapeutas, en él se observan distinciones y correlaciones en la secuencia de interacción entre el paciente y el profesional. Por otro lado, los autores describen otro tipo de supervisión, que sucede luego de la sesión y se denomina supervisión en diferido o indirecta. Borders et al. (2014) mencionan a la grabación de audio o video de la sesión, el autoinforme del supervisado y el análisis de la sesión, como medios para realizar este tipo de supervisión. Por consiguiente, una de las características de la supervisión sistémica según Haley (1996), es que se puede realizar en vivo a cualquier distancia geográfica, guiando el trabajo de los terapeutas a partir de la tecnología, ya que admite esta forma de trabajo.

Areas et al. (2018) diseñaron un dispositivo que permite recopilar y brindar información a los terapeutas sobre su evolución, para ello otorga un puntaje global en cada sesión del proceso terapéutico y en base al mismo, el terapeuta puede considerar la necesidad de realizar supervisión. En aquellas situaciones en las que el puntaje disminuye constantemente, indica la necesidad de restablecer los objetivos terapéuticos establecidos y las estrategias asociadas, llevando su caso a supervisión, para evitar agotar los recursos del paciente y del terapeuta. Por otro lado, si los puntajes son estables o varían levemente se sugiere supervisar el caso para considerar si tal puntuación indica una meseta desfavorable o un caso listo para terminar. Ante esta situación, el profesional puede guiarse por las sugerencias recibidas de la supervisión para tomar las decisiones que considere pertinentes para el caso. Por último, si el proceso terapéutico se desarrolla favorablemente pero no excede el puntaje sugerido para implementar las maniobras de cierre, el terapeuta podrá supervisar el caso para recibir la orientación pertinente, evaluando las estrategias implementadas hasta ese momento y reflexionar sobre las características particulares del paciente y sus necesidades.

### **3.4.1. Supervisión grupal**

Bernard y Goodyear (2019) sugieren una definición de la supervisión grupal como una reunión regular de pares, con uno o varios supervisores designados para controlar la calidad de su trabajo. El objetivo es que los terapeutas logren una mejor comprensión de sí mismos, de los clientes con quienes trabajan y del proceso terapéutico en general. Ögren, Boëthius y Sundin (2014) señalan que la supervisión grupal tiene mucho que ofrecer, siempre que el supervisor tenga la competencia para manejar la dinámica del grupo y comprender el impacto de la estructura organizacional. Uno de los beneficios que mencionan los autores es la disminución de los problemas jerárquicos entre el supervisor y supervisado. La supervisión grupal contribuye, en un grado aún mayor que la supervisión individual, a la complejidad de la

situación de supervisión. El grupo puede transmitir una multitud de puntos de vista con respecto al trabajo del individuo y, en casos favorables, contribuir a un sentimiento en el miembro individual del grupo de estar menos expuesto, ya que la incertidumbre de los otros miembros del grupo se hace evidente. A su vez, el grupo estimula transferencias y proyecciones, tanto hacia el supervisor como entre los miembros del grupo.

Ceberio y Linares (2005) señalan un esquema general en el que se desarrolla la supervisión de tipo indirecta, la misma consta de cinco partes: datos preliminares, indagación acerca del sistema paciente, exploración del sistema terapéutico, planificación del trabajo terapéutico e intervenciones y prescripciones. En la misma línea, Bernard y Goodyear (2019) describen la supervisión grupal mencionando sus beneficios y limitaciones. Entre los beneficios destacan la economía de tiempo, costo y experiencia, la amplitud de exposición del caso a supervisar, una retroalimentación mayor y diversa, una imagen más completa del supervisado, normalizar la experiencia de los supervisados y el aprendizaje específico del proceso grupal. Por otro lado, entre las limitaciones se destacan, la confidencialidad, los fenómenos grupales que pueden impedir el aprendizaje y que el formato grupal no incluya las necesidades individuales de sus supervisados.

Con respecto a una de las funciones del espacio de supervisión, Gómez Esteban (2019) menciona que en los grupos se puede reflexionar sobre un caso clínico (la personalidad del paciente, su demanda, su psicopatología, los factores desencadenantes y los posibles diagnósticos) y acerca de las diversas estrategias e indicaciones terapéuticas. De igual modo, se reflexiona acerca de las dificultades en la relación con el paciente, los compañeros y la institución. En consecuencia, el espacio de supervisión de tipo grupal resulta imprescindible, ya que posibilita la investigación sobre la problemática del paciente y, a diferencia de la supervisión individual, la profundización es mayor debido a los aportes de las distintas miradas de los profesionales. De esta manera, permite diseñar intervenciones más funcionales al proceso terapéutico.

El rol del supervisor, según Ceberio y Linares (2005), es el de un profesional de mayor formación y experiencia, que trabaja sobre los problemas del paciente o la familia y del terapeuta, y a su vez, sobre los aspectos relacionales de los mismos. Por otro lado, enfatizan que su actividad no es sólo corregir intervenciones del supervisado, sino que también debe cuestionar y reflexionar estas intervenciones a través de los modelos teóricos con los que se trabaje y enmarcarlas dentro los mismos. De igual forma, de presentarse intervenciones que considere impropias al caso, debe abordarlo desde el respeto y la crítica constructiva.

Acerca del rol de los compañeros de grupo, Varela Fuentes (2019) afirma que la voz de los colegas en la supervisión grupal, puede hacer variar el curso y orientación de las intervenciones

que realiza el terapeuta, no para bien o mal, sino en una dirección o en otra. En relación, Ceberio et al. (2000) mencionan que, sobre la base de la supervisión grupal, el terapeuta delinea características personales en conjunto del ejercicio de su oficio, a partir de seleccionar y utilizar herramientas técnicas, modelar su forma de articular la teoría, resolver momentos de incertidumbre y descubrir sus limitaciones y presupuestos.

### **3.4.2. Formación del terapeuta y abordaje de dificultades en el proceso terapéutico.**

Bastidas Bilbao y Vélez (2016) identifican en la supervisión clínica cualidades fundamentales y componentes nucleares. Dentro de estas cualidades fundamentales, se observa la confluencia de la educación y el entrenamiento, la cual evidencia que la supervisión clínica tiene una naturaleza colabo-rativa y educativa. De igual forma, Hernández Córdoba (2007) sostiene que la supervisión puede ser vista como un escenario clínico-formativo y como un proceso generativo y transformador, en el cual las personas desarrollan sus competencias. Al mismo tiempo, resulta en una forma de enseñar un enfoque específico de terapia y una práctica reflexiva sobre la propia práctica terapéutica.

En cuanto a los componentes nucleares identificados por Bastidas Bilbao y Vélez (2016), se nombró la observación, la evaluación, la retroalimentación y la autoevaluación como algunas de las actividades puestas en marcha durante un proceso de supervisión. Adicionalmente, la instrucción, el modelamiento y la resolución de problemas pueden ser acciones indicativas de una variedad de estrategias pedagógicas. Chazenbalk et al. (2003) mencionan la importancia de que el terapeuta cuente con este espacio de supervisión y entrenamiento con el fin de aumentar sus conocimientos teóricos, y adquirir y fortalecer un marco teórico de referencia, el cual es necesario para identificar y guiar el proceso terapéutico.

Con respecto a la relación de la supervisión con la formación de los recursos del terapeuta, Ceberio et al. (2000) proponen ciertos aspectos en la supervisión grupal que amplían los recursos del terapeuta. Primero señalan el aspecto de perfeccionar y ampliar el conocimiento del terapeuta en áreas específicas de su trabajo como, por ejemplo, en terapia de pareja o de familia. A su vez, la supervisión reduce las distorsiones cognitivas y amplía el marco de referencia de los terapeutas, para que puedan alcanzar un mayor repertorio de técnicas y estrategias clínicas. Por último, la supervisión grupal mejora sus habilidades como terapeuta, implementando el uso de recursos como el humor, la improvisación, diferentes posturas y tonos de voz. En relación, Hernández Córdoba (2007) pone énfasis en los recursos interaccionales del terapeuta, mencionando que el objetivo de la supervisión es activarlos, para que amplíen y

complejicen sus probabilidades de relación, y sean un instrumento de cambio más versátiles y efectivos.

Garzón (2008) sostiene la importancia de la reflexión en las prácticas supervisadas como la forma de regenerar el conocimiento. Por consiguiente, a partir de la supervisión como un espacio de formación, el conocimiento se regenera mediante conversatorios reflexivos, que movilizan la creación de diferentes niveles de observación y mayores niveles de complejidad, desde la polifonía de voces de los agentes del contexto de formación que inciden en la construcción y transformación del cambio. Los conversatorios, según Roa (2014), surgen a partir de la emergencia del observador, un proceso complejo donde los terapeutas se perciben referentes de lo observado y del modo en que se observan. De esa manera, los recursos de los terapeutas no solo están y se reactivan, sino que también se hacen visibles. El espacio de supervisión funciona entonces como un elemento de reconocimiento de los recursos propios que emergen y aportan al aprendizaje. A su vez, resulta una estrategia para recordar con que se cuenta como terapeuta y como en el equipo los mismos resultan validados a lo largo de las supervisiones que el terapeuta lleva a cabo.

Uno de los componentes nucleares anteriormente mencionados fue la retroalimentación. Falender (2014) afirma sobre el mismo que, desde el rol del supervisor, una de las competencias que facilita la formación de habilidades clínicas de los terapeutas, es ofrecer retroalimentación positiva y negativa en el desarrollo de la supervisión. Por otro lado, Varela Fuentes (2019) agrega la importancia de la retroalimentación sobre lo observado de parte de los colegas del terapeuta, ya que promueve el apoyo entre pares. En la misma línea, Chazenbalk et al. (2003) mencionan como el espacio de supervisión le brindará al terapeuta capacidad de interactuar y coordinar esfuerzos terapéuticos con otros profesionales, aportando una visión más amplia e integral del paciente. Este proceso en el espacio de supervisión le ofrece al terapeuta un mayor repertorio de recursos y propicia la obtención de conductas más flexibles y creativas.

Las características estructurales que se analizan en el terapeuta, según Loubat (2005), son las capacidades de observación, escucha y ponerse en el lugar del otro, y el tipo de relación que establece con su paciente. En este análisis, el autor sostiene que el espacio de supervisión tiene también la función de apoyo y contención emocional del profesional, dándole confianza en sí mismo y en sus aciertos, desarrollando así la formación del terapeuta.

Con respecto al abordaje de dificultades del terapeuta en el espacio de supervisiones, Cruz Fernández (2009) pone el acento en los conflictos durante la terapia y menciona la necesidad de la supervisión de los mismos, para tomar conocimiento de aquellos aspectos que son capaces de interferir en el proceso terapéutico y realizar una búsqueda de sus propios recursos. Para Ceberio et al. (2000) la supervisión ayuda al terapeuta en el manejo de casos que le provocan

dificultad al entregarle meta-conocimiento; de esta manera el terapeuta reconoce las reacciones cognitivas, emocionales y comunicacionales que los casos le provocan, y puede realizar la reformulación y una nueva concepción de su trabajo y acción.

Desde la terapia breve, Casabianca y Hirsch (2009) describen el uso de un registro estandarizado y la posibilidad de ser utilizado en el espacio de supervisión, para elaborar una mejor construcción del caso que provoca estancamiento. Al identificar los signos que provocan dicho estancamiento, permite modificaciones en el desarrollo de la terapia y el aprendizaje en futuras intervenciones. En relación a lo anterior, Chazenbalk et al. (2003) afirman que la supervisión desafía las creencias disfuncionales que actúan como obstáculo en el trabajo del terapeuta, debido a que le permite adquirir un amplio abanico de técnicas posibles de implementar en la psicoterapia y desarrollar habilidades internas que le permitan utilizar su experiencia personal.

Desde el rol del supervisor frente a las dificultades de sus supervisados, Watkins (2013) señala el deseo de ayudar a los terapeutas supervisados a aprender, a entender su estilo y sus preferencias de aprendizaje. A su vez, permanecen atentos a la diversidad que puede afectar en ocasiones la supervisión y se ocupan de eliminar cualquier obstáculo que pueda fluctuar la experiencia. Como se mencionó anteriormente, el objetivo del espacio de supervisión no es corregir errores en el trabajo del supervisado, sino crear un contexto donde se desarrollen nuevos significados, aprendizaje y cambio. Para ello, el autor propone el diálogo generativo, como un proceso emergente que promueve el intercambio de significados para la recuperación de recursos y producción de soluciones a través de lo inédito en la supervisión clínico-formativa. En consecuencia, centran su observación sobre los recursos y la exploración de soluciones, visibilizando la emergencia del observador para potenciar el aprendizaje de los terapeutas ante la necesidad de dar solución a una dificultad. Es decir, se fortalece el proceso de supervisión abriendo nuevas miradas que dinamizan la posibilidad de observarse a sí mismo e ir tomando más consciencia de lo que se sabe y de cómo se puede avanzar frente a lo que no se tiene conocimiento. En relación a lo anterior, Fialkov y Haddad (2012) proponen un modelo de entrenamiento clínico apreciativo, donde se pone énfasis en las competencias fundacionales de los terapeutas, que incluyen la capacidad de autorreflexión, y profunda apreciación y comprensión de las propias fortalezas y habilidades. Por lo tanto, en estos casos resulta beneficiosa la observación por parte del grupo de colegas, quienes ofrecen su perspectiva en el asunto.

#### **4. Metodología**

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

El estudio es de tipo descriptivo.

#### **4.2.Participantes**

Los participantes fueron una profesional de formación sistémica que coordina las actividades de pasantía en la institución y tres profesionales de formación sistémica que son supervisados una vez por semana y forman equipos de trabajo dentro de la institución. La pasante mantuvo contacto con ellos a través de cuestionarios online y observación de la supervisión en la que forman parte como profesionales de la institución.

Los profesionales tendrán nombres ficticios para preservar su identidad. Noemí, de 32 años, es Licenciada en Psicología y trabaja en la institución hace cuatro años; coordina las actividades de pasantía en la institución y también atiende a consultantes. Juana, de 40 años, es Licenciada en Psicología con 16 años de experiencia; posee una especialización en trastornos de ansiedad y trabaja en la institución hace 13 años. María, de 33 años, Licenciada en Psicología, trabaja en la institución hace cuatro años y cuenta con una especialización en terapia familiar y sistémica. Y Verónica, de 28 años, Licenciada en Psicología que realizó un posgrado en terapia focalizada y trabaja en el centro desde hace cuatro años.

#### **4.3.Instrumentos**

Observación no participante de supervisión de terapeutas, así como de un video que reproducen en la misma sobre un caso en cámara Gesell. Se realizaron notas de campo tomadas durante el espacio de supervisión.

Entrevistas semidirigidas con la coordinadora de actividades en la institución: Se preguntaron aspectos relacionados a cómo se desarrolla la supervisión en la institución, desde cuándo se implementa el espacio, desde qué perspectiva se implementa, cómo es la dinámica de ejecución, qué resultados esperan obtener, cómo es la interacción entre supervisores y terapeutas, y cuál es la función de la supervisión desde el punto de vista de formación y capacitación.

Cuestionario online a los profesionales que son supervisados: Se preguntaron aspectos relacionados a su percepción sobre el espacio de supervisión, las expectativas que poseen, la relevancia en la resolución de dificultades en el proceso terapéutico, qué beneficios identifican, cómo impacta en el reconocimiento y la formación de sus propios recursos y competencias, si influye en sus estilos terapéuticos, cómo afecta en las estrategias de intervención y, de ser posible, si perciben diferencias entre hacer y no hacer supervisión.

#### **4.4.Procedimientos**

La observación no participante se realizó a través de videoconferencia debido a las circunstancias de aislamiento social en el país. Se observó la supervisión que se lleva a cabo en la institución, la cual tiene una duración aproximada de 90 minutos, de los cuales los primeros 30 minutos lo dedican a la observación y debate sobre un video de caso en cámara Gesell. Ello conforma la formación y continua capacitación de los profesionales. Los 60 minutos restantes los dedican a supervisión de casos que fueron programados con anterioridad gracias a las alertas en la plataforma virtual que posee la institución, así como la supervisión de casos espontáneos que surgen en la misma reunión. Fue registrada en apuntes manuscritos.

Se efectuaron dos entrevistas semidirigidas a través de llamadas telefónicas a la profesional que coordina las actividades en la institución, con una duración de 30 minutos cada una.

Por otro lado, se realizó un cuestionario a tres profesionales de la institución que participan en la supervisión de la institución mediante el envío de forma online para que los profesionales puedan contestarlos en estas circunstancias.

## **5. Desarrollo**

### **5.1.Objetivo 1: Características y funcionamiento del espacio de supervisión grupal de la institución como parte de la formación del terapeuta.**

Para poder describir las características y el funcionamiento del espacio de supervisión como parte de la formación del terapeuta sistémico, resulta relevante la entrevista con Noemí, quien coordinadora las actividades en la institución y describió cómo es la dinámica de ejecución de la supervisión y sus características de funcionamiento. De igual manera, las respuestas de los terapeutas al cuestionario online resultan relevantes, debido a sus perspectivas únicas y necesarias acerca del funcionamiento específico de la supervisión en la institución y el impacto que ellos perciben sobre su formación profesional. Por último, se integrarán las características apreciadas durante la supervisión observada, complementando los datos recabados.

Durante la entrevista con Noemí, se pudo conocer la dinámica con la que se lleva a cabo la supervisión en la institución. En primer lugar, se organizan diferentes grupos interdisciplinarios, de aproximadamente 20 miembros cada grupo, entre terapeutas y psiquiatras. Sobre ello, Noemi destaca que cuando dos profesionales de distintas disciplinas comparten un mismo caso se trata de ubicar a ambos en el mismo grupo. Además, cada grupo es designado a dos supervisores, un psicólogo y un psiquiatra. Otro aspecto que se informó en la entrevista, es que la institución cuenta con una plataforma virtual interna, donde se les da aviso a los terapeutas, mediante una alerta, sobre el horario y día de la supervisión. Noemi señala que la frecuencia de estas supervisiones es de una vez por semana y con una duración aproximada de tres horas cada reunión. Esta descripción de la supervisión en la institución, se

relaciona con las características de supervisión grupal mencionadas por Bernard y Goodyear (2019).

Sin embargo, Noemí menciona que frente a las condiciones de aislamiento en el país los profesionales y supervisores se vieron en la obligación de realizar las reuniones de manera online y, en consecuencia, la duración de la supervisión se redujo a dos horas, debido a la dificultad del mantenimiento de las mismas horas, que cuando se realizaba la reunión de manera presencial. De todas maneras, el hecho de poder realizar la supervisión a pesar de la distancia geográfica, condice con lo señalado por Haley (1996) sobre cómo la supervisión sistémica admite esta forma de trabajo. En la observación de la supervisión se contempló que, mediante videoconferencia, los terapeutas no tenían dificultades para desarrollar los casos y expresar sus dificultades, así como para realizar un intercambio de diálogo entre ellos y con los supervisores. Sin embargo, dos casos designados para supervisar no pudieron trabajarse por falta de tiempo.

Previo a las reuniones, Noemí señala en la entrevista que hay dos maneras en que los terapeutas pueden llegar al espacio de supervisión. En primer lugar, se encuentran los terapeutas que solicitan la supervisión de su caso ya sea por alguna dificultad o estancamiento. Para ello, deben enviar una alerta en la base de datos de la institución. En estos casos, los terapeutas que enviaron la solicitud u alerta, reciben posteriormente una notificación en respuesta con el día y horario de la reunión para supervisar el caso en cuestión. Este sistema de alerta ante alguna dificultad o estancamiento en los casos de los terapeutas, se relaciona con el dispositivo planteado por Areas et al. (2018). Por otro lado, Noemí señala que también se encuentran los terapeutas que no requieren la supervisión de un caso en específico; sin embargo, estos reciben igualmente una alerta de notificación para participar en una de las reuniones desarrolladas en la institución. Sobre ello, Noemí menciona que las supervisiones semanales tienen un carácter de obligatoriedad en la institución, ya sea la situación de tener un caso para supervisar o de no tenerlo. El tipo de supervisiones mencionado constituyen lo que Ceberio y Linares (2005) denominan supervisiones en diferido o indirectas, ya que suceden luego de las sesiones de los terapeutas con sus pacientes. No obstante, en las entrevistas con los psicólogos, se pudo dar cuenta de que algunos participan en supervisiones por medio de cámara Gesell, las cuales constituyen las supervisiones en vivo, mencionadas por Ceberio y Linares (2005). Cabe aclarar que el foco de atención de este trabajo estará dirigido especialmente hacia la supervisión en diferido desarrollada en la institución.

En la entrevista, Noemí explica que la obligatoriedad de asistencia al espacio de supervisión mencionado anteriormente se da debido a una sección que forma parte de la reunión. En esa sección se proyecta un video sobre un caso clínico en cámara Gesell y/o un video magistral

dictado por un terapeuta experto, el cual contiene demostraciones técnicas de un caso específico como, por ejemplo, sobre terapia familiar o de pareja. Según Noemi, las reproducciones de los videos y la posterior integración de los contenidos en el grupo, tiene la función de mantener a los terapeutas de la institución a la vanguardia y actualizados, principalmente en relación a los conocimientos y técnicas bajo el modelo de terapia estratégica. El uso de estos medios para realizar la supervisión en diferido se relaciona con lo mencionado por Borders et al. (2014). Al respecto, Noemí enfatiza sobre la relevancia de las reproducciones de los videos en esa sección debido a que, junto con la sección donde se supervisan los casos clínicos, constituye la formación y capacitación continua de los terapeutas de la institución. En consecuencia, el escenario de la supervisión conforma un área clínica-formativa, como afirma Hernández Córdoba (2007).

Otro de los medios que fueron mencionados en la supervisión tiene que ver con el uso de autoinformes del terapeuta o registro de sesiones. En la observación de la supervisión, se pudo dar cuenta del uso de estos registros durante la presentación de los terapeutas sobre sus casos a supervisar. Noemi destaca que la historia clínica de los pacientes está conformada por los registros realizados por los terapeutas de acuerdo a la etapa del proceso terapéutico en la que se encuentre el paciente, comenzando por el registro de la primera sesión, continuando con el registro de cada sesión posterior, hasta el registro de la última sesión o cierre del tratamiento. Esto se condice con lo señalado por Casabianca y Hirsch (2009) con respecto a los modelos de registros. Juana, una de las terapeutas que forma parte de un grupo de supervisión, enfatiza que el uso de los registros le permite organizarse de acuerdo a los datos recabados y presentar el caso en el espacio de supervisión de manera más objetiva. A partir de ellos, el supervisor puede corroborar las intervenciones que se están llevando a cabo, co-construir una estrategia con el terapeuta y considerar la necesidad de citar a otras personas significativas para sumarse a la próxima sesión (Casabianca & Hirsch, 2009; Fernández, 2011).

Desde el punto de vista de los terapeutas, el funcionamiento de la supervisión, que se da de una manera específica en la institución, impacta en su formación como profesionales. En el cuestionario online, Juana menciona sobre la importancia de supervisar casos y la necesidad del espacio de supervisión para aprender sobre la teoría, mantener el conocimiento actualizado y revisar el propio ejercicio de la profesión. En la misma línea, Verónica señala la formación en su profesión como una de las funciones que más destaca de la supervisión, debido a que, durante la misma, se actualiza sobre diversos temas de psicoterapia y amplía la gama de técnicas psicoterapéuticas. Esto se relaciona con lo planteado por Acuña Bermúdez (2017) y Ceberio et al. (2000) sobre la formación del terapeuta.

En cuanto a la cantidad de supervisados, se puede caracterizar qué tipo de supervisión se lleva a cabo en la institución y cómo impacta en la formación del terapeuta. Noemi señala el tipo grupal como el predominante desde los inicios de la utilización del dispositivo. A su vez, destaca que desarrollar el espacio en grupo complejiza la situación de la supervisión, ya que los miembros del grupo pueden comunicar sus puntos de vistas con respecto a los casos que se trabajan durante la reunión. Sobre ello, los terapeutas entrevistados brindaron su percepción sobre la supervisión y la dinámica en grupo. Una de las terapeutas que trabaja en la institución, María, señala la misma cualidad de la supervisión grupal mencionada por Noemi, ya que destaca el beneficio de aprender de las distintas miradas de los miembros del grupo para abordar su caso clínico presentado. Esto se condice con lo mencionado por Gómez Esteban (2009). A modo de ejemplo, otra de las terapeutas entrevistadas, Verónica, describe una situación donde los profesionales del grupo realizaron observaciones sobre su consultante, las cuales ella no pudo percibir antes. Sobre ello, menciona que estas observaciones le brindaron seguridad y confianza acerca de la eficiencia de las intervenciones que realiza con sus consultantes. Esto se relaciona con lo mencionado por Ögren et al. (2014) sobre la contribución del grupo al terapeuta.

Los terapeutas también destacaron el impacto de la supervisión grupal en la formación como profesionales. Juana destaca el aprendizaje durante el intercambio entre colegas, debido a que permite conocer nuevas formas de pensamiento y reflexión, así como tener distintos puntos de vista sobre el trabajo clínico. Esto se vincula a lo planteado por Bernard y Goodyear (2019) sobre la amplitud de exposición de los casos supervisados. Por su parte, María indica el aprendizaje a partir de la observación y atención en los casos de sus compañeros, ya que, al compartir experiencias, aprende nuevas visiones y alternativas de cómo abordar un caso que posea similitudes con el trabajado. En consecuencia, puede diseñar intervenciones más adecuadas según las necesidades de los casos y ello conforma una de las funciones de la supervisión de tipo grupal presentadas por Gómez Esteban (2019).

Otra de las funciones de la supervisión grupal, detectadas por los terapeutas, tiene que ver con el apoyo y contención del grupo frente a las características propias de la profesión. En las entrevistas a los terapeutas, se pudo contemplar la valoración de esta función como un beneficio propio del trabajo grupal de la supervisión en la institución. Verónica destaca el apoyo del grupo en el trabajo del psicoterapeuta, sobre el que designa como solitario la mayoría del tiempo. Debido a ello, señala que el espacio de supervisión le brinda apoyo y confianza, tanto en sí misma como en su trabajo realizado. Además, durante la observación de la supervisión, se pudo apreciar este acompañamiento del grupo, con relación especialmente a los terapeutas que afrontaban casos sensibles, que impactan emocionalmente. Esto se vincula con lo que

afirma Loubat (2005) sobre la función de apoyo y contención emocional de la supervisión. En la misma línea, María afirma que, al trabajar en equipo, se recibe retroalimentación de parte del supervisor y de los colegas presentes. Señala que ese intercambio le ayuda a no sentirse sola en la profesión terapéutica. Esto se condice con lo mencionado por Varela Fuentes (2019) sobre la retroalimentación en la promoción del apoyo entre pares.

Este apoyo del grupo, se pudo apreciar durante la observación de la supervisión, donde un terapeuta expuso el caso de una señora, llamada de modo ficticio Norma, de 54 años que vive sola y que amenaza con suicidarse. Frente a este caso complejo y sensible, el terapeuta manifiesta que la paciente se comporta histriónicamente, con verborragia y no coopera con las tareas o intervenciones que realiza. Durante la supervisión, el terapeuta expone sus conflictos con la paciente, mencionando que se siente extraviado y teme que la paciente cumpla con su amenaza, por lo que no sabe cómo abordar el caso para trabajar conjuntamente con la paciente, quien además no colabora en la sesión. A modo de ejemplo, explica que la paciente se manifiesta molesta si el terapeuta escribe durante la sesión, como también si se mantiene en silencio; por otro lado, frente a algunas preguntas, la paciente se vuelve esquiva cambiando de tema. Frente a ello, el supervisor destacó que, pese a que la paciente muestra no querer comunicarse, sus hechos también comunican, ya que se presenta hace dos meses semanalmente a todas las sesiones. Esto se relaciona con el primer axioma de la comunicación de Watzlawick et al. (1991).

De igual manera, en el caso observado se reflexionó con los compañeros del grupo sobre otras vías de intervención, así como de entender sistemáticamente cómo se desarrolla la interacción, para concentrarse en la estructura y no en el contenido del caso, ya que este último le produce conflictos al terapeuta. Por último, el supervisor sugirió seguir supervisando el caso, mencionando que la función de la supervisión también es acompañarse como equipo en estos casos difíciles. Sobre ello, el terapeuta menciona que le sirvió supervisar el caso, ya que luego de escuchar a sus colegas señala no sentirse tan perdido, por el contrario, encontró una oportunidad para liberar tensiones y sentirse contenido por el grupo. Esto se relaciona con lo dicho por Varela Fuentes (2019) respecto al rol de los compañeros en un grupo de supervisión.

Con respecto a la dinámica del grupo en la supervisión, Juana menciona el poder compartir experiencias laborales sin temor a sentirse expuesta y juzgada, sino que siente apoyo por parte del grupo. En el cuestionario online, menciona que los terapeutas más jóvenes resultan beneficiados en las supervisiones grupales, debido al rol de sostén y contención anteriormente mencionado. A su vez, el funcionamiento en grupo proporciona mayor confianza frente a las distinciones jerárquicas entre supervisor y supervisados. Esto se vincula a lo mencionado por Ögren et al. (2014) sobre lo que ofrece la supervisión grupal.

Además de brindar seguridad y apoyo, una de las funciones principales de la supervisión es poder explorar y guiar el trabajo de los terapeutas, quienes realizan consultas sobre sus casos clínicos. Noemí mencionó en la entrevista que, durante la supervisión grupal, los terapeutas tienen la posibilidad de pedir sugerencias o consejos sobre los casos que llevan a supervisar. El objetivo del mismo consiste en elaborar una mejor construcción del caso, identificar errores y, en consecuencia, si no progresa como el terapeuta espera, modificar el desarrollo de la terapia. Esto se condice con lo mencionado por Ceberio et al. (2000) y Fernández (2009) sobre el manejo de dificultades en la supervisión. En relación, Juana destaca la ayuda con el manejo de casos difíciles o en los que uno se encuentra empantanado y no sabe cómo avanzar. Señala que la supervisión le brinda una mejor comprensión de los aspectos relacionados al caso y le permite redireccionar su trabajo. Esto se relaciona con lo mencionado por Casabianca y Hirsch (2009) respecto del trabajo sobre los casos que provocan estancamientos en el espacio supervisión.

La forma de intervenir del terapeuta en un caso clínico tiene que ver con su formación. La misma puede recibir influencia de la supervisión de acuerdo a las características de la institución en la que se desarrolla. Noemí indica que, en el espacio de supervisión, se profundiza sobre las intervenciones realizadas en los casos y se dialoga sobre otras formas posibles de intervenir como, por ejemplo, la psicoeducación o modificación estratégica de las metas individuales o familiares. Esto se relaciona con lo mencionado por Varghese et al. (2020) sobre las técnicas utilizadas en la terapia estratégica. Del mismo modo, para Juana, la supervisión afecta de un modo positivo su trabajo a la hora de diseñar estrategias, debido a que puede revisar y ampliar la gama de intervenciones a utilizar en los casos clínicos (Ceberio et al. 2000).

En relación, Verónica destaca el impacto de la supervisión al observar que cada vez que diseña una estrategia de abordaje, intenta pensar sobre cuáles se implementaron en casos similares durante las supervisiones grupales, o se pregunta qué le diría su supervisor frente al caso. En consecuencia, tal como señala Varela Fuentes (2019) la supervisión provoca una variación del curso y orientación de las intervenciones que realiza la terapeuta, hacia una dirección u otra. Del mismo modo, María señala que a la hora de diseñar o reformular intervenciones, intenta tomar todas las sugerencias dadas por los supervisores sobre el caso clínico en particular. Además, menciona que las indicaciones y sugerencias que se brindan, siempre respetan el estilo propio y contemplan el marco teórico de la institución. Esto se condice con lo señalado por Ceberio y Linares (2005).

Considerando las características y el funcionamiento mencionado sobre la supervisión grupal, Juana observa en los nuevos terapeutas que ingresan a la institución cierta resistencia a

participar en el espacio. Con respecto a ello, durante la entrevista, Noemi postula que el terapeuta novel posee cierta creencia sobre las reuniones, presuponiendo que uno va allí a exponer su caso y, a su vez, a exponer sus debilidades, las cuales serían juzgadas por el supervisor y sus pares. Con el tiempo esta creencia se va modificando, gracias a la experiencia de participar en las supervisiones, y se convierte en un lugar donde el terapeuta puede reconocer sus aptitudes, resolver dificultades, ampliar la perspectiva sobre sus casos y sentirse apoyado por sus pares. Esto se condice con lo mencionado por Garzón (2008) y Roa (2014) sobre la formación de recursos y validación del equipo. Del mismo modo, Noemí menciona que los supervisores guían el proceso terapéutico, brindan consejos sobre el caso de sus supervisados y, de observar alguna intervención inadecuada, realiza una crítica constructiva sobre la misma (Ceberio & Linares, 2005).

## **5.2.Objetivo 2: Describir la relevancia que tiene para los terapeutas, el espacio de supervisión grupal desarrollado en la institución, con respecto a la resolución de dificultades durante el proceso terapéutico.**

En muchas ocasiones, los terapeutas se encuentran en situaciones que detienen o dificultan el desarrollo del proceso terapéutico. En la observación no participante de una supervisión, las respuestas del cuestionario online a los terapeutas y la entrevista semidirigida con la coordinadora de la institución, se pudo observar la relevancia que tiene el espacio de supervisión grupal para afrontar estas situaciones propias de la terapia.

Una de las funciones principales del espacio de supervisión grupal, según señala Noemi, consiste en la asistencia a profesionales que tienen dificultades con un caso. En los grupos, semanalmente se presentan aquellas dificultades que surgen en terapia, para poder evaluarlo y diseñar estrategias más eficientes para el cambio, tal como Fisch et al. (1984) plantean acerca del objetivo de la terapia breve.

Desde la perspectiva de los terapeutas, Juana pone énfasis en los puntos de vistas ofrecidos por los colegas en el grupo de supervisión y del conocimiento teórico impartido en el espacio. Señala que esos aspectos le permiten resolver los problemas, tanto en los casos propios como también ofrecer ayuda en los casos de los compañeros. María destaca el poder tener, a partir de la supervisión, una mirada distinta cuando se siente estancada con un paciente. A su vez, destaca participar también en supervisiones de cámara Gesell, lo que le permite observar su propia grabación para realizar correcciones, así como señalar aspectos donde se siente con conflictos y escuchar sugerencias sobre ello del supervisor o pares del grupo para tomar caminos alternativos. A partir de ello, expresa darse cuenta de aquello que interfiere en el

proceso terapéutico y poder reencaminarlo. Esto se relaciona con lo mencionado por Cruz Fernández (2009) acerca del trabajo de las dificultades de la terapia en la supervisión.

En tal sentido, Verónica sostiene que el espacio le otorga una mirada desde afuera, externa, y, en consecuencia, frente a situaciones de dificultad le concede la posibilidad de reorientar el caso. Del mismo modo, Verónica menciona que los compañeros de grupo hacen referencia a los aspectos laterales del caso y cómo eso puede llevar a una solución de los conflictos en terapia, aportando otra perspectiva que una no contempla. Esto se relaciona con lo mencionado por Gómez Esteban (2019) acerca de la reflexión de un caso clínico y la complejidad del mismo.

Se puede contemplar lo anteriormente mencionado en las notas de campo tomadas de la observación de la supervisión, donde los terapeutas proponen casos que les provocan dificultad. Cabe recordar que los nombres y datos utilizados serán ficticios para preservar la confidencialidad de los mismos. Una de las dificultades manifestadas por un profesional en la supervisión, tiene que ver con tomar la decisión de realizar o no una interconsulta de su caso con un psiquiatra. Para intentar resolver esta dificultad, el supervisor procede a la lectura del registro del caso para los demás miembros del grupo, siguiendo la estructura de queja inicial, motivo de consulta, estrategias intentadas y antecedentes, entre otros datos relevantes del caso. Ello coincide con los elementos del modelo de registro propuesto por Casabianca y Hirsch (2009).

El caso se trata de un joven, de nombre ficticio Lucas, que acude a la sesión con sus padres y plantea síntomas de angustia, confusión y ansiedad, ofreciendo como motivo de los mismos, la mudanza y nueva vida en otro país. Los padres manifiestan preocupación por los llantos repentinos de su hijo, expresan que tratan de contenerlo, pero sienten que resuelven parcialmente el problema. Del mismo modo, comienzan a aparecer otras conductas disfuncionales de Lucas, que preocupan aún más a sus padres, que son el aislamiento y no bañarse. A su vez, entre los antecedentes familiares que se indagaron del paciente, se destaca que sus padres padecieron en el pasado depresión y estuvieron medicados a causa de ello. Este antecedente provoca que los padres manifiesten querer implementar aquello que les ayudó. El interés del terapeuta en estos aspectos del problema, coincide con lo expresado por Nardone y Watzlawick (1992) respecto del foco sobre cómo funciona el problema dentro del sistema relacional y qué se intentó para resolver el mismo.

Luego de la lectura del caso, el supervisor da lugar a preguntas sobre el mismo, de parte de los compañeros del grupo. En ese momento, se pudo recabar más información acerca del contexto, las relaciones y los antecedentes del problema, que no estuvieron presentes en el registro o simplemente no habían quedado claros. Se debatió principalmente sobre la etapa del

ciclo vital del paciente y cómo esto afecta en la adaptación de Lucas. Esto se condice con lo que menciona Haley (1990) sobre la importancia del ciclo vital en este enfoque sistémico, para facilitar la comprensión de los problemas durante transición de las etapas.

Posteriormente, el supervisor resume sobre dos cuestiones relevantes a indagar, si resulta conveniente realizar interconsulta o no, y la estrategia de tratamiento según cada camino. Ante ese planteo, los terapeutas del grupo exponen sus puntos de vista, según lo que ellos harían frente a esas circunstancias, en un intercambio entre los supervisores, los profesionales y el terapeuta a cargo del caso, como sugieren Ögren et al. (2014).

Durante el debate se discute sobre cuál decisión y estrategia terapéutica serían las más convenientes. Algunos terapeutas postulan la conveniencia de sumar una mirada más al tratamiento, considerando las últimas conductas del joven – como, por ejemplo, no bañarse. Mientras tanto, otros proponen tratar, en lo posible, de no medicar al paciente. Sobre ello, uno de los terapeutas sugiere que, de seguir ese camino, todavía estarían presentes los padres, quienes se consideran depresivos y tienen miedo que su hijo lo sea también. A su vez, como la medicación les dio resultados, resulta conveniente despejarles esa duda o que reciban una devolución de un psiquiatra sobre su opinión del caso.

Sobre cómo afectaría realizar interconsulta en el trabajo del profesional, los terapeutas sostenían que ello serviría incluso para facilitar su trabajo debido a que, como menciona una terapeuta, de no hacer la interconsulta y de llegar a darse la situación de que el tratamiento no avance, siempre quedará sobrevolando en la familia la idea de que, la causa de ello, será no haber realizado la interconsulta cuando preguntaron. Por otro lado, también se sugiere trabajar bajo esa línea, debido a la motivación de la familia sobre esa idea y la facilidad a la hora de establecer los objetivos. Esto se condice con lo mencionado por Haley (1996) respecto de la motivación como uno de los aspectos a tener en cuenta por el terapeuta. Luego de exponer estos puntos de vista, se llega a la conclusión de que la interconsulta podría ser pertinente en este caso. Resulta interesante ver cómo se resuelve la dificultad del profesional a partir de la inclusión de nuevas miradas y el trabajo del supervisor como menciona Watkins (2013).

En otras ocasiones, las dificultades durante el proceso terapéutico se tratan sobre la forma en la que el terapeuta lleva a cabo la terapia. Es el caso de Juana, quien manifiesta trabajar en supervisión sus dificultades sobre su estilo de abordaje y situaciones en las que le costaba más el “cómo” que el “qué hacer” en la terapia. En este caso, señala que una de las técnicas utilizadas por el supervisor del grupo fue el uso del juego de roles. Con respecto a esta actividad, Noemi señala que es muy utilizada en las reuniones y que tiene como objetivo involucrar al supervisado en el desarrollo de sus habilidades y estilo, utilizando un método experimental e interactivo. Esto se pudo contemplar en la supervisión observada del caso

Norma, donde el supervisor propuso este ejercicio como medio para salir del contenido y enfocarse en la estructura del caso, desatacando la necesidad de entender sistemáticamente cómo funcionaba la interacción. Esto se condice con lo mencionado por Espriella Guerrero (2008) acerca del uso del juego de roles. Además, Juana destaca la reflexión sobre sí misma y las relaciones que se establecen en el contexto de la terapia, entendiendo la posición que ella ocupa dentro del sistema (Garzón, 2008) y el perfeccionamiento continuo de su estilo (Acuña Bermúdez, 2017).

Otra de las dificultades de los terapeutas, informada por Noemi en la entrevista, tiene que ver con el uso de los registros de las sesiones que se emplean en la institución, principalmente en los terapeutas que recién ingresan y no están acostumbrados a la modalidad de trabajo. Al respecto, menciona que se entendían como cuestionarios intensivos, que debían completarse en su totalidad, en contradicción a lo planteado por Casabianca y Hirsch (2009) quienes sostenían que se pueden dejar casilleros en blanco para ser llenados más adelante en el intercambio con el paciente. Para estos casos, el espacio de supervisión sirvió como aprendizaje del modelo de trabajo de la institución, a partir de la observación de sus pares sobre los aciertos y desaciertos producidos en el llenado del registro. Este aprendizaje constituye un proceso de hetero-referencia, tal como plantea Sánchez Rengifo (2014).

A partir del modelo de registro mencionado, María sostiene que los terapeutas pueden identificar qué necesidades requiere su caso. A modo de ejemplo propone que en el registro se puede percibir cuando el caso está paralizado, ya que se observa que no hay avances en las metas co-construidas con el paciente o no hay cumplimiento de las tareas propuestas. Frente a estas señales, surge la necesidad de supervisar el caso, llevando los datos registrados. Señala que, en la supervisión, el supervisor y el grupo le ofrecen estrategias alternativas o reevaluar el objetivo construido entre ella y el paciente. Esto condice con lo planteado por Fernández (2011) para modificar el circuito de mantenimiento del problema. En relación, Juana destaca la función del registro, pero esta vez hacia las últimas sesiones de la terapia, cuando al momento de querer realizar el cierre del tratamiento se presentan dificultades de disonancias con el paciente. Frente a esta situación, también se requiere supervisar el caso para recibir retroalimentación de opciones de abordaje. Esto se vincula con las maniobras de cierre mencionadas por Areas et al. (2018).

Con respecto a lo anterior, Verónica señala las dificultades que tuvo en una ocasión, sobre la correcta distinción entre la dificultad y el problema del paciente, ya que sentía que el mismo no progresaba y se debía a sus errores descubriendo el verdadero problema que estaba aconteciendo. Para ello, destaca la importancia de la supervisión en la resolución de su conflicto, ya que el supervisor y los compañeros de grupo le brindaron su punto de vista con

respecto a la dificultad y el problema del paciente. Además, el supervisor le proporcionó psicoeducación sobre la distinción entre la dificultad y el problema, articulando el contenido con las características del paciente, tal como lo describe Bengoa González (2018), y sugerencias acerca de cómo abordar el caso. Esto último se condice con lo mencionado por Watkins (2013) sobre el rol de supervisor. De igual modo, se desafían las creencias disfuncionales de la terapeuta que actúan como obstáculo en su trabajo (Chazenbalk et al., 2003).

Según lo informado por Noemi, otro de los aspectos del problema que afecta a los terapeutas en el curso de la terapia, principalmente desde el enfoque sistémico, consiste en determinar el circuito de interacción problemático o, como denomina Fernández (2011), el circuito de mantenimiento del problema. Durante la supervisión, María menciona su dificultad en un caso para romper con la interacción problemática de su paciente y explica las características de su construcción del caso. Frente a ello, el grupo de supervisión le señaló algunos aspectos fundamentales de la construcción para poder describir rigurosamente los elementos que influyen en las pautas rígidas de interacción del caso. Este proceso de construcción, podría considerarse análogo a la terapia tal como la describe Wainstein (2006), donde el problema plantea una complejidad compuesta por elementos e interacciones, y tanto la psicoterapia como la supervisión funcionan como reductoras de la misma al incrementar la especificidad y ayudar a favorecer la operatividad del consultante y el terapeuta. Sobre la dificultad, María señaló que los compañeros apuntaron a disminuir las interacciones adversas reconocidas a partir de ciertas tareas y técnicas, mientras que otros, propusieron incrementar las interacciones beneficiosas, lo que constituyen los intercambios reforzados gratificantes que menciona Espriella Guerrero (2008).

Según lo informado en la entrevista, María enfatiza sobre el uso del espacio de supervisión, mencionando que siempre que tiene una dificultad, lleva su caso a supervisar y luego se siente con más herramientas para llevar adelante su caso y sortear ese conflicto. A modo de ejemplo, señaló un caso en el cual tenía dificultades para trabajar con la motivación de una familia. Para explicar el caso, utilizó un genograma de la familia mediante el cual marcó cómo se desarrollan las interacciones y los miembros más motivados con respecto al motivo de consulta. Desde el grupo de supervisión se debatieron diversas estrategias, entre ellas la posibilidad de trabajar, en un principio, con el miembro del grupo familiar más motivado e ir luego citando a los demás miembros en función de su motivación. Esto se condice con lo mencionado por Szapocznik et al. (2012) como estrategia para trabajar con interacciones desadaptativas.

A su vez, menciona otra técnica sugerida por el supervisor y el grupo de colegas, a partir de sus perspectivas del caso, que fue establecer algunas metas individuales que se desarrollen por

fuera del conflicto familiar como una alternativa a las metas familiares que había fijado originalmente la terapeuta. La utilización del genograma, así como las técnicas nombradas, se condicen con lo planteado por Varghese et al. (2020) sobre las técnicas estratégicas utilizadas en familias difíciles.

Otras de las dificultades que atraviesan los terapeutas, se relaciona con creencias disfuncionales al asumir propósitos que no resultan acordes al objetivo de la terapia. En la entrevista semidirigida, Noemi destaca que en muchas ocasiones las dificultades en terapia afectan a los terapeutas en el aspecto emocional, impidiendo su correcto desarrollo durante las sesiones. En relación, Verónica menciona sobre las situaciones donde, frente al estancamiento de sus casos, siente que no hace lo suficiente en la sesión, o no ser capaz de ayudar a la familia consultante. Ante estas creencias poco funcionales, enfatiza el espacio de supervisión grupal como base contenedora y de apoyo emocional, debido a que luego de las reuniones manifiesta sentir más confianza en sí misma (Loubat, 2005). Además, menciona la función reflexiva de la supervisión, especialmente sobre los distintos aspectos que la dificultad le provoca. En consecuencia, enfatiza que la reflexión le permite rediseñar su intervención. Esto se condice con lo mencionado por Ceberio et al. (2000) sobre el trabajo con las reacciones cognitivas, emocionales y comunicacionales que un caso le provoca al terapeuta.

En relación, se pudo contemplar en la observación de la supervisión, el abordaje de casos que tocan fibras sensibles de lo humano y cómo el espacio ayuda acompañando al supervisado que manifiesta tener conflictos. Del mismo modo, en el cuestionario online, Juana menciona que surgen dificultades a partir del impacto emocional que despiertan ciertos aspectos del caso, por la sensibilidad de los temas abordados como, por ejemplo, los intentos de suicidio o abusos infantiles. En la supervisión, Juana afirma que se pueden encontrar solución y sostén gracias a la reflexión y conversación de ese impacto con los compañeros de grupo y supervisores. A su vez, destaca que ellos forman una base segura, contienen la angustia y ayudan a poder regular las emociones que provoca el caso. Esto se relaciona con lo mencionado por Garzón (2008) acerca de los conversatorios reflexivos que movilizan la creación de diferentes niveles de observación y mayores niveles de complejidad, en este caso, sobre las emociones que le genera la interacción con el paciente, como señala Cruz Fernández (2009).

Con respecto al rol del supervisor, María menciona la búsqueda de alguien con mayor experiencia que pueda brindarle ayuda en su reflexión y ampliar su campo de acción, principalmente en situaciones de conflictos con el caso o cuando se siente bloqueada y no sabe por cual camino seguir. Del mismo modo, destaca que el supervisor, desde su mayor conocimiento y experiencia, guía a los supervisados a ver la práctica desde afuera y les facilita darse cuenta de aspectos relacionados con su paciente. Esto se condice con lo dicho por Roa

(2014) a propósito de la emergencia del observador y su aporte al aprendizaje del terapeuta, gracias al trabajo del supervisor.

### **5.3.Objetivo 3: El impacto de la supervisión grupal, según los terapeutas, en el reconocimiento y la formación de sus propios recursos y competencias.**

Como se mencionó anteriormente, la supervisión grupal genera un impacto en la formación de los terapeutas. Durante la entrevista, Noemi manifiesta que, para la institución, el espacio de supervisión resulta un momento fundamental para la continua formación y actualización de sus terapeutas, especialmente en lo que refiere a los recursos y competencias necesarias bajo el modelo de terapia breve y focalizada. Esto se condice con lo mencionado por Cruz Fernández (2009) sobre la importancia del desarrollo y permanencia del modelo terapéutico. Para presentar este objetivo, se considera relevante el análisis de los cuestionarios y las notas de campo realizadas, ya que denotan sobre la perspectiva de los terapeutas acerca de cómo reconocen sus propios recursos y forman las competencias, mediante los aportes de los supervisores y el intercambio grupal que se genera en las reuniones de supervisión de la institución.

En la entrevista, Juana informa que la supervisión le ha brindado mayor comprensión de los problemas profesionales, mejorar los estándares de cuidado del paciente, oportunidades para desarrollar más habilidades y mejor entendimiento de la propia práctica. Esto se relaciona con lo mencionado por Chazenbalk et al. (2003), sobre los beneficios de la supervisión grupal. De igual modo, María pone énfasis sobre el desarrollo de competencias a través de la interrelación que se da en el grupo, lo cual enriquece su propia práctica, tal como plantea Hernández Córdoba (2007).

Sobre la dinámica en el espacio de supervisión en grupo, Verónica señala que luego de entrar en contacto con el caso a supervisar, se prosigue con un diálogo acerca de las hipótesis del diagnóstico y su posible tratamiento. Además, se pregunta acerca del contexto, la personalidad, la demanda y los factores desencadenantes del caso, para tener un mayor conocimiento y un mejor criterio. Sobre esta experiencia, la terapeuta refiere que es muy valiosa en su formación, ya que le permite aprender cómo actuar frente a posibles casos de condiciones similares. Esto se condice con lo explicado por Gómez Esteban (2019) acerca de la profundidad de la supervisión de manera grupal, debido a las aportaciones de las diferentes miradas de los profesionales, a diferencia de la supervisión individual.

Mediante la aproximación estratégica de la institución los terapeutas refieren, en el cuestionario sobre el espacio de supervisión, como una representación de desafío, ya que promueve el surgimiento y asimilación de las habilidades, desde los recursos y particularidades

de cada uno. Esto constituye el funcionamiento del modelo de entrenamiento clínico propuesto por Fialkov y Haddad (2012). A su vez, esto se pudo contemplar durante uno de los casos observados en supervisión donde el paciente, de nombre ficticio Marcos, le solicitaba al terapeuta agregar a su esposa a sesión para realizar una terapia de pareja. Sobre ello, el terapeuta expresaba en el grupo que sentía no tener experiencia suficiente sobre ese tipo de terapia. Ante tal posición, el supervisor le explicó que no necesariamente sucederá una terapia de pareja al incluir a la esposa, sino que le sugería percibir la situación como una más favorecedora aún, ya que, con alguien más presente, se genera el contexto de tener más posibilidades de conocimiento sobre el circuito interaccional y, en consecuencia, ayudar a resolver el problema del paciente.

De igual manera, una de las colegas le sugería al terapeuta tener cuidado con la percepción del cliente sobre la terapia de pareja, para no caer en las etiquetas y disminuir su capacidad de maniobra. No obstante, un terapeuta con experiencia en terapia de pareja, describió algunas de las tareas que podría realizar en la sesión, aprovechando que la esposa se encuentra en el espacio. Es decir, a partir de la supervisión, se genera el surgimiento y asimilación de nuevas habilidades y perspectivas sobre la terapia, a partir de las sugerencias de sus compañeros de grupo, tal como plantea Watkins (2013).

Los terapeutas entrevistados, mencionaron qué medios utilizados en la supervisión grupal les permitieron reconocer sus propios recursos y ubicaron el feedback como el más importante. A partir de la observación de sí mismos y de los demás, como lo son el supervisor y sus compañeros, los terapeutas se sienten capaces de identificar sus aciertos y desaciertos. De esta manera, refieren poder activar sus potencialidades y recursos. Esto se relaciona con lo planteado por Sánchez Rengifo (2014) a propósito de los procesos de autorreferencia y heterorreferencia. Por medio de la observación de videos de cámara Gesell en la reunión de supervisión, Noemi refiere que los supervisados dialogan acerca de sus percepciones y el supervisor realiza sugerencias de las mismas. A su vez, también cuentan con el acceso al audio de las sesiones, mediante los cuales podían reflexionar sobre sí mismos. Esto se condice con lo que planteado por Garzón (2008) sobre la polifonía de voces de los agentes del contexto de formación y su incidencia en la construcción del conocimiento.

La reflexión a partir de la observación de sí mismo, se pudo contemplar durante uno de los casos observados en supervisión donde una terapeuta, llamada de manera ficticia Estefanía, tenía dificultades con un paciente y sostenía que ese conflicto se relacionaba con su propio estilo terapéutico, ya que la misma manifiesta mostrarse muy dócil y sentir que le falta más firmeza, algo que según expresó, le habían marcado muy seguido durante cámara Gesell. Sobre ello, la terapeuta además refiere que le cuesta ser más firme debido a que va contra su propio

estilo, pero que lo está trabajando, a causa de que en este tipo de casos resulta muy necesario tener esa característica. Esto se relaciona con lo mencionado por Fernández (2014) sobre la necesidad de un estilo acentuadamente directivo en el terapeuta.

Continuando con el caso, en la reunión se reflexionó con los pares sobre aquellas situaciones donde la terapeuta se sentía de esa manera y sobre cómo podría realizar un llamado de atención al paciente. Además, el supervisor realizó una sugerencia sobre ejercicios para responder desde su propio estilo ante ese tipo de situaciones que manifiesta la terapeuta, donde los consultantes generalmente tienen problemas interpersonales y lo demuestran durante la sesión. Esto se condice con lo dicho por Ceberio et al. (2000) a propósito del respeto del estilo del terapeuta.

En la devolución a la terapeuta, el supervisor agregó que se debe pensar sobre lo más beneficioso para el paciente, sobre si realmente es productivo que haya una escucha incondicional a cada cosa áspera que diga. De ese modo, sugirió tratar de conseguir un punto medio, donde no haya una respuesta espejo, pero tampoco se habilite el espacio para esos comentarios. El desempeño del supervisor, se relaciona con el mencionado por Ceberio y Linares (2005) acerca de su actividad cuestionando y reflexionando las intervenciones de sus supervisados. Por último, a partir de esa devolución del supervisor, la terapeuta manifiesta comprender más su situación y cómo afecta su reacción la conducta del paciente. Esto constituye el proceso de autorreferencia mencionado por Sánchez Rengifo (2014).

Al observarse en los videos de cámara Gesell o escucharse en los audios de las sesiones en las que actúan, la terapeuta Juana señalaba su sorpresa al visualizar posturas o escuchar tonos de voz o ciertas insistencias en un caso, de los cuales nunca pensó que podría percatarse. A esto se refiere Roa (2014) con incluir al terapeuta dentro de su propia observación y así lograr visibilizar aquello que emerge. La terapeuta antes mencionada resalta la importancia del supervisor y su rol activo en el intercambio de concepciones e ideas ante la exposición de sus dificultades. Esto conforma lo que Roa (2014) denomina diálogos generativos.

Continuando el análisis sobre los impactos en la formación, según lo informado por los terapeutas, se contempla que la supervisión les permite reconocer sus propios recursos y afianzar su práctica formando su propio estilo personal. Al respecto se observó que, por un lado, María señaló que lleva a la práctica todas las indicaciones que les provee el espacio de supervisión, mientras que Verónica refiere que de las sugerencias selecciona qué estrategias utilizar según cómo se sentirá más cómoda al utilizarlas, priorizando aquello que se apegue más a su estilo. Esto se condice con lo mencionado por Chazenbalk (2003) que define acerca del estilo terapéutico.

De igual modo, María menciona que continuamente practican el juego roles en supervisión y que eso le ayuda a comprender y perfeccionar su propio estilo, incorporando las sugerencias

y recomendaciones que le indican el supervisor y los compañeros del grupo de supervisión. Esto coincide con lo mencionado por Espriella Guerrero (2008). A su vez, Noemi refiere el uso de los registros de sesión como un elemento que impacta en la formación de habilidades de los terapeutas, principalmente las relacionadas con la detección de información crucial, para establecer un diagnóstico y diseñar estrategias de intervención, es decir, forma un estilo propio de abordaje de los casos. Esto se relaciona con lo dicho por Casabianca y Hirsch (2009).

Por otro lado, acerca del rol del supervisor, Juana enfatiza que el mismo funciona como moldeador del estilo terapéutico. Es por ello que señala la importancia de elegir cuidadosamente al supervisor. Esto se contradice con lo planteado por Watkins (2013) quien plantea que los supervisores se esfuerzan por permanecer atentos a la diversidad, ayudando a sus supervisados a entender su propio estilo y preferencias. Visto desde otra perspectiva, Verónica menciona que, al compartir la supervisión grupal por largo tiempo con los mismos terapeutas, uno adopta algo de allí en su propio estilo y lo utiliza en las sesiones del tratamiento. Ambos, supervisor y colegas, según Varela Fuentes (2019) son los agentes contextuales implicados en el estilo terapéutico del profesional, los cuales causan que ciertos elementos se repitan en varias sesiones terapéuticas, en diferentes procesos y en diferentes personas.

Los terapeutas entrevistados, se refirieron a las competencias en las que la supervisión más les ha ayudado. Señalaron aquellas que Rodolfa et al. (2013) relacionaron con las áreas del funcionamiento profesional, tales como realizar un diagnóstico, estructurar una sesión, conceptualizar el caso, diseñar y utilizar técnicas para la intervención. Para las competencias profesionales mencionadas, los terapeutas enfatizaron la necesidad de conocimientos teóricos y habilidades específicas. Por otro lado, también indicaron aquellas competencias en las que la supervisión les ayudó de manera parcial. Aquí se encuentran las que Castro Solano (2004) refiere dentro del perfil clínico, tales como habilidades de relaciones interpersonales, colaboración interdisciplinaria y redacción de informes psicológicos.

En los distintos casos observados durante la supervisión se pudo apreciar, en los aportes del supervisor y de los profesionales presentes, la importancia de mantener la capacidad de maniobra del terapeuta, tal como fue presentado en el caso Marcos, donde el supervisor sugería no etiquetar la sesión como terapia de pareja para no perder maniobrabilidad con el tratamiento que se estaba llevando a cabo hasta ese momento. Durante la reunión, se realizó un juego de roles para simular la primera sesión con la pareja, en la cual el terapeuta del caso mencionó que primero les preguntaría cómo surgió la idea de realizar la terapia de pareja y por qué ahora, en ese momento. El supervisor le sugirió no utilizar la frase “*terapia de pareja*”, ya que de esa manera estaría generando una expectativa en los clientes que el terapeuta no podría manejar.

En consecuencia, se recomendó en dicha presentación mencionar sobre cómo Marcos había comentado acerca de los conflictos que estaban teniendo como pareja y que quizás podrían hacer algo al respecto si están los tres juntos trabajando en ello. Al respecto, destacaron el uso de términos como “*quizás*” y “*si*”, como palabras clave para mantener un margen de maniobra en caso de que la presencia de la esposa no produzca avances en el tratamiento. De esta manera, se protege el tratamiento que el terapeuta estaba llevando individualmente con Marcos. Esto constituye el uso del lenguaje condicional y coincide con lo mencionado por Labiano y Rodríguez Arias (2018).

La importancia de la capacidad de maniobra del terapeuta también se pudo observar en el caso mencionado anteriormente de la terapeuta Estefanía. La profesional describió cómo, durante su supervisión en cámara Gesell, el supervisor y sus compañeros le marcaron continuamente su fortaleza de demostrarse empática y contenedora. Sin embargo, también le señalaron que ello en algún punto le podría jugar en contra sí misma si no mostraba al inicio del tratamiento un poco de las dos partes, empática y firme, para luego tener un margen de maniobra durante las sesiones posteriores. En relación, la terapeuta se encontraba frente a un caso en el cual sentía perder su maniobrabilidad, a causa de eso mismo que fue marcado en cámara Gesell, por lo que advierte la necesidad de ser más firme y ajustar esos aspectos en supervisión, a partir de los ejercicios mencionados anteriormente, que se llevaron a cabo para tal ajuste. Esto coincide con lo presentado por Fisch et al. (1984) a propósito del ajuste del terapeuta, de acuerdo al consultante y la capacidad de maniobra.

Un tercer caso donde se contempló la necesidad de la capacidad de maniobra del terapeuta, fue en el caso Norma, una señora que, según refiere el terapeuta, vive sola y amenaza con suicidarse. La dificultad manifestada por el profesional con este caso, es que la paciente menciona histriónicamente que no avisará en qué momento cumplirá su amenaza, para no provocar problemas al terapeuta. A su vez, la paciente no se muestra cooperativa durante las sesiones, por lo que el terapeuta refiere sentirse extraviado y con temor de que la señora cumpla con su amenaza en cualquier momento, percibiendo que esta situación le resta maniobrabilidad. El supervisor del caso refiere cierta manipulación y presión de la paciente hacia el terapeuta y le aconseja tomarse el tiempo en la supervisión para planificar entre todos los miembros una forma de abordar el caso. Esto se vincula con lo expresado por Schlanger et al. (2019).

Dada la complejidad y sensibilidad del caso, en conjunto con las características descritas de la paciente, una de las recomendaciones del supervisor se trató de recuperar una cuota de poder frente a tal situación. Para ello, sugirió notificar a la paciente que, si se considera por algún motivo estar frente a un escenario en el que la paciente pudiera llegar a cumplir con su amenaza, actuará con todas las herramientas que cuenta como profesional. Sobre esa sugerencia, el

terapeuta le interrumpe diciendo que la paciente ya se anticipó ante esa situación, manifestando que no avisará ni dará señales de cometer el acto, por lo que el supervisor le aconseja no explicitar específicamente el motivo por el cual el profesional actuará, es decir, la paciente tiene que tomar conocimiento de que el terapeuta guarda esa cuota de poder durante las sesiones. Esto se relaciona con lo mencionado por Hepworth (1993) para que el terapeuta maximice su propia maniobrabilidad y evite manipulaciones por parte del paciente.

En las entrevistas a las terapeutas se observó como la supervisión impactaba en la formación de los profesionales al percibirse con mejores herramientas que sin la supervisión. María señala que la supervisión le ofrece un sentimiento de empoderamiento, ya que refuerza las fortalezas. Sobre ello menciona que no solo ayuda con las dificultades, sino que también el supervisor señala las cosas positivas que una hace y que, en el ejercer de la profesión, no percibe. Verónica sostiene que la supervisión le facilita construir una visión nueva donde se siente capaz de aplicar las técnicas impartidas, menciona que al finalizar las supervisiones piensa en utilizar las técnicas que se trabajaron u observa cómo cambia su punto de vista sobre algunos aspectos de sus propios casos, ganando flexibilidad en la diversidad de los casos. Esta capacidad de fluir o de adaptación, que ganan los terapeutas gracias la supervisión, es enfatizada por Laso (2017) como una capacidad necesaria durante el proceso psicoterapéutico. Juana aporta desde el punto de vista de reflexión, como antes de realizar un encuentro de supervisión, tiene la sensación de estar fallando y, sin embargo, luego de exponer su caso en la reunión y recibir retroalimentación, piensa acerca de sus limitaciones, los puntos en los que puede mejorar y los aspectos en los que en realidad estaba bien encaminada. Esto se relaciona con lo dicho por Bernal Vélez et al. (2018) acerca de la relación que establece el terapeuta con el grupo y la reflexión sobre sus propias habilidades y limitaciones.

Del mismo modo, los terapeutas percibieron el impacto de la supervisión grupal sobre algunas competencias marcadas en el cuestionario online, relacionadas con el conocimiento y habilidades en el diagnóstico, diseño de estrategias de intervención y aplicación de técnicas tal como plantea Yáñez Galecio (2005). A su vez, señalaron competencias relacionadas con las habilidades interpersonales, el trabajo interdisciplinario, la inteligencia emocional y el manejo de conflictos. Esto se relaciona con las competencias necesarias en el perfil del psicólogo clínico mencionado por Castro Solano (2004).

## **6. Conclusiones**

El presente trabajo trata sobre la importancia del espacio de supervisión grupal para la formación del terapeuta y el afrontamiento de dificultades durante el proceso terapéutico. Para ello se indagó sobre las características y el funcionamiento del mismo, en una institución que

trabaja desde el enfoque estratégico de terapia sistémica. A partir de la práctica profesional, se pudo contemplar cómo se desarrolla y funciona el espacio, mediante la observación y entrevistas realizadas a los terapeutas, quienes ofrecieron su perspectiva respecto al impacto en su formación como profesionales.

En cuanto al primer objetivo, se pudieron describir las características y el funcionamiento de la supervisión grupal, así como apreciar la importancia y necesidad del espacio en la institución, como parte de la continua formación y capacitación del terapeuta. Sobre ello, se observó en la dinámica de ejecución de las reuniones, la obligatoriedad con la que se lleva a cabo semanalmente, inclusive en el contexto de aislamiento del país, donde se ajustaron a las condiciones mediante el uso de una plataforma online. Si bien el aspecto formativo de la supervisión se desarrolla durante toda la reunión, se destaca una sección especial dedicada exclusivamente para ello, donde se reproducen casos en cámara Gesell o videos magistrales, que resultan fundamentales para que los terapeutas se mantengan a la vanguardia con respecto a las técnicas o modos de intervención del enfoque estratégico de terapia sistémica. Una de las herramientas principales utilizadas en las reuniones de supervisión, es el registro de sesión, el cual permite organizar la información del caso y presentar los datos de manera más objetiva. Del mismo modo, otra de las características del espacio, se refiere al formato grupal, el cual complejiza la situación de supervisión, ya que se reciben distintos puntos de vistas sobre los casos supervisados y los terapeutas se enriquecen con los aportes realizados. A su vez, esta característica permite que el terapeuta se sienta contenido y apoyado emocionalmente por el grupo, lo que beneficia la formación de relaciones interpersonales, en una profesión que denota ser individual y solitaria.

En relación al segundo objetivo, se pudo contemplar la relevancia que tiene para los terapeutas la supervisión grupal, con respecto a la resolución de dificultades durante las distintas etapas del proceso terapéutico. Las dificultades que se pudieron describir, se relacionan con el llenado del registro de sesión, durante el establecimiento del circuito de interacción problemático y frente a los estancamientos del caso. A su vez, se encontraron ciertas dudas y creencias, donde los terapeutas mismos ponían su labor en cuestión, por ejemplo, dudas sobre la conveniencia, en beneficio del paciente, de realizar o no una interconsulta con otra disciplina. Del mismo modo, dificultades sobre su estilo de abordaje en los casos y creencias disfuncionales sobre su labor en un caso estancado. En todos los conflictos anteriormente mencionados, se pudo percibir que la supervisión grupal tuvo un papel crucial para el afrontamiento de los mismos. Para ello, se destaca la retroalimentación, la reflexión y el juego de roles como los medios más utilizados para la resolución de dificultades y de mayor relevancia para los terapeutas.

Con respecto al tercer objetivo, se pudo analizar con los datos obtenidos de los terapeutas, el impacto que la supervisión genera en el reconocimiento de sus recursos y formación de sus competencias, generando un estilo terapéutico propio y dinámico, de acuerdo a las características personales del terapeuta y el contexto institucional bajo el cual se está formando. El espacio de supervisión, según los terapeutas entrevistados, les recuerda los recursos con los que cuentan como profesionales, los cuales se validan en el grupo. A su vez, amplía la gama de técnicas que poseen, ganan experiencia sobre diversidad y formas de abordaje de los casos y perfeccionan sus competencias necesarias del psicólogo clínico. Cabe destacar los procesos de autorreferencia y hetero-referencia (Roa, 2014) que se desarrollan en la supervisión, donde el terapeuta se observa a sí mismo y observa a los demás miembros del grupo, para reflexionar y aprender sobre lo observado. Por último, se observó que la supervisión posee relevancia en los ajustes que realiza el terapeuta para mantener su capacidad de maniobra durante el proceso terapéutico (Fisch et al., 1984). Todo ello brinda una mayor comprensión de la propia práctica profesional y mejora los estándares de cuidado del paciente.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, se pueden señalar cuestiones metodológicas, debido a que la investigación se ha llevado a cabo en cierto momento histórico de pandemia global. Debido a ello, la pasante se encuentra implicada en el contexto de aislamiento, que provoca la imposibilidad de realizar observación directa sobre la supervisión grupal de la institución. En consecuencia, se tuvo que acceder a la misma mediante una plataforma virtual, lo cual recorta el rango de observación de los vínculos interpersonales de un grupo. De igual modo, el número de terapeutas a los que se podían acceder para las entrevistas se vio reducido debido a que los terapeutas preseleccionados se vieron con horarios ocupados ante el contexto mencionado. En relación, una limitación fue realizar la entrevista por medio de un cuestionario enviado vía online, debido a la poca disponibilidad horaria a causa del contexto de la pandemia que imposibilitó realizar entrevistas mediante videollamadas. Por lo tanto, las respuestas a los interrogantes realizados, por más que fueran elaboradas como preguntas abiertas, recibieron respuestas acotadas en comparación a la información que se hubiera obtenido a partir de entrevistas semidirigidas.

En relación a lo observado y analizado por la pasante sobre la supervisión en la institución, se pudo observar que el espacio resulta valioso para la formación de los terapeutas, ya que permite el reconocimiento de recursos, desarrollo de competencias y resolución de dificultades en un área clínico-formativa (Hernández Córdoba, 2007). Sin embargo, se puede observar sobre la forma de trabajo, que el formato grupal no permite que todos los miembros del grupo accedan a la supervisión de su caso. Ello se evidenció, durante la observación de la supervisión, cuando no pudieron supervisarse todos los casos que habían sido planeados para esa reunión.

Además, si el tiempo no resulta ser suficiente por falta de organización o requerimientos de determinados casos, algunos miembros pueden encontrar durante una reunión en particular que el tiempo se ha agotado antes de que puedan obtener los comentarios necesarios. En este sentido, una sugerencia podría ser considerar la cantidad de miembros por cada reunión de supervisión. Para ello, se pueden realizar más grupos de supervisiones con menos cantidad de miembros cada uno, para poder ocuparse de todos los casos y enriquecer la supervisión de los terapeutas. A su vez, podría considerarse optimizar el tiempo destinado al espacio de supervisión mediante estrategias de planificación para poder cumplir con un esquema específico de trabajo donde se recaben datos previos, se indague sobre el sistema paciente, se explore el sistema terapéutico y se planifique el trabajo terapéutico, con las subsecuentes intervenciones y prescripciones (Ceberio & Linares, 2005).

En esta misma línea, otra sugerencia para aumentar el aspecto formativo de la supervisión podría ser, por ejemplo, que así como se encuentran sistematizados los datos del registro de sesión, se sistematicen también las devoluciones del supervisor sobre los casos supervisados, a modo de ofrecer un seguimiento detallado sobre las observaciones que se llevaron a cabo durante la reunión, principalmente de la devolución del supervisor quien ofrece un marco resumido de las sugerencias o consejos obtenidos a través del intercambio entre los miembros, facilitando la formación de las habilidades de los terapeutas (Falender, 2014). De igual manera, se puede obtener evidencia del recorrido realizado y si las estrategias, y consiguientes intervenciones sugeridas en las supervisiones, resultaron de ayuda para el terapeuta.

A partir del análisis del trabajo, se puede afirmar que la supervisión tiene una naturaleza colaborativa y educativa, ya que se observa el aprendizaje y el entrenamiento que los terapeutas reciben en ese espacio (Bastidas Bilbao & Vélez, 2016). Una pregunta que surge de este análisis de la supervisión en la institución es si se podría implementar este espacio, por ejemplo, en las universidades públicas y privadas como parte de la formación de grado de los psicólogos. De esta manera, los alumnos próximos a graduarse pueden poner en práctica los conocimientos académicos obtenidos. Si bien existen universidades que cuentan con estas áreas de aprendizaje, en el país no es obligatorio el despliegue de los mismos. Con respecto a la pregunta que surgió, habría que indagar cómo establecer una estructura organizativa que controle rigurosamente supervisados en formación para proteger la salud mental de los pacientes. Sin embargo, se considera necesaria esta práctica profesional para que los alumnos combinen teoría, técnica y práctica recursiva en su formación (Ceberio et al., 2000) y, en consecuencia, realicen intervenciones más eficientes.

Para el desarrollo de nuevas líneas de estudio, a criterio de esta pasante, se puede investigar acerca del efecto de la supervisión en el tratamiento de los pacientes, en relación a aquellos

casos que no recibieron supervisión. Esta investigación permitiría conocer la diferencia de eficacia de ambos tratamientos, según la percepción de los terapeutas, en cuanto a las estrategias utilizadas y el desarrollo del tratamiento. En consecuencia, este trabajo sugeriría la necesidad de la supervisión para lograr la mayor eficiencia posible del tratamiento.

## 7. Referencias bibliográficas

- Acevedo Sierra, L., & Vidal López, E. H. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *Medisan*, 23(1), 131-145.
- Acuña Bermúdez, E. A. (2017). La psicoterapia: un momento oportuno para los psicólogos clínicos. *Psicología desde el caribe*, 34(3), 230-241.
- Amador Soriano, K., Velázquez Albo, M. A., & Alarcón Pérez, L. M. (2018). Las competencias profesionales del psicólogo desde una perspectiva integral. *Revista de Educación y desarrollo*, 45, 5-14.
- Areas, M., Roussos, A., Hirsch, H., Hirsch, P., Becerra, P., & Gómez Penedo, J. M. (2018). Evaluation of a practice-oriented research device for the development of a feedback system in psychotherapy. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 229-249. doi: 10.24205/03276716.2018.1064
- Bastidas Bilbao, H., & Velásquez, A. M. (2016). Modelo lógico de la supervisión como actividad educativa para la formación en psicología clínica: concepciones de supervisores clínicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(2), 293-314. doi: 10.12804/apl34.2.2016.06
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia la ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Bengoá González, J. (2018). Epistemología sistémica, una comprensión en la solución de los problemas en el contexto educativo. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*, 8(16), 11-17.
- Bernal Vélez, I., Estrada Arango, P., & Zapata Cadavid, B. (2018). Reflexiones derivadas de la experiencia de supervisión en terapia familiar sistémica. *Sistemas familiares y otros sistemas humanos*, 34(1), 46-64.
- Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2019). *Fundamentals of clinical supervision*. Nueva York, NY: Pearson.
- Bertalanffy, L. Von. (1976). *Teoría general de los sistemas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Borders, L. D., Glosoff, H. L., Welfare, L. E., Hays, D. G., DeKruyf, L., Fernando, D. M., & Page, B. (2014). Best practices in clinical supervision: Evolution of a counseling specialty. *The Clinical Supervisor*, 33(1), 26-44. doi: 10.1080/07325223.2014.905225
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). *Como equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo M.R.I.* Rosario: Centro de Publicaciones Universidad Nacional del Litoral.
- Castro Solano, A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Interdisciplinaria*, 21(2), 117-152.

- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *Journal of family therapy*, *41*, 153-213. doi: 10.1111/1467-6427.12226
- Cazabat, E. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec & J. Rabinovich (Ed.), *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 15-20). Buenos Aires: Dunken.
- Ceberio, M., Moreno, J., & Des Champs, C. (2000). La formación y estilo del terapeuta. *Perspectivas sistémicas*, *60*, 1-16.
- Ceberio, M. R., & Linares, J. L. (2005). *Supervisión en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Charria Ortiz, V. H., Sarsosa Prowesk, K., & Arenas Ortiz, F. (2011). Construcción y validación de contenido de un diccionario de las competencias genéricas del psicólogo: académicas, profesionales y laborales. *Interdisciplinaria*, *28*(2), 299-322.
- Chazenbalk, L., Mammi, M., Nachman, C., Parera, M., Reizes, M., & Arcuschin, O. (2003). La incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico. *Psicodebate*, *3*, 107-115. doi: 10.18682/pd.v3i0.505
- Cruz Fernández, J. P. (2009). Enfoque estratégico y formación de terapeutas. *Terapia Psicológica*, *27*(1), 129-142. doi: 10.4067/S0718-48082009000100013
- Darwiche, J., & Roten, Y. (2015). Couple and family treatments: Study quality and level of evidence. *Family Process*, *54*, 138-159. doi:10.1111/famp.12106
- Espiella Guerrero, R. (2008). Terapia de pareja: abordaje sistémico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *37*(1), 175-186.
- Falender, C. A. (2014). Clinical supervision in a competency-based era. *South African Journal of Psychology*, *44*(1), 6-17. doi: 10.1177/0081246313516260
- Fernández, A. M. (2014). *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández Álvarez, H. (2008). Supervisión en psicoterapia. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, *1*, 1-9.
- Fialkov, C. & Haddad, D. (2012). Appreciative clinical training. *Training and Education in Professional Psychology*, *64*(4), 204-210. doi: 10.1037/a0030832
- Fisch, R., Weakland, J.H., & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Editorial Herder.
- Garzón, D. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. *Diversitas: perspectivas en psicología*, *4*(1), 159-171. doi: 10.15332/s1794-9998.2008.0001.13

- Gómez Esteban, R. (2019). La formación del psicoterapeuta grupal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 117-148. doi: 10.4321/S0211-57352019000200006
- Gros, B. (2001). De la cibernética clásica a la cibercultura: herramientas conceptuales desde donde mirar el mundo cambiante. *Teoría de la educación: educación y cultura en la sociedad de la información*, 2, 1-8.
- Haley, J. (1990). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Haley, J. (1996). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hepworth, D. (1993). Managing manipulative behavior in the helping relationship. *Social Work*, 38(6), 674-681.
- Hernández Córdoba, A. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3(2), 227-238. doi: 10.15332/s1794-9998.2007.0002.04
- Labiano, A. L., & Rodríguez Arias, J. L. (2018). Abordaje psicoterapéutico de las quejas psicosomáticas en salud mental infanto-juvenil. ¿Una adolescente sin problemas?. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones sociales*, 38, 129-136.
- Laso, E. (2017). Fluir con el diálogo: la técnica de la terapia y el arte marcial de la armonía. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones sociales*, 34, 93-106.
- Loubat, O. M. (2005). Supervisión en Psicoterapia: Una posición sustentada en la experiencia clínica. *Terapia Psicológica*, 23(2) 75-84.
- Marrelli, A. F., Tondora, J., & Hoge, M. A. (2005). Strategies for developing competency models. *The Annapolis Coalition on the Behavioral Health Workforce*, 32(5), 533-561. doi: 10.1007/s10488-005-3264-0
- Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio: Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Herder.
- Ögren, M. L., Boëthius, S. B., & Sundin, E. (2014). Challenges and possibilities in group supervision. En C. E., Watkins, & D. L., Milne (Eds), *The wiley international handbook of supervision* (pp. 648–69). Chichester: John Wiley & Sons.
- Pozo, I. (1996). *Aprendices y saberes*. Madrid: Alianza Editorial.
- Roa, A. M. B. (2014). Movilización de los aprendizajes de terapeutas en formación que surgen de las conversaciones reflexivas a partir de la emergencia del observador en el contexto de supervisión. *Quaestiones Disputatae*, 7(14), 67-80.

- Rodolfa, E., Greenberg, S., Hunsley, J., Smith-Zoeller, M., Cox, D., Sammons, M., Caro, C., & Spivak, H. (2013). A competency model for the practice of psychology. *Training and Education in Professional Psychology, 7*(2), 71-83. doi: 10.1037/a0032415.
- Ruesch, J., & G. Bateson, G. (1951). *Communication: The social matrix of psychiatry*. Nueva York, NY: Norton.
- Ruiz, J., Bados, A., Fusté, A., García Grau, E., Saldaña, C., & Lluch, T. (2017). Aprendizaje experiencial de habilidades terapéuticas y análisis de su utilidad en función de la personalidad. *Behavioral Psychology, 24*(3), 405-422.
- Sánchez Rengifo, L. M. (2014). Auto- y heterorreferencia: intervención, supervisión. *Revista Trabajo Social, 16*, 127-141.
- Schlanger, K., Sánchez, A.P, Díaz Arnal, G., & Viorreta, R. T. (2019). MRI/Problem-solving brief therapy: The evolution of the model as illustrated in the case of an adolescent girl that proves difficult for the therapist. *Journal of systemic therapies, 38*(2), 47-63. doi: 10.1521/jsyt.2019.38.2.47
- Shannon, C. E., & Weaver, W. (1964). *The mathematical theory of communication*. Illinois, IL: University of Illinois Press.
- Stratton, P (2016). *The Evidence Base of Family Therapy and Systemic Practice*. UK: Association for Family Therapy.
- Szapocznik, J., Schwartz, S. J., Muir, J. A., & Brown, C. H. (2012). Brief Strategic Family Therapy: An intervention to reduce adolescent risk behavior. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 1*(2), 134–145. doi:10.1037/a0029002
- Varela Fuentes, S. (2019). El estilo personal del psicoterapeuta. *Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales, 39*, 97-113.
- Varghese, M., Kirpekar, V., & Loganathan, S. (2020). Family interventions: Basic principles and techniques. *Indian Journal of Psychiatry, 62*(8), 192-200. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\_770\_19
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE ediciones.
- Watkins, C. E., Jr. (2013). What matters in psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy, 17*(2), 63-73.
- Watzlawick, P., Bavelas, J., & Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Wiener, N. (1958). *Cibernética y sociedad*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Yáñez-Galecio, J. (2005). Competencias profesionales del psicólogo clínico: Un análisis preliminar. *Terapia Psicológica, 23*(2), 85-93.