

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Reformulaciones en espacios supervisados en Cámara Gesell

Alumna: Sabrina Fernandez

Tutor: Gregorio Traverso

Buenos Aires, 5 de julio de 2021

Índice

1.Introducción	3
2.Objetivo general	4
2.1 Objetivos Específicos.....	4
3. Marco Teórico	4
3.1 Terapia Sistémica.....	4
3.1.1 Teoría de la comunicación	8
3.1.1.1 Axiomas de la comunicación	9
3.1.2 Enfoques de la terapia sistémica	11
3.1.3 Terapia Estratégica y Breve	13
3.1.3.1 Técnicas de la terapia	17
3.1.3.2 Reformulación.....	18
3.2 Cámara Gesell.....	20
3.3 Terapia Online	21
3.3.1 Cámara Gesell Online	23
3.4 Supervisión	25
3.4.1 Supervisión en cámara Gesell	26
4.Metodología	27
4.1 Tipo de estudio.....	27
4.2 Participantes.....	28
4.3 Instrumentos.....	29
4.4 Procedimiento	30
5.Desarrollo	31
5.1 Funcionamiento de los espacios de supervisión en Cámara Gesell en una institución sistémica.....	31
5.2 Dinámica de la comunicación en espacios de supervisión y reformulaciones de los casos generadas entre terapeutas supervisados en Cámara Gesell en una institución sistémica.....	36
5.3 Aporte de los espacios de supervisión en Cámara Gesell a los terapeutas supervisados en una institución sistémica.....	42
6.Conclusiones	45
6.1 Síntesis	45
6.2 Limitaciones.....	47
6.3 Perspectiva crítica, aporte personal y nuevas líneas de investigación	47
7.Bibliografía	50

1.Introducción

La presente investigación se realizó en una institución sistémica con un enfoque estratégico breve. La misma tiene diez años de antigüedad y se encuentra localizada en Capital Federal, Buenos Aires. Esta institución realiza atención a pacientes desde la clínica desde ese enfoque sistémico, pero además ofrece una formación a terapeutas mediante un Programa de Iniciación Profesional. En la institución se trabaja con un dispositivo de Cámara Gesell Online en el que las sesiones se realizan en vivo, pudiendo realizarse las mismas a distancia. Dicha institución cuenta con un amplio equipo de profesionales, los cuales tienen disponibles espacios de supervisión dentro de la institución.

Desde el marco de una práctica profesional de una universidad, se asistió a la institución con una frecuencia de 14 horas semanales, y constando de 285 horas totales.

Las mismas fueron distribuidas en clases teóricas para un mayor conocimiento sobre el modelo sistémico, y sesiones en vivo, asistiendo a las mismas de forma virtual debido al contexto actual de pandemia por COVID-19.

Mediante la observación de sesiones en vivo a través del dispositivo de Cámara Gesell Online, se analizaron los espacios supervisados generados previo, durante y posterior a la sesión, entre el equipo de terapeutas con su supervisora a cargo. Se observó la dinámica entre los terapeutas supervisados y el supervisor, y el aporte de ese espacio a los profesionales entre sí.

Se registraron importantes aportes de estos espacios de supervisión en Cámara Gesell Online en los terapeutas y en los casos vistos. En los mismos se postulan distintas reformulaciones o co- construcciones de los casos . Se destaca la importancia del trabajo en equipo en la psicología, como los aportes y los distintos puntos de vista de otros profesionales para ampliar la visión del terapeuta. También es positivo para los pacientes tener distintas perspectivas de varios profesionales sobre su problemática. El siguiente trabajo apunta a resaltar estos potenciales beneficios, en el área de psicología, para los terapeutas sistémicos, para los pacientes, como para las prácticas futuras de atención en Cámara Gesell Online.

2. Objetivo general

Analizar los espacios de supervisión en Cámara Gesell, la dinámica de la comunicación, las reformulaciones en los casos y su aporte a terapeutas supervisados en una institución sistémica

2.1 Objetivos Específicos

1. Describir el funcionamiento de los espacios de supervisión en Cámara Gesell en una institución sistémica.
2. Analizar la dinámica de la comunicación en espacios de supervisión y las reformulaciones de los casos generadas entre terapeutas supervisados en Cámara Gesell en una institución sistémica
3. Analizar el aporte de los espacios de supervisión en Cámara Gesell a los terapeutas supervisados en una institución sistémica.

3. Marco Teórico

3.1 Terapia Sistémica

El movimiento sistémico y sus investigaciones iniciales datan de 1950, en América (Hoffman, 1981). Este modelo posee una base teórica fundamentada por teorías previas como la teoría de los sistemas, la teoría de los tipos lógicos y la cibernética, entre otras (Juan, 2006).

La teoría general de los sistemas fue desarrollada por Bertalanffy en 1937. El autor definió a un sistema como un todo que está compuesto por elementos que interactúan entre sí. Dependiendo de cómo se relacionen esos elementos, eso va a determinar el comportamiento del sistema como tal. Esas interacciones entre los miembros o partes del sistema pueden generar características o propiedades que no necesariamente respondan a algún integrante en particular. Es decir, que no se encuentra el origen de algo en algún miembro, sino en las interacciones de ese sistema. Wainstein (2006) manifiesta que la corriente sistémica estudia ese todo para poder entender a las unidades que lo componen.

La teoría de los tipos lógicos, propuesta por Russell, parte de un conjunto de cosas que tienen algo en común entre ellas que las une. Cada integrante es denominado como miembro y la totalidad es determinada como clase. Uno de los principales supuestos indica que no es necesario que sea un sujeto en particular el que una a todos los integrantes

de una colección (Watzlawick, Weakland & Fish, 1974). Hay distintos niveles lógicos que tienen que estar diferenciados para evitar futuras confusiones, y para pasar de un nivel a otro mayor, debe ocurrir un cambio. La teoría de los tipos lógicos no se focaliza en lo que ocurre entre los miembros de una misma clase, sino que reflexiona sobre la relación entre los integrantes y las clases, y los aspectos cambiantes que llevan de un nivel a otro superior (Watzlawick et al., 1974).

De la teoría de la cibernética, cuyo concepto fue dado por Norbert Wiener, la sistémica toma varios conceptos, algunos de ellos son el de circularidad y el de feedback.

El de circularidad va en contraposición al de unidireccionalidad. Esta última implica una causa y un efecto, mientras que la circularidad propone que el efecto genera un efecto sobre la causa. Pensándolo desde la sistémica, las personas podrían sentirse inmersas en una circularidad dentro de la familia, dentro de la sociedad o de la cultura de la que forman parte. El otro término, el feedback, supone que todos los miembros de un sistema se encuentran en una interacción permanente. Todos reciben y generan conductas continuamente (Nardone & Watzlawick, 1999).

Partiendo de la conceptualización de la teoría de la cibernética y de los tipos lógicos, Watzlawick et al. (1974) desarrollan la teoría del cambio. En la misma distinguen dos tipos de cambio, el cambio 1 que se produce internamente en un sistema sin modificarlo, y el cambio de tipo 2 el cual ocurre por factores externos y sí implica un cambio de sistema. Estos tipos de cambios fueron desarrollados en la cibernética de Ashby, quien lo explicaba con el funcionamiento de una máquina. Ashby planteaba que podía ocurrir un cambio por algún factor interno dentro de una máquina y que eso determinaba su comportamiento, o podía ocurrir un cambio de transformación a transformación que implicaba un cambio directamente en el modo de comportamiento. Los tipos de cambio planteados por Watzlawick et al. (1974) tendrían una equivalencia con la clase de cambios propuesta por la cibernética. Respecto a la teoría de los tipos lógicos, los autores toman el cambio de un nivel lógico a otro nivel superior como un cambio que ellos definirían como cambio de tipo 2, en el que hay un cambio de sistema.

La terapia familiar tiene como precursor a Nathan Ackerman, en EE.UU, el cual incluyó a la familia en sus investigaciones. Ackerman manifiesta que hay una interacción constante y dinámica entre los aspectos biológicos de cada ser humano y el contexto social en el que se encuentran (Rivas, 2013).

En la terapia familiar se crearon y existen múltiples técnicas, pero lo central era poder observar la dinámica familiar y dirigir la atención hacia las relaciones entre los

miembros que componen cada familia. Los terapeutas entrevistaban a cada miembro para poder obtener más información sobre la persona sintomática. De esta manera, la organización familiar toma el foco central. Esto no significa que el terapeuta busque las causas de los problemas del paciente en su familia, sino que enfoca su atención en la interacción entre sus miembros. Uno de los principales referentes de la terapia familiar es Salvador Minuchin con su postura estructural (Rivas, 2013).

Salvador Minuchin (1974) manifiesta que la terapia de familia supone al hombre como activo y reactivo, y que no está aislado. Su experiencia real depende tanto de factores internos como externos. Este tipo de terapia debe observar las interacciones de un miembro con su contexto. Así, el terapeuta al tener un foco más amplio podrá establecer una teoría interaccional para poder explicar el suceso. El autor describe la existencia de tres axiomas iniciales en este tipo de terapia. El primero implica que el individuo es parte de un sistema e influye y es influido por su contexto teniendo que adaptarse a él. El segundo axioma supone que modificaciones en la estructura familiar generan cambios conductuales en cada miembro de la misma. El tercer axioma plantea que el terapeuta influye en la conducta de esa estructura y sus miembros. El terapeuta apunta a buscar un cambio en la organización de esa estructura familiar para que la experiencia de cada miembro cambie también. La terapia estructural de familia apunta a modificar el presente, poniendo el foco allí y no en el pasado (Minuchin, 1974).

Las principales investigaciones en sistemática dentro de un marco terapéutico fueron impulsadas por la Escuela de Palo Alto, en California, integrada por Bateson, Don Jackson, Weakland, Haley y Fry (Juan, 2006).

Bateson, que fue uno de los integrantes y fundadores del grupo de Palo Alto, desarrolló la teoría del doble vínculo y realizó investigaciones sobre la paradoja comunicacional, trabajando con familias de personas que tenían esquizofrenia (Juan 2006). En cuanto a la teoría del doble vínculo, el grupo de Palo Alto describe unas características generales. Manifiestan que hay un miembro que representa indefensión, como, por ejemplo, un niño, que necesita responder a los mensajes. Hay otro participante que realiza dos mensajes contradictorios, que puede ser uno verbal que represente cosas positivas y otro no verbal que sea negativo. Es entonces, cuando el que tiene que recibir el mensaje es incapaz de determinar cuál es importante, y puede llegar a responder solo a uno. Es así como la persona puede quedar encerrado en este doble vínculo, pudiendo anular el valor simbólico, y respondiendo literalmente a lo que se le dice (Wainstein, 2006).

Don Jackson, referente que formaba parte de este grupo de Palo Alto, luego creó el Instituto de Investigaciones Mentales (MRI) (Juan, 2006). En sus inicios el MRI estaba formado por Don Jackson, Virginia Satir y Jules Riskin, y el eje principal de este instituto era la observación de las interacciones familiares y la salud de cada miembro. Cuando se desintegra el grupo de Bateson, Haley y Weakland se suman al MRI, y luego es Paul Watzlawick quien se incorpora en los 60. Más adelante, Virginia Satir deja de formar parte del MRI, pero se suma como nuevo integrante Richard Fisch. El MRI, bajo la propuesta de Weakland, proponía una metodología que implicaba la observación naturalista, de la cual identificaba ciertos patrones de conducta. Una de las herramientas utilizadas era el espejo unidireccional, el cual facilitaba dicha observación (Martínez, 2013).

El modelo sistémico piensa al individuo como parte de un sistema donde se relaciona con otros miembros. Este modelo toma como unidad principal de diagnóstico al sistema, que puede estar formado por dos o más personas. Desde esta perspectiva sistémica, un cambio en uno de los miembros podría afectar a los demás, y si hubiese que mencionar una patología, se pensaría en una patología de la relación. La función que cumple el síntoma es la de mantener el equilibrio del sistema (Juan, 2006). La terapia sistémica, basándose en las teorías expuestas previamente e investigaciones propias, piensa al síntoma como una expresión de las interacciones y conductas que surgen en un contexto específico en el que se está expresando (Nardone & Watzlawick, 1999).

El modelo sistémico destaca la importancia de no señalar a un integrante, ni etiquetarlo, sino comprender que este último forma parte de un sistema y que no es responsabilidad absoluta de él, sino que la disfuncionalidad deriva de diversos factores como, por ejemplo, soluciones intentadas fallidas, conductas repetitivas, e interacciones disruptivas (Nardone & Watzlawick, 1999).

La intención de la terapia sistémica es situar los problemas y sus soluciones factibles en el aquí y ahora, en tiempo presente (Vega, 1993). Se apunta a poder explicar cómo las relaciones impactan en el problema del paciente, para poder indicar las variables relacionales posibles (Rivas, 2013). El objetivo de la terapia sistémica es generar cambios en la conducta y en las interacciones con otros a través de intervenciones de aspecto comunicacional (Wainstein, 2006).

Para la sistémica la conducta y la comunicación son ejes centrales, y la terapia apuntaría a la intervención activa sobre el sistema para modificar comunicaciones afectadas (Juan, 2006).

Wainstein (2006) plantea que la conducta es considerada por el modelo sistémico como un acto que se genera en las relaciones interpersonales. Las interacciones de un sistema generan ciertas propiedades, y estas mismas pueden colaborar en la comprensión de los patrones de comportamiento que se establecen en ese sistema. Las interacciones que se generan entre los individuos se encuentran limitadas o determinadas por el contexto en el que suceden. Toda conducta es comunicación y esto genera automáticamente una influencia.

3.1.1 Teoría de la comunicación

Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) afirman que no existe la no- conducta. Por lo tanto, no es posible no comportarse. Asumiendo que la conducta cobra valor de mensaje, esto la convierte en comunicación, y entonces se infiere que es imposible no comunicar. Cualquier inactividad o silencio tienen la misma carga significativa que la actividad o la palabra, ya que transmiten e influyen de la misma manera en los otros.

Desde una perspectiva sistémica, Watzlawick, junto con Beavin y Jackson desarrollan la Teoría de la Comunicación Humana, publicada en 1967. En este trabajo los autores describen conceptos teóricos sobre la pragmática de la comunicación, establecen axiomas comunicacionales, y desarrollan la comunicación patológica. Esta teoría de la comunicación humana establece las bases teóricas fundamentales para posteriores investigaciones comunicacionales desde la interacción sistémica (García, 2011).

Watzlawick et al. (1967) definen que la interacción humana es un sistema de comunicación que obedece a las pautas determinadas en los sistemas generales. Algunas de ellas son: la retroalimentación, el tiempo y su variabilidad, la equifinalidad, la totalidad, y las relaciones generadas en un sistema- subsistema. La interacción y sus sistemas son centrales para poder analizar el impacto que tienen en la pragmática comunicacional. Los autores también destacan que un sistema está limitado por las reglas que lo componen.

En el desarrollo de su teoría, Watzlawick, Beavin y Jackson mencionan tres principios importantes como antecedentes a la hora de describir la comunicación: la causalidad circular, la totalidad, y la regulación (García, 2011). Los autores describen a la causalidad circular como un círculo en el que no se puede identificar un comienzo, ni un final. En las interacciones, una persona influye en otra, manifestando que sólo está reaccionando al comportamiento del otro, pero no registra que esa reacción que produce

está generando esa influencia. No puede determinarse el origen, no hay causa y efecto, es un círculo en el cual no puede definirse cuál acción precede a cuál (Watzlawick et al., 1967). El otro principio que describen es el de la totalidad, manifestando que un sistema está formado por distintos elementos, pero funciona como un todo. Sus partes están interrelacionadas, y una modificación en una genera un cambio en las otras y, así, en el sistema completo. Otro de los principios que mencionan es el de la regulación, donde realizan una analogía con un termostato para la comprensión del desequilibrio que genera una regulación distinta a la que estaba establecida, produciendo un quiebre en ese equilibrio previo. Podría deducirse, entonces, que los cambios inevitables que puedan ocurrir en los miembros de un sistema van a generar un cambio en la regulación del mismo de forma gradual (Watzlawick et al., 1967).

Desde una perspectiva sistémica, la comunicación en el proceso terapéutico entre el terapeuta y el paciente, o entre los miembros del sistema familiar que consultara, fue foco de estudios e investigaciones. Esta comunicación es común entre las personas, pero también tiene su complejidad en su aspecto relacional. Por eso, se vuelve un punto importante a trabajar durante el proceso terapéutico. La terapia sistémica prioriza las interacciones en las relaciones y la dinámica generada entre los miembros de un sistema (Bustamante, 2016).

3.1.1.1 Axiomas de la comunicación

Watzlawick et al. (1967) establecen en su teoría de la comunicación una serie de axiomas. Los autores, en principio, definen como mensaje a cualquier tipo de elemento comunicacional; y a una sucesión de mensajes que se generen entre los individuos como interacción. Tal lo mencionado previamente sobre la imposibilidad de comportarse, toda conducta que se encuentre dentro de un marco de interacción cobra valor de mensaje, por ende, es de por sí una comunicación. El primer axioma indica que es imposible no comunicar. Con intención o sin intención, en actividad o inactividad, en silencio o con palabras, todo tiene un valor de mensaje, porque genera una influencia sobre los otros, quienes tampoco pueden evitar responder a esos mensajes. Es decir, que los que reciben esa comunicación también comunican, aunque no fuese de manera intencional (Watzlawick et al., 1967).

Los autores destacan como segundo axioma a los niveles de contenido y las relaciones de la comunicación. Toda comunicación tiene un compromiso, por ende, no

solo se trata de transmitir información, sino de imponer determinadas conductas. Bateson definió dos tipos de aspectos: el relacional y el conativo. El relacional es aquella información que transmite o contiene un mensaje, también llamado contenido. El aspecto conativo indica el tipo de mensaje que es y la relación existente entre las personas que se están comunicando. El relacional transmite ese contenido o información de la comunicación, y el conativo sugiere cómo debe asimilarse esa comunicación. El relacional califica al de contenido (Watzlawick et al., 1967).

Watzlawick et al. (1967) describen como tercer axioma a la puntuación de la secuencia de los hechos, en relación a la interacción entre los participantes de la comunicación. La puntuación es aquella que organiza los hechos del comportamiento; por eso resulta fundamental para las interacciones. En algunas ocasiones, el desacuerdo sobre la forma de puntuar la secuencia de los hechos origina diversas problemáticas relacionales. Es así como la relación entre dos individuos depende de la puntuación de las secuencias en la comunicación.

El cuarto axioma presentado por los autores es el de la comunicación digital y analógica. En relación con uno de los axiomas mencionados, podría decirse que el contenido se brinda de manera digital, y lo relacional de forma analógica (Watzlawick et al., 1967). La comunicación analógica abarcaría todo aquello que no sea verbal. En general, se lo asocia sólo a los movimientos conductuales físicos, pero deberían incluirse otros aspectos como la expresión del rostro, los gestos, la voz, el ritmo, la postura, y la secuencia, entre otras que no sean verbales. La digital está asociada a la palabra, a lo verbal. Las palabras son arbitrarias que se basan en la sintaxis del lenguaje. Las personas se comunican de ambas formas, tanto digital como analógicamente. La diferencia es que lo digital tiene una sintaxis compleja, pero le falta semántica, y la analógica tiene semántica, pero le falta una sintaxis correcta (Watzlawick et al., 1967).

Watzlawick et al. (1967) definen como quinto axioma a la interacción simétrica y complementaria, que hacen referencia a las relaciones que se basan en la igualdad o en la diferencia. En la primera, las personas se inclinan a igualar particularmente su comportamiento recíproco, y su interacción puede definirse como simétrica. Esa igualdad puede darse desde distintos polos, ya sea, desde debilidad o fuerza, o maldad y bondad. En la complementaria, la conducta comunicativa de un individuo complementa la del otro. Es decir que la relación basada en la interacción simétrica tiene a la igualdad como característica, mientras que la complementaria está caracterizada por la diferencia. En la interacción complementaria puede haber dos posturas diferentes, donde una persona tiene

una posición superior y el otro una inferior. Esta diferenciación puede deberse a factores del contexto en el que se encuentran. El tipo de relación va a depender de si están fundamentadas en la igualdad o la diferencia (Watzlawick et al., 1967).

Las comunicaciones tienen sentido dentro de un marco de relaciones y cumplen una función en esa relación. Uno de los conceptos destacados en la teoría de la comunicación es el de la comunicación paradójica, en el que un mensaje puede tener otro al mismo tiempo, generando conflictividad. Podría darse un tipo de mensaje de forma verbal y, por otro lado, uno no verbal o analógico (Rivas, 2013).

3.1.2 Enfoques de la terapia sistémica

Dentro de la terapia sistémica, Rivas (2013) realiza una clasificación de los enfoques de la terapia sistémica: el estructural, el estratégico, el interaccional, el existencial, el multigeneracional, el de Milán y el de la Narrativa.

El modelo estructural tiene como objetivo modificar la estructura familiar. Algunos de sus referentes son Minuchin, Montalvo, Rosman, Shumer y Guerney. Este enfoque tiene presente las etapas del ciclo vital de la familia, las jerarquías de los miembros, sus funciones, su momento evolutivo, sus roles y posibles desequilibrios, y los límites a los que responden. Desde este modelo se realizaron investigaciones acerca de la influencia familiar sobre el sostenimiento de lo sintomático. Algunas de las técnicas utilizadas fueron las intervenciones paradójicas, la fijación de límites, y la focalización, entre otras (Rivas, 2013).

El modelo estratégico destaca la necesidad de una postura activa del terapeuta, en la que este asuma la tarea de elaborar una estrategia para la problemática presentada por los pacientes. Esa estrategia tiene que ser adecuada, flexible y creativa. Los representantes más característicos de este modelo son Jay Haley y Cloe Madanes, aunque también recibe una gran influencia de Milton Erickson (Rivas, 2013). Haley manifiesta que el terapeuta debe crear intervenciones para cada problema en específico. Este enfoque fue representado también por Weakland, Watzlawick y Fisch, quienes, a diferencia de Minuchin, que va desde lo más amplio hacia lo más específico, comienzan trabajando con lo más específico (Hoffman, 1981). Este enfoque estratégico al ser central en el presente trabajo se desarrollará más adelante detalladamente.

Otro de los modelos de la sistémica que distingue Rivas (2013) es el interaccional, el cual aspira a realizar intervenciones sobre las reacciones que los pacientes generan para resolver su sintomatología o problemática, y que resultan disfuncionales. Estos intentos de solución y su reiterada insistencia en los mismos podrían ser el problema central del paciente. Este modelo es desarrollado por el MRI, y sus integrantes son Watzlawick, Weakland, Fish y Segal. Dentro de este modelo se desarrolló la teoría del cambio. Watzlawick et al. (1974) desde su enfoque estratégico, identifican dos tipos de cambio en un sistema.: cambio 1 y cambio 2, explicados previamente en el presente trabajo. Los autores manifiestan que la tendencia de las personas a fallar en sus soluciones intentadas genera que persista el problema. Lo que promueve realmente al cambio es poder desviarse de la norma (Watzlawick et al., 1974). Algunas técnicas que utiliza este enfoque son: las prescripciones - indicando al paciente que haga lo que estuvo evitando hacer - las metáforas y las reestructuraciones (Rivas, 2013). Las mismas se desarrollarán posteriormente en el presente trabajo.

El modelo existencial se centra en la expansión y el crecimiento personal del paciente. Para lograr un cambio, se focaliza en la experiencia del aquí y ahora entre el paciente y el terapeuta. Los referentes más característicos son Virginia Satir, del grupo de Palo Alto, y Carl Whitaker, profesor de la Universidad de Wisconsin (Rivas, 2013).

El otro modelo es el multigeneracional, el cual busca enlazar conceptos más recientes de los sistemas con otros más tradicionales. Se apunta a una reestructuración del paciente durante el proceso terapéutico, explorando el pasado, la interpretación, la comunicación y su contenido, y la transferencia. Este modelo resalta que a través de las distintas generaciones familiares se transmiten ciertos patrones conductuales patológicos, que definen el funcionamiento de esa familia. Algunos de sus referentes son Ivan Boszormenyi -Nagy, profesor de la Universidad de Hahnemann en Filadelfia, y Murray Bowen (Rivas, 2013).

El enfoque del grupo de Milán, por su parte, realizó grandes aportes a la sistémica. Desarrolló su trabajo con familias de psicóticos. Este modelo puso el foco en las relaciones familiares, las creencias y cómo influyen en el juego familiar. Investigaron sobre los momentos en los que este juego pasaba a ser patológico, en el que se vuelven difusos los roles y las funciones de sus miembros. Se consideraba que el terapeuta no debía ser directivo en relación a la búsqueda del cambio, sino que debía flexibilizar el sistema familiar y sus creencias, para que sus miembros hallen el cambio solos. Este cambio implicaba una sustitución del juego familiar disfuncional por otro menos

nocivo. Además, modificando las creencias podrían cambiar las conductas y así, las reglas del funcionamiento familiar. Este modelo tiene referentes como Mara Selvini Palazzoli, investigadora y terapeuta, Guiliana Prata, Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo, quienes integraban el Centro Milanese di Terapia Famiglia. Algunas de las técnicas más utilizadas por este enfoque son la connotación positiva, la redefinición, las prescripciones y la entrevista circular (Rivas, 2013).

El narrativo es otro de los modelos que identifica Rivas (2013). Este enfoque está basado en el construccionismo social, el cual postula que dependiendo de cómo las personas relatan su historia y su vida, van a determinarse sus limitaciones para crear nuevas maneras de posicionarse ante ella. El objetivo de este modelo es proponer perspectivas múltiples, y que las narrativas textuales sirvan para poder entenderse como parte de un proceso que está en curso, y no para interpretarlas. En este modelo se reconocen referentes como Carlos Sluzki, Atkinson, Tom Andersen, Lynn Hoffman, Michael White, Kenneth Gergen, entre otros.

3.1.3 Terapia Estratégica y Breve

Jay Haley fundó con su esposa, Cloe Madanes, la Escuela Estratégica. Esta escuela tiene sus antecedentes en el grupo de Palo Alto y en el MRI, y tuvo su gran influencia de las ideas de Milton Erickson (Tercero, 1994).

Haley (1973) describe a Milton Erickson como un gran referente de este tipo de terapia estratégica, y destaca su trabajo con la hipnosis. Formarse en hipnosis brinda herramientas como poder observar mejor a las personas, motivarlas, e influir en ellas verbalmente. Además, ayuda a dirigir las para darles autonomía. El hipnólogo apunta a que la persona siga directiva pero que también sea autónoma.

Por eso, estos tipos de terapia siguen estos dos pasos, donde en un principio el terapeuta dirige a la persona para que haga determinadas cosas, y después espera de ella un cambio espontáneo. Algunas terapias resaltan más lo espontáneo, mientras que otras lo directivo (Haley, 1973).

En la terapia estratégica es el terapeuta quien debe tomar la iniciativa, en general, y diseñar algo específico para cada problema. En principio, el terapeuta estratégico debe poder reconocer problemas que sean solubles, luego establecer metas posibles, y utilizar estrategias para poder alcanzar esas metas establecidas. Finalmente

debe analizar las respuestas obtenidas para poder hacer correcciones en su enfoque en caso de ser necesario, y revisar los resultados de la terapia para determinar si efectivamente fue eficaz (Haley, 1973).

La terapia estratégica a la hora de analizar el problema piensa en la unidad y no en el grupo familiar completo (Hoffman, 1981). El enfoque de esta terapia se caracteriza por su pragmatismo (Martínez, 2013).

Este tipo de terapia abarca distintos estilos de terapia, donde la similitud está en la acción activa del terapeuta, que tiene la responsabilidad de su influencia directa en las personas. La terapia estratégica fue generando distintos enfoques con el tiempo, aunque siempre se sostenía que era el terapeuta quien debía planear (Haley, 1973). Una de las técnicas de los terapeutas estratégicos es reenmarcar un hecho de cierta manera, estableciendo que la persona pueda percibirlo de una forma distinta (Hoffman, 1981).

En la terapia estratégica, la actitud de los terapeutas es percibida como persuasiva. Algunos referentes de este enfoque, ante esto, manifiestan que la influencia en las interacciones aparece inevitablemente. Los terapeutas estratégicos utilizan técnicas como las paradojas, las redefiniciones de problemas e indicaciones de tareas, entre otras. En ocasiones, la actitud del terapeuta de este modelo podría percibirse como conductual y distante, pero es necesario haber podido generar una buena relación con el paciente, desde la empatía, para poder generar un cambio. Los terapeutas mantienen una relación simétrica con los pacientes, impulsando a cada uno a ser su propio generador de cambio. Ese cambio que se persigue no es necesariamente definitivo, sino que es funcional para la persona (Martínez, 2013).

En la terapia estratégica y breve pueden identificarse distintas concepciones. Steve De Shazer junto con colegas del Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Wisconsin, creó un modelo de terapia breve centrado en la solución. Su desarrollo tuvo la influencia de Erickson e ideas de Bateson. La concepción central de este modelo es que las personas tienen recursos para cambiar y que no todos los problemas son constantes. El objetivo de la terapia consiste en generar cambios rápidos sobre las conductas y las creencias de los pacientes. Uno de los recursos utilizados fue la idea de futuro para poder formar soluciones hipotéticas con los potenciales pacientes (Selekman, 2012).

Jackson, Watzlawick y Fish en el MRI, en Palo Alto, California, crearon modelos de terapia breve centrado en el problema. Al igual que el modelo de Shazer, centrado en la solución, también fueron influenciados por las ideas de Bateson y Erickson. La

concepción principal de este modelo es que son los miembros y sus interacciones los que mantienen el problema presente (Selekman, 2012).

La terapia breve se enfoca principalmente en los hechos observables, y considera que los problemas son generados y sostenidos (Cade & O' Hanlon, 1993). La persistencia de una actitud disfuncional ante las dificultades no significa que haya errores en la organización familiar o en cada miembro en sí, sino que las personas tienden a realizar actividades que mantienen los problemas sin intención alguna. A veces ocurre, que se encuentran atrapadas en actitudes recurrentes, aunque sepan que no son funcionales (Fisch, Weakland & Segal, 1984).

Fisch et al. (1984) definen su teoría como un mapa, el cual representa su enfoque, y cómo tratar cada problema que se les presente habitualmente a los terapeutas. Lo definen como una herramienta que dirige el camino del terapeuta desde el problema inicial hacia la solución exitosa. Pero este mapa es algo provisorio y hay que tomarlo en base a los resultados que dé. Los autores manifiestan que se utiliza de un modo orientativo.

Los terapeutas estratégicos breves buscan intervenir rápidamente. Exploran y analizan las conductas que facilitan la resolución de problemas (Cade & Hudson O' Hanlon, 1993).

Wainstein (2006) manifiesta que, para resolver un problema, existen instancias previas y una de ellas es la de la definición del mismo, teniendo en cuenta el contexto de la situación. Otra instancia es buscar establecer reglas; una de ellas podría ser realizar acciones para explorar cuál de ella se asemeja al objetivo y poder ir seleccionando las apropiadas. Evaluar sobre la resolución del problema implica poder analizar detenidamente sobre los métodos previos realizados para revisar cuáles fueron favorables y cuáles no (Wainstein, 2006).

Existen distintos niveles de solución de problemas. El más general implica aspectos de orientación al individuo y su entorno. Implica la capacidad de reconocimiento de los problemas, las atribuciones que se hagan sobre ellos, y consideraciones sobre el control que se tiene para poder resolver un problema. Otro nivel superior exige habilidades sociales, poder definir el conflicto y pensar una serie de alternativas posibles; poder decidir y evaluar las consecuencias luego. Un nivel más superior pacta que se pueda reconocer un conflicto, pensar en las posibles soluciones, y poder anticiparse a los posibles efectos (Wainstein, 2006).

Weakland planteaba un modelo de terapia breve de 10 sesiones, y que una gran parte de las terapias alcanzaban una mejora significativa a partir de siete sesiones (De Shazer, 1985). Las diez sesiones podían durar una hora cada una. El objetivo era enfocarse en el conflicto actual, utilizando técnicas de referentes como Milton Erickson, Jay Haley y Don Jackson, que estimulen el cambio. Para cada problema actual, se buscaba un cambio mínimo, en lugar de intentar reestructurar a toda la familia (Fisch et al., 1984).

Para el grupo de MRI, estos cambios mínimos dentro del sistema pueden generar una sucesión de modificaciones en el mismo. Estratégicamente, se seleccionan pequeños objetivos para disminuir una posible resistencia al cambio por parte de las personas que están en tratamiento (Nardone & Watzlawick, 1990).

La terapia es la que debe adaptarse al paciente y no viceversa. Esta adaptación debe ser específica en cada problema con sus respectivas características (Nardone, 1995).

En esta terapia, la estrategia del terapeuta en un principio consiste en distraer al paciente, para desviarlo de las soluciones intentadas previas, e ir orientándolo hacia otras actitudes o respuestas. Luego, el paciente experimenta un cambio, y puede reconocer que fue capaz de hacer algo distinto a lo que venía haciendo.

De esta manera, la terapia breve-estratégica primero apunta a modificar la realidad experimentada por la persona, y después de haberse generado el cambio se busca que la persona lo concientice. En comparación con otras terapias tradicionales, se cambia el orden de los objetivos. En general, se considera que el cambio es consecuencia de un proceso previo en donde la persona reflexiona gradualmente sobre sus problemas y las posibles causas que lo originan. Y en la terapia estratégica breve, primero ocurre el cambio y luego se realiza la reflexión (Nardone, 1995).

En la terapia se identifican distintas fases durante el proceso. Lo primero es el contacto inicial con el paciente y el comienzo de la relación terapéutica. Lo segundo sería poder definir cuál es el problema, y los síntomas que el paciente presenta. En tercer lugar, se aspira a definir y acordar objetivos terapéuticos. Luego poder indagar sobre el sistema del paciente, sus percepciones y los aspectos que mantienen ese problema que trae. Después se apunta a programar estrategias para un cambio. Y, por último, se realiza un análisis del tratamiento y sus resultados (Nardone & Watzlawick, 1990).

3.1.3.1 Técnicas de la terapia

La intervención de la terapia estratégica es generalmente breve, y el objetivo es resolver los problemas de los pacientes. Lo que se busca es reestructurar, modificando en los pacientes la forma de percibir la realidad y sus reacciones ante ella (Nardone & Watzlawick, 1990).

Dentro de las estrategias que aspiran a la solución de problemas, podrían distinguirse el accionar y la comunicación terapéutica, y, por otro lado, la prescripción de la conducta. En relación a la primera se distinguen algunas estrategias de tipo comunicacional como poder usar el lenguaje del paciente para poder influir en su comportamiento. Otra de las técnicas es la reestructuración, la cual implica volver a crear una percepción de la realidad en la persona, sin modificar el significado que tiene de las cosas. Se modifica el marco en el que una persona le dio un significado a las cosas y, al cambiarlo, se termina modificando la percepción de la persona sobre eso. Se le presenta un enfoque distinto al paciente para cambiar su percepción sobre algo (Nardone & Watzlawick, 1990). Otra técnica comunicacional es evitar utilizar las formas lingüísticas negativas, reemplazando una indicación negativa por una positiva. Es más eficaz reconocer positivamente a la persona, que criticar sus conductas, aunque sean disfuncionales. A través de este tipo de reconocimiento se pueden dar indicaciones que apunten a cambiar su conducta.

Nardone y Watzlawick (1990) hacen referencia, también, a otra técnica que es la del uso de la paradoja, incentivando al paciente a que haga voluntariamente un síntoma, que es involuntario, para que luego desaparezca. Es así como un síntoma al pasar a ser voluntario se despoja de su carácter sintomático. Por eso, cuando en la terapia aparecen cuestiones obsesivas o rígidas en el paciente en lugar de contradecirlas se las apoya e intensifica al extremo para que se anulen solas. Wainstein (2006) manifiesta que la paradoja produce un quiebre en la circularidad de las soluciones intentadas, poniendo en crisis la forma que tiene el paciente de percibir la realidad. Esta intervención paradójica puede definirse como una prescripción del síntoma.

El uso de la metáfora es otra de las técnicas, donde se le comunica algo al paciente a través de metáforas. En esta herramienta es fundamental, en ese mensaje, la identificación que el paciente crea con esa narración. En la terapia al buscar un cambio en la conducta de la persona son importantes aquellos relatos que tengan alguna similitud con el problema y la realidad del paciente (Nardone & Watzlawick, 1990).

En relación a las técnicas de prescripciones de la conducta, las cuales siguen su curso en el tiempo transcurrido entre las sesiones, Nardone y Watzlawick (1990) las describen como relevantes en la terapia de tipo estratégica. Las prescripciones pueden ser indirectas, directas o paradójicas. Las directas implican directivas precisas que buscan resolver el problema o lograr el cambio buscado. Se le indica explícitamente la tarea al paciente. Las indirectas buscan dar una indicación donde no esté clara o expuesta la verdadera intención de la misma. Se dirige la atención del paciente hacia otro problema, para disminuir la intensidad de la problemática actual presentada. La prescripción paradójica, mencionada previamente, es la que busca la acción voluntaria del síntoma, para que el mismo se termine anulando. Al igual que la indirecta, logra una disminución o evitación de la resistencia del paciente (Nardone & Watzlawick, 1990). Este tipo de prescripción se presenta al paciente como un desafío, que se espera que el paciente acepte como tal, para luego revelarse ante esa conducta y dejar de hacerla (Wainstein, 2006).

3.1.3.2 Reformulación

La reformulación es una de las técnicas de la psicoterapia, se trata de un concepto desarrollado por Watzlawick, Weakland y Fisch en 1974. Ellos lo describen como un cambio en la visión emocional o conceptual experimentada, intentando modificar su significado. Lo que se aspira es a alterar ese significado atribuido en una emoción, conducta, hecho o síntoma, sin modificar el hecho en sí. Para ello se propone una opción diferente, otro posible significado, y para que pueda ser decepcionada por otro, debe tener coherencia y compatibilidad con su sistema o estructura construida. Una de las reformulaciones podría ser la de connotación positiva, en la que se busca atribuirle un significado que sea positivo a un problema o síntoma (Compañ, Feixas, Muñoz & Montesano, 2012).

El cambio de perspectiva que propone la reformulación se puede fomentar de distintas maneras. Puede realizarse por comunicaciones verbales, por dramatizaciones, o mediante prescripciones de la conducta. Algunas pueden presentar una complejidad menor como, por ejemplo, redefiniciones cognitivas sobre lo comportamental o los pensamientos, o mayor complejidad como pueden ser la inclusión de anécdotas, el uso de aforismos, la comunicación paralela y la presentación de analogías (Monzón, 2018).

Monzón (2018) sugiere una serie de instancias, para poder realizar una efectiva reformulación en las dos primeras sesiones. En primer lugar, indica que hay que explorar

el problema definido que la persona trae, para averiguar cómo lo puntúa y cómo lo sostiene. Para esto se les solicita a los pacientes, en la primera sesión, que intenten definir brevemente y lo mejor posible el problema que los afecta. El terapeuta debe realizar preguntas y escuchar atentamente las respuestas del paciente para poder explorar el relato sobre el conflicto presentado. La intención del terapeuta en esa primera sesión debería ser la de arribar a una posible hipótesis relacional que explique las interacciones que estarían sosteniendo el problema. Esta hipótesis inicial, permite ordenar y dirigir la información. El terapeuta debe organizar la sesión mostrando interés por el relato evitando ignorar algunas cuestiones relevantes que comente el paciente, pero asegurándose de no perder el foco ni desviarse de su eje central (Monzón (2018). Se proponen las siguientes preguntas:

¿Cuándo, dónde, cómo, con qué frecuencia no ocurre el problema? ¿Qué sucede primero? ¿Y después de eso? ¿Y a continuación qué ocurre? ¿Y qué haces vos/que hace él/qué hace ella? ¿Qué crees vos que ella/él piensa con respecto a lo que vos sentís/haces/pensás/decís? ¿Por qué crees que ella/él reacciona así? ¿Qué te suele decir con respecto a tu conducta y su posterior reacción? ¿Y los demás qué hacen? ¿Cómo lo ven? ¿Qué dicen?” (Monzón, 2018, p.100).

Es central poder proponerle al paciente una visión distinta sobre su problema, en ocasiones citando palabras textuales suyas, para que pueda pensar el conflicto de una forma distinta a como lo veía antes. Aquello que consideraba como una verdad absoluta y que le generaba malestar, pasa a convertirse en una forma más de ver el mismo hecho. Es en la segunda sesión en la que debería reforzarse la reformulación del problema (Monzón, 2018).

Monzón (2018), basándose en experiencias en la Escuela Sistémica Paraguaya, considera que pudiendo realizar estos pasos en las dos primeras sesiones, el paciente podría conseguir el alta en ocho sesiones.

Las reformulaciones son importantes en las supervisiones, y el trabajo grupal entre terapeutas. Al ver casos en grupo, se pueden formular posibles hipótesis, intervenciones y lineamientos sobre ellos. Así, reciben una retroalimentación del trabajo en conjunto, y pueden generar reformulaciones sobre algunos aspectos tomados del caso. Ser parte de un equipo y poder registrar las observaciones de los demás profesionales, es un aporte al caso clínico que se esté analizando. Es importante poder conceptualizar el caso en equipo,

y distinguir las atribuciones que cada terapeuta le da a las conductas del paciente. Desde estos espacios, de supervisión, en equipo, y desde la sistémica de tipo estratégica, lo que se busca es poder realizar una integración de perspectivas que permita la reformulación o co-construcción de posibles intervenciones (Fernandez, 2009).

En los encuentros del equipo, por ejemplo, luego de una sesión en Cámara Gesell, los terapeutas debaten sobre potenciales hipótesis que unifican en una final de tipo sistémica, la cual de alguna manera le da sentido a la conducta visualizada y cómo se vincula con el síntoma. Se crea una intervención de cierre que puede ser una reformulación, u alguna otra técnica, la cual es transmitida al paciente por el terapeuta del caso (Boscolo & Bertrando, 1987).

3.2 Cámara Gesell

Arnold Lucius Gesell fue quien creó la Cámara Gesell. En principio, construyó un domo en el que él con otros investigadores interactuaban con los niños y observaban sus comportamientos frente a determinados estímulos. Ese domo estaba recubierto, imposibilitando que sus ocupantes pudieran ver hacia al exterior, donde estaban observando los padres, estudiantes y otros investigadores. Luego, el domo fue modificándose por unos espejos particulares de una sola vía, en los que las personas de afuera podían ver lo que había dentro, pero no ocurría lo mismo con lo que estaban en el interior, que no podían ver hacia afuera. Este mecanismo no se debía únicamente a ese vidrio que tenía el domo, ya que había otros factores que lo facilitaban como la disminución de la luz en el exterior del domo y el aumento de la misma en el interior. Este domo que tenía en principio forma de iglú, es lo que hoy día se denomina como cámara Gesell. La observación a través de registros visuales es beneficioso para la práctica clínica, ya sea para poder captar ciertos aspectos del objeto de estudio, comportamientos, para investigación y para poder formar profesionales (García, 2012).

Gesell describió el término de cinemanálisis, el cual consistía en investigar y analizar cuadros particulares o cronofotografías. Estas últimas eran fotografías en secuencias de personas u objetos que estuvieran en movimiento donde se podía captar el avance progresivo de las acciones. Para poder captar cada cuadro, Arnold Gesell, creó un dispositivo que realizaba la proyección de las imágenes en un vidrio, favoreciendo el trabajo del terapeuta. Se filmaba el domo con una cámara de unos 16 milímetros. El

investigador les daba a los niños estímulos para poder observar sus reacciones, la atención que ponían en los objetos que se le presentaban y lo puramente conductual (García, 2012). Se definieron tres instancias de observación analítica. La primera era la de la cámara lenta, donde el aparato hacía la proyección de las imágenes, y con unas palancas se podían retroceder las imágenes para revisar algunas conductas, permitiendo ver detalladamente el comportamiento del niño. La segunda era la de las fases selectivas de los patrones de conductas, donde se veían fases de 20 segundos y se analizaban reiteradas veces, para luego hacer una descripción escrita de cada fragmento. En la tercera, que era de fases de patrones micro, se realizaba un análisis más exhaustivo, donde se revisaban 320 cuadros de cada filmación de 20 segundos. Allí se captaban todos los movimientos corporales (García, 2012).

Arnold Gesell realizó investigaciones a lo largo de su carrera sobre el desarrollo infantil, y su interés fundamental era la observación en niños. El dispositivo de cámara Gesell se utilizaba para esta observación conductual con la intención de que los chicos no se sintieran expuestos ante la mirada de los investigadores u observadores externos. Los trabajos de Gesell sobre el comportamiento de infantes fueron precursores durante las décadas del 40 y del 50. Actualmente es una herramienta tecnológica fundamental en el área jurídica (Herrera, 2016).

El dispositivo de Cámara Gesell utilizado en terapias cuenta con un vidrio o espejo unidireccional que divide el lado de la sesión con el de los observadores. Antes de cada encuentro terapéutico, los terapeutas del equipo se reúnen, debaten sobre el caso, y allí formulan posibles hipótesis sobre el mismo. Luego de que el terapeuta dé comienzo a la sesión, esta última en cualquier momento puede ser interrumpida por algún supervisor o alguien del equipo. El terapeuta puede reunirse en un periodo corto con el equipo para intercambiar perspectivas. Al finalizar el encuentro, vuelven a reunirse y ponen ideas en común (Boscolo & Bertrando, 1987).

3.3 Terapia Online

La terapia online o virtual utiliza diferentes métodos de internet para la comunicación a distancia. Aunque estos mecanismos en la web fueron avanzando con el tiempo, al principio generaban una gran resistencia. A partir del uso y la eficacia que demostraron, se pudieron superar algunos de los prejuicios previos sobre su uso. Las

herramientas no verbales de comunicación que fueron implementadas son el audio y la cámara web (Barak, Klein & Proudfoot, 2009).

Las intervenciones sostenidas por internet fueron creciendo durante los últimos años (Barak et al., 2009). Las nuevas tecnologías y su implementación en lo terapéutico complementaron los métodos de tratamientos previos (Soto-Pérez, Franco, Monardes & Jiménez, 2010). Es decir, que no reemplazan lo tradicional, el cara a cara, pero favorecen la diversidad y la amplitud de alcance (Barak et al., 2009).

La terapia virtual ofrece a los pacientes poder contactar al terapeuta desde cualquier lugar, y en cualquier momento, pudiendo estar en su propia casa durante la sesión. Incluso se podrían hasta conseguir y contactar terapeutas a través de una búsqueda por internet, además de recomendaciones habituales. Existen sitios web con terapeutas en línea, donde los potenciales pacientes podrían leer sus perfiles, honorarios y antecedentes, y así poder tomar una decisión. También hay terapeutas que tienen su propia página web, donde publican sus perfiles y sus datos de contacto (Barak et al., 2009).

Algunas de las preocupaciones que surgen en los terapeutas que no utilizaban esta modalidad de terapia a distancia, es la falta de comunicación no verbal, el desarrollo del vínculo terapéutico, y problemas relacionados con la confidencialidad. Pero para aquellos terapeutas que ya realizaron o realizan este tipo de terapia actualmente, su preocupación, son los aspectos técnicos condicionantes que puedan surgir como, por ejemplo, problemas en la conectividad (González-Peña, Torres, Barrio & Olmedo, 2017).

Barak et al., (2009) mencionan otras preocupaciones que surgieron sobre la terapia en línea, como las posibles confusiones de tipo cultural por las fronteras ilimitadas, dificultades para poder comunicarse correctamente y con claridad, la dependencia generada con la tecnología, o algunas complicaciones que pueden surgir al momento del cobro de los honorarios.

Las ciber-terapias tienen dificultades en la adaptación en el área clínica y social, donde no se estilaban estos tipos de interacciones. Pero esto se podrá ir elaborando y superando a medida que las personas comiencen a incorporar estos métodos en su vida. Los terapeutas deberían informarse sobre el uso de estas tecnologías, poder aprender sobre las técnicas alternativas posibles, cómo implementar lo tecnológico en el proceso, su utilización en la terapia y analizar en qué momento sería oportuno dicha implementación (Pérez et al., 2010). La práctica de la terapia a distancia en formato online, al igual que la terapia presencial, tiene que ser segura, eficaz y eficiente, y ser confidencial (Traverso & Salem Martínez, 2020).

Hay una implementación evidente de acá a futuro del uso de la terapia online, para momentos de crisis mundiales donde se necesite poder asistir sin la presencia física, por ejemplo, en pandemias como la que se está viviendo actualmente (Olivella-López, Cudris-Torres & Medina-Pulido, 2020).

3.3.1 Cámara Gesell Online

El COVID-19, la pandemia que ocasionó un gran distanciamiento social a nivel mundial generó la necesidad de realizar adaptaciones tecnológicas en distintos ámbitos. En Israel implementaron el aplicativo del Zoom para adaptar las sesiones que eran presenciales a un formato online, ya que el mismo permite la comunicación por audio y video (Nadan et al., 2020). Esta adaptación con el uso del Zoom se asemejó a una metodología de Cámara Gesell Online. Las familias y pacientes fueron informados, sobre la metodología de este estilo de terapias. Se les indicó que, durante las sesiones en vivo, serían observados por supervisores además del terapeuta, los cuales estarían con sus cámara y micrófonos desactivados. El resto del equipo de terapeutas que quizás en Cámara Gesell presencial estarían detrás de un vidrio, ahora estarían del otro lado de la pantalla con video y audio apagados. Los supervisores podrían comunicarse con los terapeutas que estén en la sesión por chat del aplicativo o por alguna otra aplicación para dar alguna indicaciones u observaciones, incluso con la posibilidad de poder ingresar a la sesión activando el micrófono y la cámara. A los pacientes también se les mencionaba que las sesiones no serían grabadas. Cada encuentro debía contar con una autorización del paciente (Nadan et al., 2020).

En relación a la organización de la sesión virtual, a los pacientes se les envía un enlace, por WhatsApp o por email, con el link de la sesión que se realiza por Zoom. Acceden a una sala de espera virtual y es el supervisor, siendo el anfitrión del Zoom, quien organiza o administra el ingreso del paciente. Debe admitir al paciente, y el equipo debe apagar cámaras y micrófonos. El supervisor y el equipo pueden comunicarse vía chat o llamadas durante el encuentro para intercambiar opiniones e ideas. Al mismo tiempo, es el supervisor el único que se puede comunicar con el terapeuta que está realizando la sesión. Si el supervisor decidiera entrar a la sesión, prende su cámara y micrófono y luego las desactiva cuando desee salir. Al finalizar el paciente se retira de la sesión y el equipo puede quedar debatiendo (Nadan et al., 2020).

La mayor parte de los terapeutas consideran que la comunicación durante la supervisión de sesiones en vivo virtuales es menos intrusiva que las presenciales. Los aplicativos utilizados, el chat o las llamadas facilitaban la forma en que el terapeuta iba a implementar las sugerencias del supervisor en la sesión y cómo iba a organizarla. Consideran estas herramientas menos disruptivas que el ruido de la llamada telefónica presencial al terapeuta, la cual cortaba de forma abrupta la sesión. Los terapeutas destacan que hay una mayor fluidez y prefieren este tipo de supervisión virtual a la presencial. Sin embargo, otros profesionales consideran que este tipo de comunicación virtual exige una doble atención simultánea a la sesión y a los mensajes implicando una mayor complejidad para el terapeuta (Nadan et al., 2020).

El dispositivo de Cámara Gesell Online y su uso son favorecidos por el desarrollo avanzado de la conectividad y su accesibilidad, pero también esto trae preocupación en cuanto a potenciales usos indebidos de la privacidad, sean intencionales o no (Rousmaniere, 2014). Por eso es necesario tener presente aspectos legales y éticos, principalmente si se decidiera grabar alguna de las sesiones que se realicen bajo este formato (Traverso & Salem Martínez, 2020).

Otros aspectos a tener en cuenta son algunas dificultades comunicacionales que pueden verse afectadas por una conectividad deficiente, generando una interrupción en el diálogo entre el paciente y el terapeuta durante la sesión. También podría considerarse limitada la posibilidad de visualizar los movimientos corporales del paciente, debido al recorte del plano que ofrece la virtualidad (Traverso & Salem Martínez, 2020).

Para asegurar la efectividad del proceso terapéutico bajo este formato online, es importante que los terapeutas y los pacientes tengan un conocimiento previo sobre el dispositivo que se va a utilizar. Se recomienda que los pacientes puedan ubicarse en un lugar cómodo para realizar la sesión, donde puedan tener privacidad y en lo posible una buena señal de internet para evitar posibles interferencias. El paciente debería evitar tener acceso a factores que puedan distraer su atención de la terapia, como el celular y la televisión, entre otros (Mercado, 2020). También, para evitar una distracción, se recomienda que antes de comenzar con la sesión online, tanto el paciente como el terapeuta tengan únicamente abierta la sesión en el dispositivo que utilicen y cierren las otras ventanas que puedan estar abiertas en internet. Al comenzar la sesión es recomendable que el terapeuta chequee con el paciente si se escuchan y se ven mutuamente de forma correcta. Otras sugerencias son la minimización y la maximización de las pantallas, donde el paciente maximice la imagen del terapeuta y minimice la suya

y viceversa en el caso del terapeuta. De esta forma se evitaría que las personas se vean a sí mismas durante la sesión, disminuyendo la posibilidad de distracción (Mercado, 2020).

3.4 Supervisión

En las terapias es importante, a nivel profesional, que el terapeuta tenga un espacio de supervisión, para poder adquirir una buena formación y brindar una buena calidad de atención. La supervisión clínica es uno de los entrenamientos más habituales. Lo que se pretende de la supervisión es que sea un proceso colaborativo que facilite procesos y pueda generarle una amplitud en la perspectiva al supervisado sobre sí mismo y sobre los casos que esté atendiendo. El supervisor tiene una gran responsabilidad sobre el tratamiento que realicen los terapeutas que estén siendo supervisados. Este supervisor además de tener los conocimientos teóricos debe poseer otras aptitudes más allá de la clínica para poder asumir ese rol. También, debe poder dirigir el proceso de supervisión y adaptarlo a las necesidades o inquietudes del supervisado. La supervisión le permitirá al terapeuta supervisado empoderarse y poder delimitar su propio estilo terapéutico, fomentando, así, su autonomía (Banderas & Vásquez, 2018).

Existen diferencias en la supervisión entre las distintas escuelas y enfoques. Algunas de ellas radican en lo que se tome como foco central en los terapeutas supervisados o los pacientes y también debido al tipo de diagnóstico de los pacientes o a la ausencia del mismo. Otras diferencias serían si el supervisor está presente o ausente en las sesiones, si la supervisión es relatada verbalmente por el terapeuta o si se utiliza material en video o en vivo mediante cámara Gesell, si se definen los objetivos al principio o no para supervisar, o si existe una relación de tipo jerárquica o no entre el supervisado y el supervisor (Daskal, 2008).

Las supervisiones pueden darse en diversos contextos como, por ejemplo, en universidades, en consultas privadas, en hospitales, en centros de formación terapéutica, en equipos laborales y en centros con voluntarios, entre otros. Y las maneras en que se puede supervisar son de forma grupal, institucional o individual, con la presencia o ausencia de algún supervisor, ya que, podría existir una supervisión entre terapeutas pares, y pueden utilizarse herramientas tecnológicas de comunicación como conferencia por video o chat (Daskal, 2008).

En la terapia sistémica se utiliza un espejo unidireccional estableciendo una forma más directa de supervisión, donde los terapeutas supervisores podrían hasta ingresar a la sesión si lo consideran oportuno. Este estilo de intervención directa le adjudica al supervisor determinadas características como, por ejemplo, dar indicaciones claras y breves, ser respetuoso, evitar asumir una postura protagónica, tener tolerancia sobre las posibles fallas que puedan surgir, y aceptar los distintos estilos que tengan los terapeutas (Daskal, 2008). También en este tipo de terapia sistémica se requiere de un equipo de supervisión que vaya construyendo en conjunto el conocimiento, generando posibles hipótesis sobre los casos. Después se van reconociendo las comprensiones e intervenciones del terapeuta supervisado en el caso, y la supervisión se va complejizando a medida que se va avanzando en este tipo de formación (Cárdenas, 2020).

El ACES (Association for Counselor Education and supervision) estableció criterios para calificar a los supervisores como: tener un comportamiento que sea adecuado al rol que ocupan, conocer el campo que supervisan, trabajar éticamente, y establecer un vínculo profesional de apoyo. Además, deben hacer uso de las técnicas y métodos adecuados, poder realizar un apoyo correcto de la conceptualización del caso, ser críticos sobre las competencias del supervisado, realizando un seguimiento sobre el avance de su aprendizaje. También es necesario que los supervisores, tengan información sobre investigación en supervisión clínica (Daskal, 2008).

3.4.1 Supervisión en cámara Gesell

Para aquellos terapeutas que se encuentren en formación sistémica, Minuchin y Fishman (1984) manifiestan que la misma puede discriminarse en dos etapas, donde la primera es la observación y la segunda es la práctica. Para el desarrollo de estas puede utilizarse una metodología específica. En la primera instancia, el maestro le enseña su propio estilo terapéutico al aprendiz con sesiones en vivo a modo de observación. En estas el maestro se encuentra realizando terapia ante un falso espejo y los aprendices se encuentran del otro lado observando. El maestro va a utilizar técnicas que puedan ser sujetas a análisis luego. El objetivo es fomentar la idea de que el terapeuta puede ser un instrumento en sí mismo. La segunda etapa implica supervisar a los aspirantes en vivo, en salas de entrevistas con el espejo falso, para que el maestro pueda posicionarse del otro lado, y ser él quien observe al aprendiz. Puede haber un teléfono que una a ambos espacios para que puedan comunicarse en caso de ser necesario. Este tipo de modalidad de

supervisión genera que los aspirantes se sientan respaldados por su supervisor al momento de estar en la terapia (Minuchin & Fishman, 1984).

En estos tipos de dispositivo se suele trabajar desde la sistémica con equipos de terapeutas. Para los intercambios de ideas entre ellos es importante la co-construcción que se genera entre ellos. Por tal motivo, es necesario tener presentes tres aspectos del vínculo: el intrasubjetivo, donde hay reciprocidad en el intercambio de ideas y de experiencia; el intersubjetivo, donde hay una interacción correctiva; y el transubjetivo en el que se tiene en cuenta el contexto institucional y al grupo de trabajo. En los equipos de terapeutas se construyen diferentes dinámicas vinculares en base a las distintas características de cada terapeuta. Cuando interactúan entre sí se pueden observar los vínculos que se van generando, sus necesidades y acuerdos, configurándose, así, el equipo de trabajo. Es fundamental el tiempo que se da en la cámara Gesell para poder decidir en conjuntos y discutir las intervenciones. En el caso de terapeutas en formación es importante que, en este espacio de intercambios, cada integrante del equipo pueda diferenciarse y evidenciar su individualidad. En estas modalidades de trabajo en equipo es necesaria la cooperación, la transformación y la co-construcción para poder soportar angustias y dificultades de la clínica (Heno, Montoya & Castellanos, 2012).

La supervisión en terapia sistémica, bajo este formato de Cámara Gesell con sesiones en vivo, permite una retroalimentación instantánea en los terapeutas. Es importante que el terapeuta pueda sostener una distancia para no verse inmerso en un apego con el paciente. Con el modelo del MRI, al ser focalizada y breve, el terapeuta está lejos de incurrir en un apego en esa relación terapéutica. Los debates que ocurren detrás del espejo, en el que surgen distintos puntos de vista, llevan al terapeuta a tener presente que está el equipo observando detrás, y eso le permite salir de esa relación inmediata (Boscolo & Bertrando, 1987).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Cualitativo de tipo descriptivo.

4.2 Participantes

Los participantes son siete terapeutas de una institución sistémica, de las cuales, cinco son terapeutas supervisadas en cámara Gesell en la institución mencionada, y dos son la directora supervisora y la coordinadora, respectivamente. Las edades de las participantes se ubican entre los 24 y los 62 años.

Las terapeutas supervisadas son:

- Ana: tiene 24 años, y se recibió de Lic. En Psicología en febrero de 2020. Es parte del equipo de profesionales de la institución sistémica, desde hace 1 año y 2 meses, siendo esta su primera experiencia profesional, y donde realizó su formación.
- Laura: tiene 33 años, y se recibió de Lic. En Psicología en marzo de 2019. Es parte del equipo de profesionales de la institución sistémica desde hace 1 año y 7 meses, siendo esta su primera experiencia profesional. Realizó su formación en esta institución, y tiene un posgrado en psicoterapia cognitiva.
- Julieta: tiene 24 años, y se recibió de Lic. En Psicología en diciembre de 2019. Es parte del equipo de profesionales de la institución sistémica desde hace 1 año, donde realizó su formación, y es la encargada del manejo de las redes sociales del lugar. Trabajó previamente en el ámbito educativo, realizando integraciones, y actualmente junto con la institución sistémica trabaja en el ámbito comunitario. Se encuentra realizando un posgrado en formación en Psicoterapias Contemporáneas.
- María: tiene 39 años, y se recibió de Lic. En Psicología en diciembre de 2019. Es parte del equipo de profesionales de la institución sistémica desde hace 1 año, siendo esta su primera experiencia profesional, y realizó su formación en esta institución. Tiene un posgrado en Mindfulness y se encuentra actualmente realizando otro en Tratamientos de reproducción humana asistida.
- Andrea: tiene 29 años, y se recibió de Lic. En Psicología en Julio de 2017. Es parte del equipo de profesionales de la institución sistémica desde hace 1 año y 7 meses, siendo esta su primera experiencia profesional. Realizó su formación en la institución, y realizó previamente cursos de selección de personal, Mindfulness, y workshops.

La supervisora y la coordinadora son, respectivamente:

- Estela: tiene 62 años y es Lic. En Psicología desde hace 40 años. Es la directora y fundadora de la institución sistémica. Tiene más de 30 años de experiencia profesional, y está especializada en Terapias Breves Sistémicas y de Pareja. Entrena psicólogos en la práctica sistémica en la institución, y, además, es organizadora y coordinadora de cursos y posgrados en Argentina y en el exterior.
- Lorena: tiene 40 años, y se recibió hace 1 año de Lic. En Psicología. Se encuentra en la institución sistémica desde hace 2 años. Es la coordinadora de los pasantes, de los cursos virtuales, profesora adjunta en el Programa de Iniciación Profesional (PIP) de la institución y forma parte del equipo de profesionales de la institución. Además, es coach Ontológico, y tiene dos posgrados, uno en Terapias Cognitivas Contemporáneas y otro en Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

4.3 Instrumentos

En el presente trabajo a fin de poder recolectar información sobre los espacios supervisados en Cámara Gesell, y el aporte a los terapeutas en supervisión, se realizaron entrevistas semidirigidas. En las entrevistas a las psicólogas supervisadas seleccionadas se indagó sobre los siguientes ejes:

- El funcionamiento de la Cámara Gesell en la institución
- El funcionamiento de los espacios de supervisión en Cámara Gesell en la institución
- La dinámica comunicacional con sus colegas en los espacios de supervisión en Cámara Gesell
- La dinámica comunicacional con su supervisora en los espacios de supervisión de Cámara Gesell.
- Las reformulaciones de casos generadas entre sus colegas y con su supervisora en esos espacios de supervisión
- El aporte de sus colegas en los espacios de supervisión en Cámara Gesell a su trabajo y en las intervenciones de los casos
- El aporte de su supervisora en los espacios de supervisión en Cámara Gesell y en las intervenciones de los casos.
- Auto percepción de sus herramientas como profesional, antes y después de formar parte los espacios de supervisión.

- Aspectos destacables en los espacios de supervisión en Cámara Gesell y del trabajo en equipo.

En las entrevistas a la supervisora y la coordinadora de la institución, se indagó sobre los siguientes ejes:

- Funcionamiento de la Cámara Gesell en la institución.
- Funcionamiento de los espacios de supervisión en Cámara Gesell de forma virtual y su organización con los terapeutas supervisados
- Perspectiva sobre la dinámica comunicacional generada en esos espacios de supervisión en Cámara- con los terapeutas supervisados y la generada entre ellos.
- Tipo de relación y comunicación con los terapeutas supervisados en los espacios de supervisión, en Cámara Gesell
- Aporte de la supervisora a los terapeutas supervisados
- Formas de brindar indicaciones en el espacio de supervisión en Cámara Gesell
- Percepción de la recepción de los terapeutas sobre las indicaciones brindadas.
- Mirada crítica sobre el aporte que pueden generar estos espacios en los terapeutas supervisados, y a los casos vistos en Cámara Gesell.

Además, se realizó una observación participante de los espacios supervisados en Cámara Gesell en forma virtual. La mencionada observación y presencialidad en esos espacios, fue con el fin de complementar la información obtenida de las entrevistas y la información obtenida de dicha observación del espacio.

4.4 Procedimiento

Para la recolección de la información correspondiente, se realizó una observación de los espacios de supervisión en Cámara Gesell en forma virtual durante cuatro meses. La frecuencia semanal de observación de los espacios fue de 14 horas semanales en el plazo mencionado. Además, se presenciaron clases teóricas de dos horas semanales en la institución a fin de conocer el enfoque teórico de la institución y lograr una comprensión sobre los aspectos teóricos observados en la presencialidad de los espacios supervisados en la Cámara Gesell.

Se realizaron siete entrevistas semidirigidas a las terapeutas supervisadas, la supervisora y la coordinadora. Para las mismas, se coordinó con los terapeutas el día y

horario en base a su disponibilidad, dentro del plazo establecido de la observación. La duración de las entrevistas fue de 45 min aproximadamente, dependiendo de alguna posible extensión en las mismas.

5.Desarrollo

5.1 Funcionamiento de los espacios de supervisión en Cámara Gesell en una institución sistémica.

En base a la observación realizada y el aporte de algunas terapeutas supervisadas se procede a la descripción del funcionamiento de la Cámara Gesell supervisada en la institución sistémica.

El lugar trabaja principalmente con la Cámara Gesell y las terapias se realizaban con este dispositivo de forma presencial, pero el contexto actual de pandemia por COVID-19, implicó una adaptación necesaria al formato online.

En lo presencial, las terapeutas entrevistadas indicaron que la Cámara Gesell era de la siguiente manera: había una sala donde se realizaba la sesión que se encontraba dividida en dos por un vidrio unidireccional, y los terapeutas se ubican en uno de esos lados para poder observar la sesión, tal lo descrito por Boscolo y Bertrando (1987).

Debido al contexto de pandemia por COVID-19, esta institución sistémica dentro del áreas de la psicología y otras áreas tuvo que adaptarse ante la imposibilidad de la presencialidad. Las aplicaciones tecnológicas de comunicación tomaron gran protagonismo en este momento en distintos ámbitos, desde lo personal hasta lo laboral. La institución sistémica investigada logró adaptar la atención al formato online, a distancia, estando terapeuta y paciente en lugares físicos distintos, como, por ejemplo, desde sus propias casas, tal como lo mencionan Barak et al., (2009). Andrea, en su entrevista destacó que de esta forma se evita el traslado físico hasta la institución y que eso facilita o aumenta la concurrencia de los terapeutas a las sesiones en Cámara Gesell.

En base a las entrevistas realizadas las terapeutas, en general, resaltan el buen funcionamiento de la Cámara Gesell supervisada, y la correcta adaptación que tuvo al formato online.

El dispositivo utilizado para las sesiones en Cámara Gesell Online es el Zoom, y como vía de contacto se agrega el WhatsApp. Ambas aplicaciones también fueron las

elegidas en el exterior, ante la pandemia, para realizar la adaptación de las terapias presenciales a la virtualidad (Nadan et al., 2020). Estela, directora y supervisora de la institución, en su entrevista destacó su preferencia por el aplicativo del Zoom, por su conjunto de funciones adaptables al formato de Cámara Gesell y que otras aplicaciones quizás no poseen. En general, se observa que la mayoría de los pacientes que asisten a la institución y tienen sus sesiones por Cámara Gesell Online, tienen un conocimiento y buen uso de las aplicaciones de Zoom y WhatsApp. Como esto es fundamental para el proceso terapéutico bajo este formato, tal como indica Mercado (2020), a los pacientes que presenten dificultades para algunas cuestiones técnicas como el uso del micrófono los terapeutas suelen ayudarlo y enseñarle para las otras sesiones.

La coordinadora de la institución envía el link del Zoom al grupo de terapeutas y de pasantes por WhatsApp (Nadan et al., 2020). Los pasantes son estudiantes de distintas universidades que realizan las prácticas en la institución. El terapeuta es el encargado de enviarle ese link a su paciente. Los terapeutas y pasantes ingresan al link 15 minutos antes de la sesión, y en esos minutos previos el terapeuta a cargo del caso realiza un breve repaso de la última sesión para refrescar la sesión a los profesionales que estuvieron presentes o informar a los que estuvieron ausentes. En ese momento también el terapeuta menciona algunas dudas a la supervisora y qué dirección piensa darle a la sesión. Ana, una de las terapeutas de la institución, en la entrevista, remarcó que este momento previo a la sesión, cuando ella era la terapeuta del caso, le costaba al principio porque mientras se iban conectando todos, no hacía a tiempo a plantear todas las dudas que tenía sobre la sesión con su paciente. De igual manera, concluye que actualmente pudo adaptarse, y aprovechar ese espacio en ese plazo de tiempo estipulado. Una vez que el terapeuta le envía el link del Zoom al paciente por WhatsApp, en la hora acordada para el encuentro, el equipo de terapeutas apaga las cámaras y micrófonos, siguiendo las pautas referidas por algunos autores (Nadan et al., 2020). Por las observaciones experimentadas, y tal lo mencionado por la terapeuta Ana, se fueron implementando elementos que eran funcionales a la sesión como, por ejemplo, poner al paciente en sala de espera al momento del ingreso y durante la sesión cuando se debatía entre los profesionales. También, se les solicitaba a los terapeutas, menos al terapeuta que estaba a cargo del caso, que antes de que inicie la sesión y entre el paciente se renombren en el Zoom con un carácter de un puntito. Esto según lo explicado por la coordinadora Lorena y directora Estela, durante las observaciones realizadas, era una forma de evitar que el paciente esté leyendo y visualizando permanentemente los nombres de cada terapeuta. La coordinadora solía

revisar que todos estén renombrados y no tengan imagen disponible en su perfil de Zoom antes de que empiece la sesión.

Tal lo observado, una vez que Estela, la supervisora, saca al paciente de sala de espera permitiéndole el ingreso a la sesión, la terapeuta saluda y recibe al paciente. Chequea con él brevemente algunas cuestiones técnicas como, por ejemplo, si ambos se escuchan y ven correctamente. El terapeuta también realiza algunas sugerencias con respecto a la configuración de la pantalla del Zoom para que puedan verse correctamente, siendo esta una de las recomendaciones que propone Mercado (2020).

Durante la sesión Estela, directora y supervisora a cargo, puede contactar por el chat del Zoom al terapeuta a cargo del caso, y solo ella puede escribirle. La supervisora le da indicaciones al terapeuta, direcciona con ideas y le sugiere potenciales intervenciones. Andrea, una de las terapeutas, manifestó durante la entrevista, que esta herramienta del chat es menos intrusiva que la llamada telefónica del formato presencial, y destacó lo positivo de tener los mensajes de la supervisora por escrito para no olvidar, ni pasar nada por alto. Este llamado telefónico de la supervisora al terapeuta durante el encuentro, que menciona Andrea del formato presencial, Minuchin y Fishman (1984) lo describen como un respaldo para el terapeuta que está a cargo del caso. Las demás terapeutas entrevistadas también reconocieron al chat cómo una buena herramienta. Por la observación realizada pareciera ser un método favorecedor en la supervisión, porque la supervisora puede ver la forma en que el terapeuta va integrando sus recomendaciones e intervenciones propuestas, y, al mismo tiempo, es una forma de acompañamiento al terapeuta supervisado.

En un momento de la sesión, el terapeuta le informa al paciente que lo va a pasar a sala de espera de Zoom. Una vez que el paciente pase a la sala y no está en la lista de participantes, el equipo de terapeutas, los pasantes, la coordinadora y la directora supervisora prenden cámaras y micrófonos para iniciar el análisis de la sesión hasta el momento. La terapeuta Laura en la entrevista describió que cuando era presencial, ese lado de la sala donde estaba el equipo era oscuro, para que no se viera del otro lado, y manifiesta que en ocasiones era difícil saber cuál de los terapeutas estaba hablando. En este momento durante la sesión, es cuando el equipo de terapeutas intercambia ideas, bajo la dirección e indicaciones de la supervisora a cargo. Este tipo de supervisión en equipo es requerido, en general, en la terapia sistémica (Cárdenas, 2020). Por las observaciones realizadas en estos espacios, puede identificarse una libertad de expresión, donde todos los participantes tienen la oportunidad de expresar su punto de vista. La supervisora les

da un cierre a esas ideas y realiza una selección de algunas que considere apropiadas para que el terapeuta pueda tomar. Julieta, terapeuta entrevistada, considera que en ocasiones se extiende mucho este momento del equipo durante la sesión, y que eso podría parecer un poco desprolijo o generar una distracción en el paciente. Ana, en su entrevista, también opinó sobre este momento intermedio de debate indicando que se alargaba un poco, y que quizás sería mejor extenderse en el debate final, una vez que la sesión haya terminado, para tener mayor tranquilidad sin la presión de la presencia del paciente.

Luego de este intercambio entre los terapeutas, el equipo vuelve a apagar cámaras y micrófonos. La supervisora vuelve a ingresar al paciente que se encontraba en sala de espera en el Zoom, y la sesión continua. El terapeuta o la terapeuta a cargo, realiza una devolución a modo de cierre del encuentro a su paciente. La misma dura unos minutos, dependiendo de las reacciones del paciente a lo que se le está diciendo, ya que el terapeuta se encuentra abierto a la escucha. Va chequeando con el paciente cómo percibe o qué le parece aquello que se le está indicando. Tal lo observado, hay pacientes que parecen ser más reaccionarios y se muestran en desacuerdo la gran mayoría de las veces e incluso cuestionan las palabras del terapeuta. Otros se muestran más receptivos, en ocasiones, reconociendo cosas que se les marcan y atentos a lo que el terapeuta le indica. El profesional, en general, le deja alguna consigna para la semana hasta el próximo encuentro; pueden ser actividades que sean más conductuales y otras que sean quizás más pasivas, de registro personal como, por ejemplo, escribir o registrar pensamientos. Pero lo que se observa es que sea cual sea la actividad se espera un compromiso del paciente, que demuestre también su compromiso con el proceso terapéutico.

Luego el terapeuta despide al paciente con alguna indicación para la próxima sesión, recordándole día y horario del próximo encuentro. El paciente sale de la sesión, seleccionando la opción “salir de reunión” del Zoom. Cuando la persona se retira de la reunión todos los terapeutas vuelven a prender sus cámaras y micrófonos. Se vuelve a generar este espacio de intercambio entre los terapeutas, siempre bajo la dirección de la supervisora a cargo, analizando la forma en que el paciente tomó la devolución o sobre el encuentro en general. En estos espacios de intercambio Andrea, terapeuta entrevistada, menciona que, en ocasiones, pueden presentarse dificultades que exceden al equipo como cuestiones técnicas o de la misma internet. El delay es una de ellas, y aparece durante la sesión generando una irrupción en el diálogo entre el terapeuta y el paciente; lo mismo ocurre entre los mismos terapeutas cuando debaten. Tal lo observado, algunas dificultades parecieran ser la cantidad de participantes del equipo, que por momentos imposibilita la

participación de todos, u ocurre que comienzan a hablar dos o tres al mismo tiempo pisándose entre sí. La coordinadora en la entrevista mencionó que un buen número sería entre 20 y 25 participantes por Cámara Gesell. La coordinadora es la encargada de armar una agenda virtual de los horarios de la semana y pasarlos a los terapeutas para que sepan los horarios de cada caso, ya que, pueden surgir algunas variaciones de día u horario por algún cambio del paciente o del terapeuta del caso. Ella, resalta en su entrevista, que trata que los terapeutas asistan a la mayoría de las cámaras, porque en algunos casos, como pudo observarse, ocurre quizás que concurren cinco terapeutas a una sesión y eso también limita la variación de intercambios de ideas que pueden generarse por parte del equipo.

Los terapeutas en la institución tienen un programa de entrenamiento donde, en la primera parte del mismo, participan de algunas sesiones de Cámara Gesell y observan los casos de otros terapeutas y, en la segunda parte, ya comienzan con las prácticas con casos propios en Cámara Gesell, siendo similar este estilo al utilizado por Minuchin y Fishman (1984), para la formación de terapeutas. Lorena, la coordinadora menciona que, en general, en la institución apuntan a que los terapeutas atiendan mínimamente dos casos supervisados en Cámara Gesell, por el aprendizaje y práctica que genera estar en ese espacio supervisado.

Esta modalidad de Cámara Gesell Online pareciera ser potencialmente adaptable; aunque se vuelva a la presencialidad, llegó para quedarse. Así lo transmite la supervisora, quien manifiesta que esta modalidad le resulta más cómoda, y que en este formato puede ver con claridad a los terapeutas, ya que, presencialmente al estar en las penumbras hay veces que no reconoce quién del equipo está hablando. Resalta que es muy probable que mantenga este formato, con algunas excepciones que requieran la presencialidad. Podría pensarse entonces, en una terapia que se complementa entre ambos formatos, el online y el tradicional presencial, tal como lo explica Soto-Pérez et al. (2010).

En relación a la aceptación de los pacientes bajo este formato de Cámara Gesell Online, tras las observaciones y lo mencionado en las entrevistas, pareciera haber un gran acuerdo y una mayor adherencia al mismo. Estela, supervisora, manifestó que lo fundamental es que el profesional esté seguro y convencido del uso de este dispositivo, para poder transmitirle esa seguridad al paciente. También destacó que percibe una mayor adherencia de las personas, por la posibilidad del alcance que brinda a los que viven lejos y que de otra forma no podrían asistir. También pudo observarse esta preferencia de formato por algunos pacientes, cuando uno de ellos que estaba realizando sus sesiones por Cámara Gesell Online comenzó a tener sesiones particulares por Zoom solo con el

terapeuta, y el profesional mencionó que el paciente pidió volver a Cámara Gesell, afirmando que le daba comodidad la presencia del equipo de terapeutas. Es importante destacar, tal lo informado por los integrantes de la institución, que a cada paciente que ya realizaba terapia en el lugar como a los nuevos, se les informaba acerca del estilo de terapia que se ofrece bajo Cámara Gesell. Se les dejaba en claro que iban a ser observados por otros terapeutas, y en cada sesión se realizaba una breve mención, siendo de suma importancia el consentimiento del paciente. Estos aspectos informativos para el paciente son descritos como importantes y necesarios por Nadan et al.(2020). Por las observaciones realizadas, la institución prioriza y resguarda correctamente la privacidad de los pacientes. La confidencialidad es algo fundamental que no debe ponerse en riesgo por la modalidad virtual, tal lo expresado por Traverso y Salem Martínez (2020).

En base a las entrevistas y las observaciones realizadas, puede percibirse un correcto funcionamiento del dispositivo en general. El mismo pareciera ser efectivo, y haberse adaptado correctamente al contexto actual de pandemia. Si bien pueden surgir dificultades relacionadas con factores tecnológicos, como la conexión a internet, son cuestiones adversas que difícilmente puedan controlarse. El dispositivo de Cámara Gesell pareciera favorecer este tipo de práctica clínica que realizan los terapeutas para poder observar y formarse como profesionales (García, 2012).

5.2 Dinámica de la comunicación en espacios de supervisión y reformulaciones de los casos generadas entre terapeutas supervisados en Cámara Gesell en una institución sistémica

Con la información obtenida de las observaciones y entrevistas se procederá a desarrollar la dinámica comunicacional y las reformulaciones de los casos generados entre los terapeutas en estos espacios de Cámara Gesell supervisados.

En relación a la comunicación, estos espacios tuvieron variaciones en este aspecto debido a la imposibilidad de la presencialidad. Uno de los aplicativos que comenzaron a utilizar con mayor frecuencia es el de WhatsApp, con el que además de estar en contacto permanente, se enviaban los links para las sesiones de Zoom. Las terapeutas mencionaron en sus entrevistas tener grupos de WhatsApp, y mediante las observaciones pudo verificarse que los mismos resultan efectivos. En ocasiones, por ejemplo, cuando algún terapeuta no podía ingresar al link de la sesión, otros colegas lo ayudaban, o si un

terapeuta consultaba el horario de alguna sesión cualquiera de los integrantes le respondía.

El Zoom, otro gran protagonista de las adaptaciones que tuvieron que realizar, podría considerarse como fundamental para mantener la mayor comunicación posible, ya que el mismo cuenta con elementos como el micrófono y la cámara web, implementaciones de uso fundamentales en este contexto para sostener la comunicación (Barak et al., 2009). Una de las herramientas que más destacaron las terapeutas en sus entrevistas fue el chat del Zoom, el cual les permitía tener una comunicación fluida y continua con la supervisora. La mayoría de las profesionales entrevistadas hicieron hincapié en la diferencia del contacto durante la sesión con la supervisora. Destacaron como mejora y preferencia el chat actual en formato virtual, descrito como medio de comunicación online por Nadan et al. (2020), que el presencial mediante llamada telefónica, descrito por Minuchin y Fishman (1984). Andrea, terapeuta, destaca que este tipo de comunicación por chat brinda una mejor organización durante la sesión, teniendo la posibilidad de incorporar las sugerencias de la supervisora en el momento que se considere oportuno. Al estar escrito, la información no se pierde; en cambio, en lo presencial, al recibir la llamada, esas recomendaciones deben incorporarse en esos momentos posteriores. Julieta y Laura mencionan que perciben una mayor libertad con este tipo de comunicación por chat, ya que, al principio, la terapeuta les escribe más seguido y luego les va escribiendo menos, dejando en ellas un cierto manejo de la sesión, siempre estando ella igualmente como guía. Esta direccionalidad y fomentación de la autonomía que le brinda la supervisora al terapeuta supervisado es importante para Bandera y Vásquez (2018) en la formación del profesional

La comunicación entre los terapeutas en los espacios de debate e intercambios es definida por la mayoría de las profesionales entrevistadas como buena y fluida. María destaca la escucha que hay por parte de la supervisora y sus colegas. Ella afirma que son muy receptivos ante las ideas o propuestas que emite cada terapeuta, y que todos tienen la libertad, incluso, de realizar preguntas a la supervisora siendo respondidas con buena predisposición. En base a las observaciones puede percibirse una cierta asimetría entre los terapeutas y la supervisora. Lorena, la coordinadora, en su entrevista manifiesta que esta diferencia se debe a la experiencia y al conocimiento práctico y teórico que tiene Estela, directora y supervisora, respecto de los demás. Esta relación podría ser identificada por Watzlawick et al. (1967) como complementaria, donde hay una diferencia en la que la supervisora tendría la postura superior y los terapeutas la inferior.

En la presencia de las sesiones, se pudo observar la diferencia de un intercambio entre terapeutas supervisados que entre terapeuta y supervisora. Hay un respeto en la forma de comunicarse con Estela, supervisora, y un cierto tono interrogativo cuando un terapeuta se dirige a ella con una idea, buscando de alguna manera un respaldo o aprobación. Según Estela, en esos momentos de debate, ella de alguna forma dirige la ``batuta`` haciendo referencia a su posición jerárquica., siendo este tipo de relación una de las posibles que podrían establecerse para Daskal (2008) entre supervisor y supervisado.

La supervisora en su entrevista, en relación a la comunicación, manifestó que en ocasiones se piensa como algo fácil y automático, realizando una comparación con la respiración, pero que, sin embargo, pueden surgir dificultades. Ella destaca algunos limitantes como la conexión a internet, u otros motivos tecnológicos que, en ocasiones, pueden interrumpir o cortar directamente la comunicación. Laura también hizo mención de algunas dificultades que pueden presentarse cómo la interrupción sin intención entre los propios terapeutas, que por lo observado suele aparecer por aspectos como el delay, donde esos retrasos de segundos generan que se pisen entre sí, o por la cantidad de participantes donde ocurre que quizás dos personas empiezan a hablar al mismo tiempo. Esta dificultad puede deberse, en general, a problemas con la conectividad (Peña et al., 2017). Ante estas potenciales dificultades relacionadas con Internet, para tratar de evitarlas o disminuirlas los terapeutas tratan de situarse en lugares con buena señal de Internet desde donde atienden y le sugieren lo mismo a los pacientes, siendo una de las recomendaciones de Mercado (2020). En general, se observa que hay una dinámica comunicacional en estos espacios muy activa, donde no hay espacios de silencio; es un intercambio de ideas y diálogo constante.

En los intercambios del chat entre la supervisora y la terapeuta, Laura resalta que es importante poder interpretar los mensajes de Estela, la supervisora, ya que, en ocasiones solo escribe palabras y es importante que el terapeuta pueda interpretarlo correctamente para poder aplicarlo a la sesión.

En cuanto a la comunicación de los terapeutas con los pacientes, es importante que tanto las indicaciones de la supervisora por chat, como las resultantes de los debates del equipo, el profesional pueda expresarlas de la mejor manera posible a su paciente. Puede observarse que cada terapeuta tiene su estilo y su ritmo a la hora de hablar con los pacientes. Pero también es importante que adecue sus palabras al paciente particular que está viendo en ese momento teniendo presente las características del mismo y las posibles reacciones que podría tener. Esta adecuación al uso del lenguaje del paciente, teniendo en

cuenta su contexto y los elementos que le resulten familiares, es una de las estrategias comunicativas que proponen Nardone y Watzlawick (1990) para lograr una mejor comprensión del paciente.

Otro de los aspectos importantes al que hacen referencia algunas terapeutas como María es el lenguaje no verbal del paciente. Ella manifiesta que en este aspecto había una ventaja en la modalidad de Cámara Gesell presencial que no tiene la modalidad virtual. Este aspecto positivo, según María, es poder observar la actitud del paciente y sus gestos cuando el terapeuta se retiraba y quedaba solo en la sala. Esa información es muy importante para el proceso terapéutico, y tiene el mismo valor que la comunicación verbal tal como lo indican Watzlawick et al. (1967) en su teoría de la comunicación humana. Para la terapeuta, en lo virtual es más difícil percibir los gestual a través de la pantalla, opinión que comparte con la supervisora, quien agrega que es un recorte a la visión. Este recorte y dificultad para visualizar el aspecto conductual o expresivo del paciente, es una de las desventajas que tiene la modalidad virtual, tal como los expresan Traverso y Salem Martínez (2020).

Durante los intercambios entre terapeutas en Cámara Gesell, pudo observarse que la supervisora en ocasiones sugiere al terapeuta del caso el uso de metáforas, otra de las técnicas mencionadas por Nardone y Watzlawick (1990), para que pueda adaptar el lenguaje del paciente y su contexto para dar ejemplos. En un caso observado, la persona no lograba comprender lo que el terapeuta le estaba transmitiendo, y en el espacio de encuentro entre los profesionales previo al cierre de la sesión, la supervisora sugirió una frase metafórica al terapeuta del caso. Teniendo presente un deporte que el paciente realizaba, que era uno de sus principales hobbies, la supervisora sugirió una frase que representaba una analogía con terminologías de ese deporte. El paciente gracias a esa similitud con su realidad (Nardone & Watzlawick, 1990), pudo entender lo que el terapeuta le quería decir.

Durante la observación de los espacios supervisados de intercambio entre los terapeutas en la Cámara Gesell Online, pudieron identificarse distintas reformulaciones sobre los diferentes casos vistos en la institución. Los intercambios en los momentos de debate, antes, durante y al finalizar la sesión, brindan a los terapeutas a cargo de los casos una visión distinta sobre sus pacientes. Este cambio de visión sobre algo es la principal característica del propio término de la reformulación, desarrollado por Watzlawick, Weakland y Fisch (Compañ et al., 2012). Para la terapeuta Julieta estos intercambios de ideas entre terapeutas enriquecen los casos. Ella sostiene que las múltiples miradas sobre

un mismo paciente o situaciones pueden deberse a las distintas formaciones y experiencias de los profesionales.

Lo que pudo observarse en las sesiones de Cámara Gesell es que, en los momentos de debate intermedios durante el encuentro, los integrantes del equipo realizaban observaciones sobre algunas cosas que había dicho el paciente, dándole un enfoque distinto al que quizás propuso la persona. También resaltando algunas partes del relato del paciente, que quizás el terapeuta no le había dado relevancia, y recomendando retomar eso desde algún enfoque particular. Laura en su entrevista hace mención a esto de que sus compañeros que se encuentran detrás de cámara suelen ver más cosas que el terapeuta que está atendiendo el caso fundamentándolo con que es distinta la atención que puede tener el equipo, que el profesional dentro de la sesión. Estos momentos del debate en equipo sirven también para poder ver qué atribuciones son las que el terapeuta le da a eso que le están remarcando otros colegas sobre el paciente y su comportamiento, tal como lo destaca Fernández (2009). Laura en su entrevista mencionó lo sorprendida que se encuentra a veces al escuchar las cosas distintas que piensan los distintos profesionales sobre el mismo tema. Destaca la amplitud del panorama que estos intercambios con sus compañeros le brindan sobre el caso. Las terapeutas entrevistadas coincidieron, además, en que las distintas visiones de los terapeutas permiten una co- construcción de los casos (Fernández, 2009) y presentan una amplitud de la perspectiva de cada uno, siendo definido como beneficioso por Banderas y Vásquez (2018).

La terapeuta Julieta cuando se la indaga en la entrevista sobre las distintas reformulaciones que se generaban entre el equipo, hizo mención a una sesión en particular. Ella cuenta que, en unos de los encuentros intermedios entre los terapeutas, previo al cierre de la sesión, se generó un debate muy particular. Ante una situación que relató una paciente generó múltiples opiniones de los profesionales, lo que derivó en dos posiciones bastante marcadas y opuestas. Julieta manifestó estar de acuerdo con una de las posiciones, pero como la supervisora consideró más oportuna la otra postura, ella tuvo que retomar la sesión desde ese punto de vista en el que no estaba tan de acuerdo. Esa sesión que Julieta menciona pudo ser presenciada durante las observaciones, y se vio que la terapeuta finalmente le presentó una connotación positiva a la paciente sobre esa situación, tras lo hablado en el momento de intercambio del equipo. Este tipo de connotación es una de las posibles que pueden brindarse en las reformulaciones, así lo explican Compañ et al. (2012).

La supervisora, por lo que pudo observarse, suele recomendar algunas reformulaciones a los terapeutas para que apliquen en la sesión, a veces indicándolo por chat o en los espacios de debate. En ocasiones la supervisora le remarca partes del relato del paciente al terapeuta del caso y le sugiere que utilice las mismas palabras que su paciente, para proponerle una visión diferente sobre lo que manifiesta, siendo esta una de las propuestas de Monzón (2018). En una sesión que se pudo presenciar, una paciente estaba hablando de una situación que debía afrontar, en la que no se sentía tan confiada y la terapeuta le estaba dando ánimo, diciéndole que confiaba en que ella iba a poder enfrentarlo. La supervisora ingresó a la sesión prendiendo su cámara y micrófono avisando previamente a la terapeuta vía chat. Al entrar, le dice a la paciente “yo creo que la terapeuta es muy optimista, yo no sé si realmente vas a poder, es muy complicado”. Se le estaban presentando a la paciente dos visiones y posiciones opuestas sobre la misma situación, y parecía, incluso, que a modo desafiante la paciente podría llegar a inclinarse hacia la postura de la terapeuta. Esta muestra de visiones contradictorias que se le mostraron a la paciente pareció tener sus efectos positivos en la sesión siguiente, cuando la paciente manifestó que se había animado a enfrentar esa situación, y que, aunque no sabía que podía pasar en un futuro, se sentía satisfecha de haber podido enfrentarlo, demostrándose que las reformulaciones en los procesos terapéuticos generan resultados positivos como sostiene Monzón (2018).

En base a lo observado, antes del cierre de la sesión cuando se junta el equipo y el paciente está en sala de espera, a partir de las reformulaciones se genera una hipótesis y se analizan las posibles intervenciones para que el terapeuta pueda transmitírselo al paciente, coincidiendo con lo propuesto por Boscolo y Bertrando (1987). Estela, la supervisora, sobre este punto aclara que, si bien todas las visiones aportan, es necesario poder centralizar los aportes y las reformulaciones de todos los terapeutas, porque si se le dan demasiadas indicaciones o ideas al terapeuta, no sería muy efectivo. Lorena, la coordinadora manifiesta que, en ocasiones, tiene muchas ideas sobre los casos pero que prefiere darle el espacio a otros terapeutas para que puedan participar la gran mayoría.

En base a las observaciones y entrevistas realizadas, la dinámica comunicacional en estos espacios supervisados de Cámara Gesell Online parecieran ser por lo general buena. La comunicación entre los terapeutas y la Supervisora pareciera ser constante y efectiva.

En cuanto a las reformulaciones que se generan sobre los casos vistos en la institución, las terapeutas entrevistadas, en general, destacan aspectos positivos, con excepción de algunos momentos en los que puede representar una incomodidad para el terapeuta si su postura no coincide con la sugerida por el equipo o la supervisora. Ana, una de las entrevistadas, comenta que en ocasiones tiene algunos pensamientos y que, al hablar con el equipo puede terminar de formular esa idea. También manifiesta que hay veces que quiere incorporar algunas opiniones de sus colegas que le parecen acertadas para el caso, y que es todo un desafío adaptarlas e incorporarlas en su discurso, siendo que cada uno tiene sus formas para transmitirlos. Esta diversidad de maneras que hay de poder realizar reformulaciones es uno de los aspectos importantes que destaca Monzón (2018). También puede observarse que las reformulaciones entre los terapeutas favorecen la co- construcción de los casos (Fernandez, 2009).

5.3 Aporte de los espacios de supervisión en Cámara Gesell a los terapeutas supervisados en una institución sistémica.

A continuación, de las observaciones y entrevistas realizadas se realizará un análisis de los aportes a los terapeutas de estos espacios supervisados en Cámara Gesell.

Las terapeutas entrevistadas, en general, destacaron aspectos positivos de estos espacios. Andrea, una de ellas, destacó la importancia que tienen estos espacios supervisados cuando uno se está formando como profesional, siendo esto marcado como fundamental por Banderas y Vásquez (2018) para poder dar una buena atención.

Daskal (2008) menciona que los supervisores pueden presenciar o no las sesiones, siendo distintas formas de supervisar, y por lo que pudo observarse en esta institución se dan ambas. Los terapeutas de la institución tienen dos espacios de supervisión, uno es en el que se reúnen para hablar de sus casos; el otro es con la sesión en vivo en Cámara Gesell, y en ambos está presente siempre la supervisora. Andrea en su entrevista manifestó que brinda tranquilidad que alguien esté supervisando. Señala, a modo de ejemplo, ocasiones en las que aparecen dificultades como cuando los pacientes rechazan todo lo que se les dice, y que tener a la supervisora, con su experiencia, para aconsejarla en esos momentos es fundamental.

Se observó en varias sesiones en Cámara Gesell que la supervisora suele indagar a los terapeutas si la intervención que quieren es realmente necesaria en ese momento, o

también sugerirles en qué momento futuro sería más oportuno. Laura, terapeuta, afirma que Estela, la supervisora, las guía hacia qué lado ir. Ana, en su entrevista, menciona que en el espacio de debate entre los terapeutas antes de darle el cierre a la sesión, la supervisora a modo de conclusión indica cosas que son claves para poder terminar el encuentro. Esta postura protagónica que tiene Estela es una característica de los supervisores definida por Daskal (2008).

En los espacios de debate entre el equipo, Laura, una de las terapeutas, mencionó que es importante no perder el objetivo o la dirección de la sesión cuando hay muchas opiniones o sugerencias de los demás terapeutas. Manifiesta que el equipo recomienda preguntar cosas al paciente, pero que es responsabilidad del terapeuta no ceder en todas las propuestas, teniendo que analizar y decidir si realmente tiene sentido preguntarle o decirle eso al paciente. Este aspecto que ella relata se relaciona con poder sostener la propia individualidad, ante las diferencias de los integrantes, siendo esto importante cuando el terapeuta se encuentra en formación, tal como lo indica Hernao et al. (2012).

Las terapeutas entrevistadas hablaron de los miedos que surgieron al principio cuando comenzaron a atender y cómo la supervisión con el dispositivo de Cámara Gesell las ayudó a afrontarlos. Ana reconoció sus temores antes de empezar a atender en Cámara, cuando pensaba que no iba a poder explayarse por estar el equipo del otro lado del vidrio observando. Pero manifiesta que, por el contrario, cuando comenzó a atender a sus pacientes al percibir el respaldo del equipo tuvo menos miedo a equivocarse y poder soltarse más. También agregó que sentía una mayor confianza para realizar algunas intervenciones que quizás atendiendo sola, piensa, no se animaría a hacerlas. Por lo mencionado, estar supervisados pareciera empoderar a los terapeutas, permitiéndoles ir definiendo su propio estilo en el camino como marcan Banderas y Vásquez (2018). La terapeuta Andrea también manifestó tener miedos al recibirse de no tener las herramientas suficientes, pero que este espacio y el equipo de terapeutas le dieron seguridad. Este tipo de cooperación entre los profesionales es necesario para poder superar estas dificultades y angustias propias de cada terapeuta (Hernao et al., 2012).

A este tipo de formación en Cámara Gesell, la supervisora lo suele definir en una frase que pudo escucharse en las sesiones presenciales y en las entrevistas a las terapeutas. Estela lo llama: "*terapia con rueditas*", realizando una analogía con el aprendizaje inicial de andar en bicicleta. La supervisora describe el comienzo de la atención como el momento en el que andas con la bicicleta con rueditas, y cuando vas adquiriendo equilibrio o mantenimiento, es como ir sacando esas rueditas.

Otro de los aportes importantes de estos espacios supervisados en Cámara Gesell, en el que coinciden las terapeutas, es el aprendizaje. Es importante ir chequeando el avance del mismo en los terapeutas supervisados según Daskal (2008). Estela, la supervisora, en su entrevista destaca que hay un antes y un después de los terapeutas en Cámara Gesell. Ella resalta, del dispositivo, lo positivo de poder verlos casos en vivo, pudiendo aprender sobre lo que ven y lo que hacen. Menciona que también es un beneficio para los pacientes poder ser vistos por varios terapeutas teniendo varias perspectivas posibles sobre su problemática.

Ana, terapeuta, en su entrevista hace mención a que es un aprendizaje continuo, que pudo ir incorporando cosas de observar a sus compañeros y aprender mutuamente entre ellos. Esta retroalimentación entre los profesionales es algo que destacan Boscolo y Bertrando (1987) como importante en la formación terapéutica. Para Julieta, otra de las terapeutas, este espacio en la institución ofrece un doble aprendizaje, por un lado, práctico y, por otro, teórico. Lorena, la coordinadora, afirma que en cuántas más cámaras participen los terapeutas, más van a aprender. Laura y Andrea coincidieron en que estos espacios supervisados en Cámara Gesell como tales, les brindaron un mejor manejo del timing: en qué momentos decir las cosas, cuándo es oportuno y cuándo no.

Para la terapeuta María, poder formar parte de un equipo te aleja del trabajo solitario, y te mantiene actualizado permanente. Agrega que se siente acompañada y apoyada por sus compañeros y que se imagina trabajando siempre en equipo.

De las observaciones y las entrevistas realizadas, puede deducirse que estos espacios de Cámara Gesell Online resultan de gran importancia para la formación profesional. Estos espacios parecieran haberles aportado grandes herramientas a los terapeutas a nivel profesional. Se observó un buen clima de trabajo, constantemente, en el equipo, y, aparentemente, esta modalidad online podría continuar, complementando a la modalidad presencial previa. Pareciera resultar beneficioso el trabajo en equipo entre terapeutas, por el aporte recíproco y la diversidad de visiones resultantes que amplían las perspectivas particulares de cada profesional, siendo esto último, según Banderas y Vásquez (2018), uno de los aspectos importantes para los terapeutas en formación

6. Conclusiones

6.1 Síntesis

En el presente trabajo se pudieron desarrollar satisfactoriamente los objetivos propuestos. Las observaciones y las entrevistas realizadas brindaron la información necesaria para poder desarrollar el presente análisis.

En principio, en cuanto al primer objetivo, la institución sistémica observada pudo adaptarse al contexto actual de pandemia por COVID-19, desarrollando y poniendo en práctica el uso de la Cámara Gesell Online. La aplicación de preferencia fue el Zoom, el cual tuvo gran adherencia en el exterior en el área terapéutica (Nadan et al., 2020). Otra de las aplicaciones utilizadas fue el WhatsApp, el cual demostró ser un gran complemento, ya que por esa vía se enviaban los links de las sesiones y se mantenía en contacto el equipo de terapeutas.

En relación al segundo objetivo, la dinámica comunicacional de estos espacios de Cámara Gesell Online, las terapeutas coinciden en que son fluidos, en general, teniendo presente aspectos positivos como negativos. En cuanto a los positivos, ellas destacan la herramienta del chat del Zoom, la cual les permite estar comunicadas permanentemente con la supervisora. También destacan la escucha y participación cuando quieren transmitir o comunicar una opinión. Como aspectos negativos, las terapeutas mencionan interrupciones, como pérdidas de señal que generan cortes o delay, que pueden ocurrir por problemas en la conectividad, remarcado como una posible dificultad por González-Peña et al. (2017). Es por eso que el terapeuta busca y trata de recomendarles a los pacientes buscar un lugar que tenga buena señal, tal como sugiere Mercado (2020), para evitar estos inconvenientes. Otra de las dificultades que se mencionan, que también pueden observarse son las interrupciones entre los terapeutas cuando comienzan a hablar dos o tres al mismo tiempo, pisándose entre sí sin intención, debido a la cantidad de participantes y la imposibilidad de predecir quién está próximo a hablar.

Las reformulaciones parecen estar muy presentes en estos espacios supervisados en Cámara Gesell Online. El intercambio entre los terapeutas se observa como enriquecedor para la co- construcción de casos (Fernández, 2009), permitiendo ampliar la perspectiva de cada terapeuta sobre sus pacientes (Banderas & Vásquez, 2018). Las terapeutas entrevistadas manifiestan estar, en ocasiones, sorprendidas ante las distintas visiones que tienen los demás sobre sus pacientes, y destacan que surgen ideas que probablemente a ellas no se les hubieran ocurrido. Resulta interesante haber podido

observar las distintas atribuciones que realizan los terapeutas sobre los pacientes y sus comportamientos (Fernández, 2009).

En relación al tercer objetivo, acerca de los aportes de estos espacios supervisados, las terapeutas entrevistadas, incluyendo la directora, destacan como beneficiosos diversos aspectos. Uno de los beneficios que mencionan es el de la experiencia como primer acercamiento a lo terapéutico, permitiéndoles atravesar miedos iniciales de la atención a pacientes. Algunas de las terapeutas hicieron mención a la sensación de inseguridad al principio, cuando comenzaban a atender, pero que los espacios supervisados en Cámara Gesell Online les permitieron ir tomando confianza con el tiempo. Este empoderamiento que perciben estando supervisadas es lo que según Banderas Vásquez (2018) va a permitirles ir encontrando su propio estilo. También, las terapeutas en sus entrevistas mencionaron que se sentían acompañadas y respaldadas con el equipo. Es por estas cuestiones que la cooperación del equipo de terapeutas ayuda a poder superar las angustias de cada profesional (Hernao et al., 2012).

Otro de los aportes que brindan estos espacios es el aprendizaje, siendo uno de los aspectos importantes a chequear en los terapeutas en sus supervisiones clínicas según Daskal (2008). Estela, la supervisora hace mención de que hay un antes y un después de los terapeutas en Cámara Gesell. Ella utiliza una frase, que representaría este proceso y es “*terapia con rueditas*”, realizando una analogía con el comienzo del camino del terapeuta, siendo las rueditas estos espacios supervisados en Cámara Gesell. La terapeuta Julieta menciona que el formato utilizado en esta institución permite un doble aprendizaje, por un lado, teórico y, por otro, práctico. Ana en su entrevista habla de un aprendizaje que surge de observar a sus compañeros, incorporando elementos que ellos utilizan. Esto genera una retroalimentación, en la que, mediante la observación, todos aprenden de todos (Boscolo & Bertrando (1987).

En rasgos generales, por las observaciones y las entrevistas realizadas, los espacios supervisados de Cámara Gesell Online parecen ser beneficiosos. Las terapeutas, si bien mencionan aspectos positivos y otros negativos, estos últimos podrían llegar a mejorarse con el tiempo, teniendo presente lo novedoso de la adaptación terapéutica a este formato online. Del análisis, en general, puede destacarse también la importancia del trabajo en equipo entre los terapeutas, donde prima el acompañamiento, y lo relevante de tener supervisión de los casos en vivo. Las reformulaciones toman gran protagonismo, brindándoles una amplitud de perspectiva a los profesionales sobre los pacientes, generando una co-construcción de casos.

6.2 Limitaciones

En cuanto a las limitaciones, una de las dificultades durante la investigación y las observaciones de las sesiones en vivo fue el de la conectividad. Por momentos la señal de internet era mala, provocando una interrupción en el diálogo entre los terapeutas y dificultando el entendimiento de las ideas. También se dieron algunos inconvenientes con los dispositivos a la hora de conectarse a las cámaras, por ejemplo, si la computadora se tildaba, en ocasiones podía perderse la oportunidad de ingresar a ciertas sesiones. Si el ingreso no se realizaba a horario, luego no era viable por la posible interrupción en el encuentro. Lo mismo podría ocurrir con la señal de internet, aunque se haya ingresado a horario y se esté formando parte de la sesión, si la señal se perdía, el Zoom se cerraba y ya no se podía volver a ingresar en el mismo momento. Teniendo presente estas limitaciones, tanto la coordinadora como la directora, en algunas ocasiones, permitían el reingreso en algún momento de encuentro entre los terapeutas, cuando la paciente no estaba presente.

Una de las limitaciones a nivel teórico que se presentó fue la búsqueda de bibliografía referida a la cámara Gesell online, ya que se encontró poco material sobre este dispositivo. Si bien hay muchas investigaciones en curso sobre las terapias online, hay pocos estudios sobre el dispositivo de Cámara Gesell Online como tal. Estas limitaciones se identifican como propias del contexto actual de pandemia por COVID-19: muchas terapias y terapeutas debieron adaptarse a formatos alternativos tecnológicos, ante la imposibilidad de la presencialidad.

6.3 Perspectiva crítica, aporte personal y nuevas líneas de investigación

Durante las entrevistas, entre las terapeutas, se pudo identificar diferentes posturas en torno a la modalidad de atención presencial y la virtual. Hay terapeutas que prefieren esta modalidad online a distancia, mientras que otras prefieren volver a lo presencial. Incluso en las mismas terapeutas se les presenta una ambivalencia porque, por un lado, prefieren la virtualidad por diversos beneficios como la accesibilidad y la flexibilidad horaria, pero también prefieren lo presencial por aspectos que tienen que ver con el desarrollo del vínculo terapéutico, aspectos comunicacionales, y la independencia tecnológica. Estas cuestiones dificultan poder delimitar cuál es la modalidad de preferencia, aunque pareciera haber cierta inclinación por el formato virtual, por la experiencia descrita por las terapeutas y la obtenida de las observaciones realizadas. En base a la investigación realizada, podría considerarse que la modalidad online es efectiva,

y podría instalarse, pero como una complementariedad, teniendo presente la libertad del paciente de elegir cuál es el formato que le ofrece mayor comodidad y seguridad. Se podría alternar entre las dos modalidades durante el proceso terapéutico, donde las primeras sesiones sean presenciales en pos de un desarrollo positivo del vínculo terapéutico, y luego alternar con encuentros virtuales.

Otros aspectos que presentan dificultades observables son los tiempos de debate entre los terapeutas y la cantidad de terapeutas participantes en las sesiones de la Cámara Gesell Online. Respecto a los tiempos de encuentro entre los terapeutas, específicamente en medio de la sesión, en ocasiones se extienden bastante y el paciente queda mucho tiempo en espera. Esto además de ocupar tiempo de la sesión en sí, podría generar una desconcentración o desconexión en el encuentro. Al haber, en general, tres momentos de diálogo entre terapeutas - uno al comienzo, otro en medio y uno al final de cada sesión-, podría utilizarse más tiempo de debate en el final una vez que el paciente se haya retirado, y pautar un límite aproximado como parámetro de duración del tiempo intermedio.

En relación a la cantidad de terapeutas participantes, por momentos hay un gran número de ellos, y durante los encuentros se dificulta la posibilidad de participación de todos o la fluidez de la comunicación, ya que todos los terapeutas intentan dar su punto de vista y en ocasiones pueden interrumpirse sin intención. Podría sugerirse que, ante la cantidad de terapeutas de la institución, pudieran seleccionarse una cantidad determinada de participantes por sesión y asignar determinados terapeutas a cada caso, para que tengan el seguimiento del proceso terapéutico de ese paciente. Esta alternativa no anula la posibilidad de que los terapeutas puedan asistir a algún encuentro con Cámara Gesell, aunque no sea el asignado, sólo sería una medida para poder controlar la cantidad de participantes en cada sesión, permitiendo un margen de extensión a los que quieran sumarse a un caso, al que quizás no concurren habitualmente.

Esta investigación realiza un aporte pragmático en el área de la Psicología. Resalta la importancia del trabajo en equipo en el área de psicología. Destaca el uso del dispositivo de Cámara Gesell como posible implementación en la formación y el aprendizaje de los terapeutas, como así también lo fundamental de la supervisión constante de los profesionales. El presente trabajo evidencia lo positivo de los intercambios de perspectivas de terapeutas y la co- construcción de los casos. La implementación de un aumento a futuro de estas terapias bajo el formato de Cámara Gesell online o presencial, con la presencia de un equipo de profesionales podría ser

positiva para los terapeutas y para los pacientes, por la amplitud de perspectivas sobre los casos.

En relación a las nuevas líneas de investigación, sería importante poder realizar más estudios actuales sobre el uso de la Cámara Gesell en la formación de terapeutas. También podría resultar importante realizar investigaciones que puedan aportar evidencia sobre la eficacia de esta modalidad de terapia con Cámara Gesell en los procesos terapéuticos. Otro aspecto importante a considerar en un futuro sería crear una aplicación online propia de la Cámara Gesell Online, donde sus funciones se adapten y cuenten con todas las particularidades del dispositivo presencial. Si bien el Zoom posee varias características o funciones compatibles y es viable su utilización, hay algunas cuestiones que la exceden, ya que, no fue creado con esa finalidad. Por ejemplo, podría crearse una aplicación en la que pueda diferenciarse la sala de espera del paciente de la de ingreso de los terapeutas a la sesión, evitando cualquier confusión al momento de aceptar el acceso a la sesión. También podrían ajustarse elementos del formato de visión de la sesión de forma automática para que cuando ingrese el paciente, visualice al terapeuta en pantalla completa. Ya que, son cuestiones técnicas que con el Zoom deben hacerlo manualmente, con el recordatorio del terapeuta al principio del encuentro. Otro aspecto importante de una aplicación exclusiva para la atención en Cámara Gesell Online sería que cada terapeuta pueda acceder a la misma con un usuario y contraseña, como medida de seguridad, al momento del encuentro y no requiera del envío previo del link.

7. Bibliografía

- Banderas, M. I. P., & Vásquez, H. E. (2018). La Supervisión de psicoterapeutas, desde una aproximación sistémica. Experiencias en el ámbito clínico chileno. *FES Zaragoza, UNAM*, 8(15), 35-40.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of behavioral medicine*, 38(1), 4-17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>.
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1987). La terapia sistémica de Milán. *A. Roizblatt, Terapia familiar y de pareja*, (pp. 224-243). Santiago: Mediterráneo.
- Bustamante, A. R. (2016). La comunicación familiar. Una lectura desde la terapia familiar sistémica. *Latinoamericana de Estudios de Familia*, 8, 26-43.
- Cade, B., & Hudson O' Hanlon, W. (1993/1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Cárdenas, A. (2020). *Experiencias y retos en supervisión clínica sistémica*. Bogotá: Ediciones USTA.
- Compañ, V., Feixas i Viaplana, G., Montesano del Campo, A., & Muñoz Cano, D. (2012). La reformulación en terapia sistémica. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32749/1/REFORMULACION.pdf>.
- Cruz Fernández, J. P. (2009). Enfoque estratégico y formación de terapeutas. *Terapia psicológica*, 27(1), 129-142
- Daskal, A. M. (2008). Poniendo la lupa en la supervisión clínica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 17(3), 215-224.
- De Shazer, S. (1985/1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- García, E. S. (2012). Muybridge y Gesell: Pioneros de los métodos de investigación visual en Psicología. *Revista Costarricense de Psicología*, 31(1-2), 191-210.

- García, M. R. (2011). Reseña de " Teoría de la comunicación humana" de Paul Watzlawick. *Razón y palabra*, 75, 4-12.
- González, J. A. (2014). *Manual de orientación y terapia familiar*. Madrid: Asociación Científica y Cultural Iberoamericana.
- González-Peña, P., Torres, R., Barrio, V. D., & Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y salud*, 28(2), 81-91. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Herrera, E. C. U. (2016). Tecnología que evita la revictimización en niños, niñas y adolescentes: Cámara Gesell. *Hamut'ay*, 2(2), 58-66.
- Hoffman, L. (1981/1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de cultura económica.
- Juan, L. C. (2006). *Introducción a la sistémica y la terapia familiar*. Alicante: Club Universitario.
- Martínez, F. E. G. (2013). *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones*. Santiago de Chile: RIL editores.
- Mercado, R. G. (2020). Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del Covid-19 en México. *Psicología y Salud*, 30(1), 133-136.
- Minuchin, S. (1974/2001). Terapia estructural de la familia. En S. Minuchin (Ed.), *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., Fishman, H. C., & Etcheverry, J. L. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Monzón, M. A. G. (2018). La reformulación circular como herramienta principal del cambio en tiempo breve. El zarandeo cognitivo. *Revista REDES*, (38), 95-108.

- Nadan, Y., Shachar, R., Cramer, D., Leshem, T., Levenbach, D., Rozen, R., ... & Cramer, S. (2020). Behind the (virtual) mirror: Online live supervision in couple and family therapy. *Family process*, 59(3), 997-1006.
- Nardone, G. (1995/2002). El método estratégico en relación con otros modelos de psicoterapia. En G. Nardone (Ed.), *Miedo, pánico, fobias. La terapia Breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1990/2012). El arte del cambio. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (/1999/2012). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Olivella-López, G., Cudris-Torres, L., & Medina-Pulido, P. L. (2020). La telepsicología: una perspectiva teórica desde la psicología contemporánea. *Desbordes*, 11(1). <https://doi.org/10.22490/25394150.4078>
- Rivas, S. G. (2013). *Enfoque sistémico* (2 ed.). México: El Manual Moderno.
- Roldán Henao, M. C., Castaño Montoya, S. H., & Schnitter Castellanos, M. (2012). Entrenamiento en configuraciones vinculares de familia y pareja bajo la modalidad terapeuta-coterapeuta. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 63-75.
- Rousmaniere, T. (2014). Using technology to enhance clinical supervision and training. *The Wiley international handbook of clinical supervision*, 204-237.
- Selekman, M. D. (1993/2012). *Abrir caminos para el cambio: Soluciones de Terapia Breve para Adolescentes con problemas*. Barcelona: Gedisa.
- Soto-Pérez, F., Franco, M. Á., Monardes C., & Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(1),19-37.
- Tercero, R. P. (1994). Revisión histórica de la terapia familiar. *Revista psicopatología*, 1.
- Traverso, G., & Martínez, T. S. (2020). Telepsicología durante la pandemia. *Sistemas Familiares*, 36(1),37-48.

Vega, R. Z. (1993). El enfoque sistémico en terapia familiar. *Revista de Psicología*, 11(2),65-73.

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

Watzlawick, P. Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona:Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974/1976). *Cambio. formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.