

Universidad de Palermo

Facultad de Ciencias Sociales

Trabajo Final Integrador

“De supervisión a co-visión en un centro de terapia sistémica”

Alumna: Castro, María Agustina.

Legajo: 0102012

Tutor: Rubert Rosado

Ciudad de Buenos Aires, 13 de Diciembre de 2021

Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	1
2.1. Objetivo general	1
2.2. Objetivos específicos	1
3. Marco Teórico.....	2
3.1. Conceptos centrales de la terapia sistémica.	2
3.2 Sistema consultante.....	6
3.3 Supervisión.	7
3.3.1. Tipos de supervisión.	10
3.3.2 Supervisión colaborativa y Co-visión	12
4. Metodología.....	16
4.1. Tipo de estudio.....	16
4.2. Participantes.....	16
4.3. Instrumentos.....	17
4.4. Procedimientos.....	17
5. Desarrollo.....	18
5.1.1. Describir el proceso de supervisión que se realiza en un Centro de Salud Mental Sistémico.	18
5.1.2. Analizar el proceso por el cual en el centro de Salud Mental Sistémico se supervisa con una idea de co-visión entre supervisores y supervisados y sus implicancias para la práctica de los profesionales.	21
5.1.3- Determinar los beneficios y dificultades de la práctica de co-visión como proceso de supervisión para los profesionales del centro.....	22
6. Conclusión	24
7. Referencias Bibliográficas	30

1. Introducción

El presente trabajo se llevó a cabo mediante la participación en la Práctica y Habilitación Profesional V, del último año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo.

La modalidad de la presente práctica fue teórico-práctica, asistida de manera virtual, en una institución privada de terapia sistémica cognitivo conductual, que brinda asistencia, diagnóstico, tratamiento y formación, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las actividades realizadas en la institución fueron, asistencia y participación a espacios de supervisión a través de videoconferencias por la plataforma Zoom, entrevistas de admisión a través de videollamadas a los pacientes acompañados por el profesional, confección de historias clínicas, asistencia a encuentros informativos con profesionales de la salud mental brindadas por el Centro de Salud Mental y entrevista a los profesionales.

El tema elegido para realizar el Trabajo de Integración Final fue “De supervisión a Co-Visión en un centro de terapia sistémica”.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Analizar el proceso de supervisión en un Centro de Salud Mental Sistémico de la provincia de Buenos Aires.

2.2. Objetivos específicos

- 1.** Describir el proceso de supervisión que se realiza en un Centro de Salud Mental Sistémico.
- 2.** Analizar el proceso por el cual en el centro de Salud Mental Sistémico se supervisa con una idea de co-visión entre supervisores y supervisados y sus implicancias para la práctica de los profesionales.
- 3.** Determinar los beneficios y dificultades de la práctica de co-visión como proceso de supervisión para los profesionales del centro.

3. Marco Teórico.

3.1. Conceptos centrales de la terapia sistémica.

Entre los años 1952 y 1961, un grupo de profesionales al ver que el modelo psicodinámico individual comenzaba a mostrar sus insuficiencias, decide ampliar sus posibilidades de intervención e incorporar a la familia en la evaluación y el tratamiento dando lugar a la conformación del paradigma sistémico (Moreno, 2015).

En particular, a partir de la evolución de una parte de la psiquiatría, que observaba la importancia de la familia en la etiología de la esquizofrenia -y de otras patologías graves-, y de la aplicación de la teoría general de los sistemas (TGS), deviene el enfoque sistémico (Wainstein, 2006). También forman parte del origen de esta teoría los aportes multidisciplinarios realizados desde la biología por Von Bertalanffy (1976), desde la medicina por Ashby; desde la matemática con Wiener -fundador de la Cibernética-; y con el antropólogo Bateson entre otros (Moreno, 2015).

El paradigma sistémico contempla el todo y las partes, haciendo hincapié en las conexiones entre sus partes y la influencia de alguna de ellas sobre el todo, es decir sobre el sistema. Al adoptar esta perspectiva en términos de patrones que conectan las partes -y no solo de partes-, se hace evidente que en la conformación de diversos sistemas, sus funciones pueden organizarse de manera similar. Esto permite comprender sistemas muy heterogéneos tales como: un organismo, una pareja, una familia, una empresa, una ciudad, etc; e influir sobre éstos utilizando los mismos principios (Wainstein, 2006).

Esta nueva forma de interpretar al paciente o consultante, trajo aparejada la concepción de un método, que en lugar de observar la conducta humana desde un estudio deductivo de la mente, se centraría en el estudio de las manifestaciones observables de la relación a través de la comunicación (Watzlawick, 1967).

Si bien en la conformación del paradigma sistémico contribuyeron diversas disciplinas, hay tres que sobresalen por la relevancia de sus aportaciones: la teoría general de sistemas, la cibernética y la pragmática de la comunicación humana (Watzlawick, 1967).

Comenzando por la noción de *sistema* durante muchos años esta fue una teoría implícita en la filosofía y luego en la ciencia. En 1937, Von Bertalanffy comunica en la Universidad de Chicago, su teoría general de los sistemas (TGS), con la pretensión de crear una metodología de unificación transdisciplinaria de la ciencia (Wainstein, 2006). Dicha noción, es central, y

definida por la TGS como un conjunto de elementos, sus características y las relaciones entre los mismos (Watzlawick Weakland & Fisch, 1974). Por su parte, von Bertalanffy (1976) define el mismo concepto como una entidad teórica que alude a la existencia funcional de algo como un todo de elementos en interacción. Allí, la relación e interacciones entre las partes de un sistema interfieren en su comportamiento y en sus propiedades, por lo cual no concibe la existencia de causas en los elementos sino en las relaciones. Asimismo, expresa la existencia de diferentes tipos de sistemas –abiertos y cerrados-. Un sistema abierto se halla en constante interacción e intercambio de información con los elementos que componen los sistemas, entre otros sistemas y con el medio. Por el contrario, un sistema cerrado no realiza intercambios de información.

Siguiendo a Watzlawick et al. (1974), la propiedad por excelencia de los sistemas alude a la *totalidad*, ya que funciona por la interdependencia de sus partes y en relación a otros sistemas que lo rodean. Por consiguiente, esta propiedad de totalidad tiene consecuencias pragmáticas de primer orden, si el sistema es un todo interrelacionado y la cualidad de las partes depende de la organización, donde un cambio en cualquier parte del sistema llevará a una modificación del sistema en su totalidad y de las cualidades de los individuos que lo componen. Esta propiedad obliga a no concebir las relaciones como unilaterales, sino bidireccionales, donde las secuencias de información-comunicación son recíprocamente inseparables (Moreno 2015).

La segunda propiedad de los sistemas es la *circularidad*, donde innumerables elementos de un sistema influyen sus conductas entre sí de una manera compleja. Es el concepto de retroalimentación el modelo más elemental de circularidad, lo opuesto a la linealidad. El paradigma sistémico se centra en estudiar el circuito de *retroalimentación* constituido por los efectos que la conducta de un individuo tiene sobre el otro, las reacciones de éste y por el contexto. La misma puede ser positiva o negativa. Cuando es positiva, lleva al cambio, es decir, a la pérdida de estabilidad o equilibrio; y cuando es negativa, se mantiene la homeostasis de un sistema reduciendo cualquier desviación que resulte de la introducción de nueva información (Moreno, 2015). La retroalimentación devendría de vital importancia en el campo de la psicoterapia sistémica con el desarrollo de la noción de *cambio* que es característica de los sistemas y que presenta un doble ordenamiento. El cambio de primer orden, basado en la retroalimentación negativa, se refiere a aquel que equilibra las condiciones y mantiene el sistema en un nivel constante. Por el contrario, el cambio de segundo orden, basado en la retroalimentación negativa, y se posiciona como cualitativamente de mayor complejidad toda vez

que produce alteraciones al interior de la estructura del sistema u orden interno, iniciando las condiciones para el desarrollo de nuevas estructuras o pautas de conducta (Watzlawick et al., 1974).

Por último la tercera propiedad de los sistemas corresponde a la *equifinalidad* y *equicausalidad*. La primera refiere a que lo que explica el comportamiento de los miembros del sistema es la organización actual de la relación evitando remitirse al pasado o las condiciones iniciales. La segunda, explica que a partir de una misma condición inicial se pueden alcanzar estados finales diferentes (Moreno, 2015).

En segundo lugar la *cibernética*, fue un término acuñado por el matemático Weiner, hace referencia a un conjunto de campos que teorizan sobre el control y la comunicación, indistintamente de si son aplicados en máquinas, organismos o estructuras sociales. Este campo interdisciplinario, además de capitalizar los aportes de la TGS, se nutrió de diversas áreas de conocimiento tales como: teoría del control, teoría de la información, teoría de la comunicación, teoría del juego y teoría de la decisión. En particular Bateson aprovecharía los avances en la cibernética para comprender e influir en las relaciones humanas complejas, inicialmente con foco en las familiares). La misma contó con dos momentos diferenciados que corrientemente son englobados como *cibernética de primer orden* -en la cual se encuentra omitida la pregunta por el observador-, y *cibernética de segundo orden* -que, por el contrario, resalta la posición del observador, no sólo como parte fundamental, sino como capaz de incidir sobre aquello que observa-. Con la cibernética de primer orden la indagación por la estabilidad y el equilibrio de los sistemas -homeostasis- era fundamental. Sin embargo diversos investigadores fueron realizando críticas sobre esta cibernética que solo era capaz de describir sistemas cerrados, mientras que las personas, los seres vivos y sociedades se caracterizan por la inestabilidad y cambio -morfogénesis- con el transcurso del tiempo. Por ello, con la cibernética de segundo orden la búsqueda sería redireccionada hacia la comprensión del cambio, promoviendo un centramiento en la pregunta por el observador, es decir que daría lugar a la recursividad al promover la reflexión del conocimiento sobre el conocimiento. Dicha conceptualización devendría de capital importancia para el desarrollo posterior de la psicoterapia sistémica (Droeven, 1997).

Por último, en lo que respecta a la *pragmática de la comunicación humana*, la misma refleja aquellas reglas o propiedades simples que revelan consecuencias interpersonales básicas,

es decir, que si son respetadas conforman una comunicación eficaz, pero si son transgredidas dan lugar a una comunicación perturbada. Con los aportes de la psiquiatría, esta perspectiva considera a los síntomas como una de las diversas formas de entrada al sistema en tiempo presente, en desmedro de aquel principio explicativo de conflictos intrapsíquicos con origen en el pasado. Así, quedan configurados cinco axiomas:

El primero postula la imposibilidad de no comunicar, a partir del cual los mensajes que son intercambiados entre personas reciben la denominación de interacción, lo cual es una constante dado que toda conducta es una comunicación en un sentido amplio, que engloba lo verbal, tonal, postural y contextual. Incluso el silencio posee valor de mensaje dado que influye sobre los demás y tiene valor de comunicación.

El segundo diferencia los niveles de contenido y de relación de la comunicación. El nivel de contenido -o referencial- de un mensaje, transmite información o datos al margen de la validez o invalidez de sus postulados. Por el contrario, el nivel de relación -o conativo- demarca la vinculación que se produce entre los comunicantes clasificando al nivel de contenido del mensaje, lo cual configura una metacomunicación respecto de cómo es dicha comunicación, dando lugar a las comunicaciones eficaces.

Un tercer axioma describe la puntuación de la secuencia de hechos, que se produce en una secuencia de intercambios en una comunicación. Ante la dificultad de establecer un comienzo, dicha puntuación es relevante dado que al organizar los hechos, afecta las interacciones pudiendo generar acuerdos o desacuerdos entre los comunicantes (Linares, 2012).

Un cuarto axioma destaca la comunicación digital y analógica cuya utilización simultánea es propia de los seres humanos. El lenguaje digital refiere a la información sobre los objetos de manera verbal, es decir al contenido. La comunicación analógica se vincula con el aspecto relacional y representa todo lo no verbal como gestos, la entonación de la voz, la postura, etc. La dificultad para traducir de un lenguaje a otro, puede dar lugar a dilemas ante la pérdida de información que inevitablemente se produce.

Por último, el quinto axioma se refiere a la interacción simétrica y complementaria. Ambas se contraponen, dado que la interacción simétrica se basa en la igualdad de las conductas, mientras que la complementaria se basa en la máxima diferencia entre una posición superior y otra inferior (Watzlawick et al., 1967).

3.2 Sistema consultante.

En psicoterapia sistémica, la consulta se erige dando lugar al *sistema consultante*, constituido por el consultante y el consultor, en contexto. El primero es quien acude en busca de ayuda frente a un problema, padecimiento o sufrimiento al cual no le encuentra solución, el cual presenta un sentido difuso o indefinible. Dicho problema, no será entendido de manera individual sino como un fenómeno social, es decir, como un aspecto de un sistema determinado. El segundo, facilitará la exploración de ese estado -aparentemente inmodificable-, interviniendo en las conductas y orientado en promover cambios en dicho sistema disfuncional. De esta forma, si la conducta de manutención del problema es apropiadamente cambiada o eliminada, el problema será resuelto, sin consideración de su naturaleza, origen o duración (Ceberio & Linares, 2005).

Para ello, primeramente se debe realizar una exploración exhaustiva de las soluciones intentadas -fallidas- que contribuyen al sostenimiento y/o incrementación del problema. Las interacciones asistenciales de este tipo, ocurren en el marco de una entrevista cara a cara en la que se dan las siguientes condiciones: alguien que solicita ayuda, alguien se presta para darla y que tiene competencias y legitimidad para hacerlo, y por último debe contarse con un marco y entorno adecuado (Wainstein, 2006).

Desde la perspectiva sistémica las personas forman parte de sistemas, a su vez, estos sistemas pueden estar incluidos unos dentro de otros o compartir algunos de sus elementos con otros sistemas. Por consiguiente, el observador que delimita un sistema es parte de este; es decir, el terapeuta que atiende a una familia pasa a formar parte de un sistema, el sistema consultante (Walsh & Ceresato, 2020).

Por su parte, el terapeuta sistémico se caracteriza por ser directivo e influir activa y directamente en la modificación de las conductas, a partir de intervenciones o prescripciones, diseñadas de forma estratégica y focalizadas para desarticular la visión y el circuito que sostiene en el problema establecido. Entre ellas, las *intervenciones reestructurantes*, serán aquellas desarrolladas en el diálogo en sesión entre terapeuta y consultante dentro del contexto del consultorio. Mientras que las *prescripciones de comportamiento*, serán aquellas acciones dirigidas por el terapeuta al consultante para que se realicen fuera del consultorio, en el escenario real, y con los integrantes que participan en el sostenimiento del problema. En relación con éstas últimas, también se encuentran conformadas por las prescripciones *paradojales*, caracterizadas

por la presentación de una alternativa diferente que desafía la lógica racional y que con la implantación de un cambio de óptica es capaz de producir una ruptura del status quo (Ceberio & Watzlawick, 2010).

Así como el sistema consultante forma parte de una de las características principales de la composición de la terapia sistémica, ya que sin la formación de este sistema no tendríamos terapia propiamente dicha, otro componente indispensable para obtener buenos resultados e influenciar positivamente sobre la capacidad del psicólogo para llevar a cabo una terapia eficaz con el consultante, es la supervisión, espacio indispensable para poder desarrollar tanto la capacidad de observar al paciente, como observarse a sí mismo (Moreno, 2015)

3.3 Supervisión.

La supervisión clínica, es definida como un proceso interpersonal y colaborativo a través del cual se asegura que el ejercicio profesional se realice bajo los estándares éticos y legales requeridos; promoviendo y protegiendo el bienestar del paciente y de la profesión (Falender & Shafranske, 2004).

Ceberio y Linares (2005) manifiestan que el espacio de supervisión intenta descubrir y elevar el potencial de cada uno, de manera que se pueda aprender a utilizar de forma adecuada y eficaz las técnicas, los distintos enfoques y recursos. También se busca enriquecer el proceso de participación para aprovechar al máximo el espacio. Por ello, Moreno (2015) subraya que, en la mayoría de los modelos psicoterapéuticos, incluyendo el modelo sistémico, es considerado un componente imprescindible. Sin embargo, definir a la psicoterapia únicamente desde la relación terapeuta-paciente, impide superar la parcialidad de dicha dialéctica. En esta dirección, con la finalidad de incrementar el grado de complejidad de tal relación, se deben tomar en cuenta las atribuciones cognitivas que devienen de los mapas que construyen los participantes de la sesión, donde la labor de la supervisión es fundamental.

Las condiciones para la supervisión implican intervenciones breves que contribuyan a la buena conducción de la entrevista y la enseñanza al terapeuta sobre las técnicas que puede utilizar (Haley, 1976). En este sentido, la propia supervisión dentro de la terapia, trae como beneficio al terapeuta analizado el poder ver la herramienta del diagnóstico de una forma diferente a lo que es una construcción estática, y así poder adquirir la capacidad de verla como

una evaluación, en un determinado momento de análisis de la terapia (Minuchin & Fishman, 1981).

Por lo tanto, para que la supervisión sea lo suficientemente buena, debe basarse en el respeto hacia lo que el terapeuta trae con su forma personal para así poder establecer una relación colaborativa. Allí, el éxito o el fracaso de una supervisión depende en gran parte de las actitudes y estilos del supervisor, quien con frecuencia desarrolla el papel de profesor, consultor y apoyo para el terapeuta. Tales estilos son, el *facilitador*, un tipo de supervisión consultivo e interactivo en el cual tanto el supervisor como el supervisado, determinan la agenda de la sesión de la supervisión; el *confrontador y directivo*, donde la sesión es llevada adelante por el supervisor ofreciendo sus interpretaciones en base a los aspectos del paciente y los aspectos del terapeuta; el *experto*, en el cual el supervisor solo tiene en cuenta los aspectos del paciente, dejando de lado los del terapeuta; y por último el *orientado a la tarea*, mediante el cual el supervisor determina el trabajo durante la sesión y se focaliza en el contenido tomando en cuenta aspectos de la contratransferencia (Moreno, 2015).

Terapia y supervisión se determinan una a la otra, donde la terapia se debe aprender, y también es preciso aprender a enseñarla. Para ello, la presencia de un supervisor de alguna manera protege al consultante de aquellos errores que pudiera cometer el terapeuta, a la vez que propicia el vislumbramiento de nuevas estrategias y herramientas al mismo. Existen tres situaciones básicas en las que un supervisor guía a un terapeuta durante el tratamiento de un caso. En la primera de ellas, la supervisión didáctica de un terapeuta en formación, requiere de nuevos aprendizajes para hacer terapia. En la segunda situación, refleja la supervisión de un colega que tiene dificultades con un caso en particular requiriendo asistencia, la cual, podrá ser didáctica o no. La última situación pone en evidencia casos de supervisión de un terapeuta que se encuentra en el proceso de aprendizaje para lograr supervisar (Haley, 1997).

Anderson y Goolishian (1990) piensan que el rol del supervisor no es sólo enseñar lo que sabe y/o determinar al terapeuta qué debe hacer, sino también representar un recurso para el aprendizaje. En ese sentido, los supervisores clínicos, deben asumir la responsabilidad de entrenar, dirigir y estimular a los supervisados (González Brignardello, 2016).

Respecto al proceso de enseñanza y aprendizaje, éste puede expresarse en tres formas diferenciadas. En primer lugar, un terapeuta en formación discute un caso con un supervisor, confiando en sus anotaciones. La segunda forma corresponde a un terapeuta en formación, quien

muestra a un supervisor la grabación de una entrevista. En la tercera variante, el terapeuta en formación entrevista a un consultante en un consultorio con espejo de visión unilateral o delante de un video, mientras el supervisor puede ir observando y a su vez guiando la terapia, ya sea mediante sugerencias o invitándolo a discutir algún punto fuera de la habitación (Haley, 1997).

Con Anderson y Goolishian (1990), desde una postura posmoderna, la definición y objetivos de la supervisión, suponen visualizar el proceso de entrenamiento, al igual que el proceso terapéutico, como una actividad dialógica, es decir, una exploración conjunta. En este sentido, el sistema de entrenamiento que comprende al sistema de supervisión, es un tipo de sistema generador de significados o de lenguaje, en la cual el supervisor y el supervisado crean significados a través de sus diálogos.

Ante lo aquí expuesto, el principal propósito de la supervisión es proteger los intereses de los consultantes, es por esto que la supervisión cumple con funciones principales: la *función formativa*, donde la supervisión ayuda al terapeuta a desarrollar habilidades y conocimientos; la *función de apoyo o restauración*, en la cual a través de la supervisión el terapeuta se hace más consciente de los riesgos, oportunidades y formas de auto-cuidarse durante el trabajo terapéutico; y por último la *función de gestión o normativa*, donde el supervisor o terapeuta, mediante la supervisión con experiencia, es capaz de observar y controlar el trabajo que el terapeuta en formación está desarrollando con su paciente (Moreno, 2015).

El objetivo de la supervisión no será corregir errores del trabajo del supervisado, sino el formar un contexto que permita que se desarrollen nuevos significados, a la vez a que promuevan el aprendizaje y el cambio. Por eso mismo, el supervisor tiene como responsabilidad crear y facilitar un proceso en el que los terapeutas puedan ampliar sus opciones para conceptualizar y manejar el problema al que se enfrenta (Tarragona Sáez, 1999).

White (2002) plantea que el terapeuta puede reescribir y cambiar significados simbólicos de ciertos acontecimientos de su vida con base en la resignificación que hacen los pacientes de su propia vida. Es decir que la actividad terapéutica repercute en la relación que tiene el terapeuta con el mundo y en sus relatos de identidad personal, así como en la atribución de significados que hace de sí mismo, de su vida y de su trabajo, lo cual lleva a comprender la importancia de ser acompañado en el espacio de supervisión durante este proceso.

Finalmente la supervisión permite proteger a los clientes de la incompetencia y la intromisión excesiva, como también enseñar la terapia en el momento mismo en que se la practica (Haley, 1976).

3.3.1. Tipos de supervisión.

El formato habitual de la supervisión clínica es 1:1; pero debido a la creciente demanda a mejorar la eficiencia, se han desarrollado nuevos formatos, más flexibles y diferentes, como son las supervisiones entre pares, o grupos de supervisores especializados por áreas (González Brignardello, 2016).

Petetta Goñi y Kaplan (2018) reconocen actualmente tres modelos de supervisión, que son utilizados con mayor frecuencia en la clínica. En primer lugar, el modelo de supervisión de Hawkins, que considera dos categorías principales de supervisión, las cuales pueden ser dirigidas de manera directa o indirecta. La primera de ellas reflexiona sobre las notas tomadas por el terapeuta en sesión. Mientras que la segunda, se centra en cómo el proceso terapéutico se refleja en el aquí y ahora del proceso de supervisión. Éstas pueden ser diferenciadas a partir de tres estilos, dependiendo del énfasis en el foco de atención lo cual puede subdividirse en *el foco en la terapia (a)*, y *el foco en la supervisión (b)*.

- a. |Según Moreno (2015) el *foco en la terapia* comprende: exploración del contenido en la sesión; exploración de las estrategias e intervenciones usadas por el terapeuta; y exploración de la relación terapéutica. La primera tiene como meta, ayudar al terapeuta a que presente al paciente sin prejuicios y ayudarlo a que lo vea como una persona única, para luego poder avanzar en el contenido de la sesión, contemplándose como un microcosmos del macrocosmos que es la vida de esa persona. La segunda, tiene como objetivo no sólo ver cuáles han sido las estrategias e intervenciones utilizadas, sino también cuándo y porqué las ha utilizado el terapeuta, y de esta manera aumentar las elecciones y habilidades de este. Y, por último, la tercera pone el foco en la relación entre el terapeuta y el consultante, cuya meta es que el terapeuta aumente su *insight* sobre la dinámica de la relación. Con lo cual, el supervisor debe intentar ayudar al terapeuta a ver la

relación como un todo y no sólo desde su punto de vista, centrándose en las emociones del terapeuta hacia el paciente (Moreno 2015).

- b. Por otro lado, el foco en el proceso terapéutico según se refleja en el proceso de supervisión, comprende el foco en el proceso del terapeuta, centrándose en la contratransferencia, dónde el supervisor debe discernir si los sentimientos del terapeuta tienen que ver con la propia biografía o con sus deseos proyectados en el paciente, o bien si se está “actuando” el papel que el paciente le ha transferido. Así mismo, se pone *el foco en el proceso del aquí y ahora*, en el que se explora cómo lo que sucede en la sesión de supervisión puede actuar o mimetizar algunas dinámicas escondidas de la sesión de terapia y trabajar este paralelismo. Por último *el foco está en la contratransferencia del supervisor*, en la cual éste utiliza sus propias respuestas emocionales para dar luz sobre algunos aspectos de la terapia al terapeuta que supervisa (Moreno, 2015).

Por su parte Petetta Goñi y Kaplan (2018), hacen mención del segundo *modelo de supervisión basada en eventos críticos*, que busca resolver las complicaciones interpersonales que se dan en la relación entre terapeuta y consultante, donde se imponen metas mínimas que el terapeuta en formación debe cumplir a lo largo del proceso de supervisión. Según Moreno (2015), este modelo trabaja con una serie de eventos, tales como, mejorar dificultades y déficits de habilidades, aumentar la conciencia multicultural, negociar conflictos de rol, abordar pensamientos, sentimientos o conductas problemáticas del terapeuta, entre otros.

Finalmente, en el último *modelo de supervisión integradora basada en la construcción de narrativas terapéuticas*, tanto el supervisor como el terapeuta en formación mantienen una conversación colaborativa, en donde el primero intenta identificar y animar las fortalezas del segundo (Petetta Goñi & Kaplan, 2018). Aquí, el objetivo de la supervisión es entrenar a los clínicos para que puedan reconocer y adaptarse a las necesidades de sus pacientes desde una posición de comodidad y con una actitud centrada en potenciar su empoderamiento, para ello se elige como punto de partida la narrativa de la queja inicial del paciente (Moreno, 2015).

Por otro lado, Haley (1997) expone también otras tres formas de supervisión. La primera es la *supervisión conversacional*, en la cual el terapeuta intenta describir la situación de su paciente, de manera tal que permita que su supervisor pueda aconsejar y guiar. Para ello, el supervisor escucha la descripción del caso e interroga acerca de lo que pudo haber sucedido

durante la entrevista para que su supervisado presente el problema en tales términos. En este tipo de supervisión, resulta inevitable que el supervisado brinde una versión distorsionada del caso. La *supervisión por video* pone énfasis en observar lo que sucedió, gracias al formato en el que se presenta el caso, con lo cual -a diferencia de la supervisión conversacional- se puede ver en acción al terapeuta y al paciente y/o familia, a la vez que se permite apreciar el diálogo, el tono de voz y el lenguaje corporal. Finalmente, *la supervisión en vivo*, donde simplemente es más provechoso, donde la asistencia por parte de otras personas expertas que observen el mismo caso, posibilitan una mirada más compleja y abarcativa, en la cual se puede asistir al terapeuta en cuestiones prácticas durante la sesión.

Si bien en el transcurso de los años se consolidó la noción de supervisión, algunos de sus elementos fueron problematizados, dando lugar a la aparición de nuevas conceptualizaciones. En dicho contexto emerge la noción de supervisión colaborativa, como otra forma de supervisar. A continuación se le brindará un apartado especial a este tipo de supervisión debido a que es el tema central de este trabajo y específicamente porque de aquí surge el nuevo concepto de co-visión.

3.3.2 Supervisión colaborativa y Co-visión

La supervisión colaborativa, es definida como un diálogo cara a cara donde prevalece la voluntad de un aprendizaje mutuo e intenso y una relación de poder transparente, donde el énfasis está puesto en asegurar el bienestar de los consultantes (Hernández, 2007). La misma tiene como objetivo influir positivamente sobre la capacidad del supervisado para llevar adelante una terapia eficaz para el consultante (Moreno, 2015). Por otro lado, permite brindar protección a los clientes de la posible incompetencia e intromisión excesiva, como también enseñar la terapia en el momento mismo en la que se la practica (Haley, 1976).

Con el transcurso del tiempo, el uso del término supervisión ha sido criticado, debido a que podría referirse a una posición de superioridad entre los terapeutas, es decir, una superposición. Por el contrario el rol de los mismos, debiera ser igualitario, donde la diferencia se corresponda con obtener una perspectiva diferente que oriente al terapeuta que lleva adelante el caso. En este sentido, han ido apareciendo nuevas conceptualizaciones y/o denominaciones que se orientan al desarrollo de nuevos términos, entre los que pueden mencionarse: discusión clínica

en perspectiva, discusión clínica participante, supervisión colaborativa, y el de co-visión (Moreno, 2015).

Al respecto, Haley (1976) expresa que es más conveniente establecer reglas en las que nadie debiera poder criticar el trabajo de otros -exceptuando aquellos casos que brinden una crítica constructiva y positiva- lo cual lleva al impedimento de comentarios destructivos, evitando que los terapeutas en cuestión sientan dificultades o incomodidad al momento de expresar sus casos, inquietudes o aportes.

Por ello, la supervisión deviene como una forma especial de co-terapia que presenta una importante ventaja, dado que junto con el respaldo del supervisor, la supervisión podrá enfocar las singularidades de la sesión. Así, la comprensión de la dinámica general de la familia y del sistema terapéutico, pasa a constituir el fondo, toda vez que se convierte en figura el manejo de las interacciones terapéuticas (Minuchin & Fishman, 1981).

El concepto de supervisión colaborativa oscila entre dos polos. Uno de ellos ubica la supervisión explícita colaborativa, en la cual el supervisor invita, empodera y se muestra abierto a la participación activa del supervisado en este espacio, que resulta importante para el establecimiento de la alianza. Por el contrario, el otro polo es el de supervisión no colaborativa, en el cual el supervisor puede no requerir la entrada del supervisado en la relación (González Brignardello, 2016). En relación al primer polo, la supervisión como un proceso colaborativo, incluye a todos los participantes.

Por su parte, Bobele, Gardner y Biever (1995), ven la supervisión como un proceso colaborativo, aun cuando los participantes tengan diferentes niveles de experiencia. No presuponen que el supervisor tiene acceso a información privilegiada acerca de la terapia, del cliente o del supervisado. Aspiran a crear un ambiente que permita el diálogo entre el supervisor y el supervisado. La supervisión es una oportunidad para entender de qué manera los supervisados entienden la situación terapéutica y por su parte los supervisores se esfuerzan por encontrar maneras de compartir la perspectiva del terapeuta, por lo cual se puede utilizar un equipo reflexivo como una forma específica de supervisión en la que un integrante del equipo entrevista al terapeuta, mientras que los otros ofrecen sus reflexiones.

Respecto al contexto de supervisión, podría considerarse que la manera más beneficiosa para este espacio debería estar conformado por un grupo de terapeutas con distintos grados de experiencia. El equipo es un concepto abierto, sus integrantes pueden variar y con frecuencia

tienen "terapeutas visitantes", es decir, terapeutas que visitan alguna sesión, participan en la conversación terapéutica entre el cliente y su terapeuta y también conversan con el terapeuta frente al cliente (Anderson & Goolishian, 1990). Por consiguiente en un contexto de supervisión colaborativo ideal debe haber un equipo formado por novatos y los terapeutas experimentados que aportan una amplia gama de experiencias y una gran variedad de prácticas clínicas al proceso de aprendizaje. Este contexto de equipo para la supervisión no es el equipo clásico como entidad, un grupo fijo que funciona en conjunto durante períodos de tiempo específicos utilizando el espejo unidireccional. En este caso, equipo significa una actitud hacia la práctica clínica y el aprendizaje que valora, honra e implica apertura, intercambio, colaboración y flexibilidad. Los equipos se unen en torno a una relevancia particular o tarea particular, y su forma y duración son moldeado por esa relevancia o tarea. La experiencia de supervisión evoluciona a medida que los supervisados experimentan una forma colaborativa y "conectada con" de construir significado, y por lo tanto aprender, con otros. En los espacios de supervisión colaborativa, la posición de no saber facilita una relación de colaboración y un proceso participativo (Anderson & Swim, 1995).

El espacio de supervisión colaborativa, podría considerarse importante dentro de la formación terapéutica, ya que le permite al terapeuta desarrollar habilidades para interactuar adaptativa y flexiblemente, recurriendo a diversos códigos, modos y estilos comunicacionales. Aporta, además, el desarrollo de competencias interaccionales y reflexivas que posibilitan intervenciones basadas en el desarrollo de comprensiones sistémicas que llevan a co-construir la resolución de problemas. En el ejercicio de supervisión, los aprendizajes se pueden dar en diferentes aspectos: emocional, académico, experiencial y técnico, los cuales se afianzan en la práctica profesional. Es allí, donde la supervisión se complejiza, puesto que se configura como un escenario de formación, discusión académica e intercambio entre un equipo de profesionales y de personas (Román, 2020).

El término supervisión a veces genera incomodidad y ha sido criticado como se ha mencionado, por poner a un terapeuta por sobre otro en una super-posición. Con el paso del tiempo se fueron imponiendo nuevos términos (Moreno, 2015) como una nueva y actual forma de trabajar en supervisión aparece en escena el concepto de co-visión, utilizado por algunas ramas de la psicología, aunque hoy en día, no hay material teórico suficiente.

Por su parte, la idea de co-visión no se encuentra aún muy difundida, sin embargo, diversos autores como White (2002) señalan que el término *super-visión* evoca una relación jerárquica en la que la visión de una persona se encuentra por encima de la del otro. El mismo subraya que algunos autores han propuesto el término *co-visión*, el cual constituye una mejor alternativa, puesto pone de manifiesto la relación de poder que el supervisor presenta y que debe ser considerada a partir de las responsabilidades éticas indisociables del proceso terapéutico, pretende ofrecer una descripción igualitaria de la relación entre el terapeuta y el consultor. Con la adopción de la noción de co-visión, se habilita un proceso en la supervisión que permite discutir y *deconstruir* aquellas relaciones de poder que se suponían inmodificables, para erigir una perspectiva más colaborativa. En relación con lo anterior, Haley (1997) sostiene que la supervisión debiera ser menos jerárquica con preferencia por el trabajo en equipo, escatimando en el liderazgo del supervisor quien podría posicionarse en un rol tirano y verticalista que oprime las ideas y conductas clínicas de los supervisados.

La formación de los psicólogos clínicos y los terapeutas sistémicos, a lo largo del tiempo, se ha ido caracterizando por los procesos y procedimientos desarrollados en un contexto de super-visión, co-visión y meta-observación. La supervisión en el contexto formativo de clínicos y terapeutas, es el escenario de mayor impacto, tanto para el desarrollo de las habilidades y las competencias de la intervención como para consolidar el paradigma y la teoría del enfoque que se pone en acción. El espacio de supervisión colaborativo, trasciende la apertura de nuevas posibilidades, la creatividad y la innovación que se forman durante los procesos dialógicos, siendo la colaboración y la co-visión un proceso de reflexión sobre el self y los otros, sobre los dilemas y las formas éticas y co-responsables de propiciar el cambio. De tal manera que a este espacio de supervisión se le otorga el lugar como escenario formativo, el cual debe convertirse en un ambiente posibilitador de la emergencia emocional, que desde la conversación movilice las formas de comprensión de los dilemas humanos desde las puntuaciones que hace el terapeuta, el equipo de terapeutas en formación y el supervisor (Román, 2020).

Por consiguiente, hablar de poder en terapia y sobre todo en supervisión, trae consigo interpretaciones a fines del pensamiento construccionista social radical, que ideologiza esta noción. Como afirma Hernández (2007) citando a Michel Foucault, el poder como un algo o como una cosa concentrada o difusa no existe, es en realidad un acuerdo social, para describir los procesos de influencia y de control que se hallan en las relaciones y es por esto que la noción de

poder no debería mezclarse con las de empoderamiento y de colaboración, ya que estas últimas opciones relacionales animan el proceso de cambio y de aprendizaje, las cuales son esperables en una supervisión.

4. Metodología.

4.1. Tipo de estudio.

Se llevó adelante, para la realización del presente trabajo, un estudio de tipo cualitativo, descriptivo.

4.2. Participantes.

A. . Dos licenciados en psicología con formación específica en terapia sistémica, con el rol de coordinadores/supervisores, encargados de las supervisiones de la institución. Entre ellos, se encuentra el fundador del Centro de Terapia Sistémica, especializado en la formación de terapeutas y una de sus colegas, también parte de su equipo. Ellos, a su vez, fueron los participantes a los cuales, posteriormente, se les realizó una entrevista semidirigida para recabar información para el abordaje del trabajo integrador final.

B. Profesionales a cargo de guiar las entrevistas de admisión, responsables de las derivaciones de los pacientes a los psicólogos del centro que mejor se ajusten a los motivos de consulta y, a su vez, coordinadores del espacio de la práctica V de la Universidad de Palermo.

C. Psicólogos que requieren supervisión. En su mayoría, profesionales que están iniciando su paso por la clínica, con sus primeros pacientes y requieren de mayor compañía durante el proceso. Además, se suman psicólogos con más experiencia.

D. Alumnos de la carrera de psicología de la Universidad de Palermo, Universidad de Belgrano y la UBA, quienes fueron tomados en cuenta a la hora de la observación, ya que también realizaron aportes durante el espacio de supervisión.

Se observa que desde el inicio de la pandemia causada por el COVID-19, las supervisiones tuvieron suceso mediante la plataforma de Zoom. Ante esta eventualidad, el horario se flexibilizó para que tanto psicólogos como alumnos puedan asistir. Estas supervisiones se llevaban a cabo dos veces por semana y duraban alrededor de 60 a 90

minutos continuos. En ellas, se presentaba una media de 30 a 40 personas, entre las cuales asistían uno de los dos coordinadores/supervisores, un aproximado de 10 a 15 profesionales y la cantidad restante correspondiente al alumnado. Esto causaba que no siempre coincidieran los mismos participantes en las diferentes sesiones. El requisito excluyente que debían tener los psicólogos era su especialidad, ya que en este caso tenían que ser sistémicos, para poder formar y participar con mayor claridad y especificidad de las supervisiones.

4.3. Instrumentos.

- Observación participante y no participante en los espacios de supervisión brindados por la institución

- Entrevistas semidirigidas a los dos coordinadores de las supervisiones en la cual se recaudó información acerca de la dinámica de la supervisión dentro del centro de salud mental y sobre el concepto de co-visión que se utiliza . En las entrevistas se realizaron preguntas necesarias para la obtención de información que se buscaba, tales como beneficios y dificultades en la supervisión, diferencias entre la supervisión tradicional y la supervisión utilizada en el centro, cuáles son los procesos que se llevan a cabo en la supervisión dentro del centro, a qué llaman co-visión, por qué eligen esta dinámica de trabajo y cuál es el impacto que esta modalidad de supervisión genera en la práctica profesional. La dinámica de la entrevista se dio de la siguiente manera, primero se estableció una pre-entrevista en la que se recaudaron los datos personales del participante, se indicó una fecha para contactarse para realizar la entrevista propiamente dicha. Esta se realizó de manera virtual a través de la plataforma zoom y videollamada de Whatsapp, el estilo fue semidirigida, las preguntas fueron abiertas, pero guiadas, dando lugar a que el entrevistado pueda expresarse libremente pero aun así brindando la información que se requería.

4.4. Procedimientos.

Se observaron las Supervisiones de manera virtual, por la plataforma Zoom, Lunes por medio en el horario de las 14:00 horas con la duración de una hora y media y los días Jueves, también de por medio, en el horario de las 9:00 hasta las 10.30 hs.

Durante la Supervisión se tomó una posición de observación participante, con la posibilidad de intervenir cada vez que fue necesario.

Se realizaron entrevistas semidirigidas a los coordinadores que se encargan de las supervisiones de los días lunes y jueves. Las entrevistas se llevaron a cabo de manera virtual, con una duración de una hora o una hora y media aproximadamente, en la cual se recaudó información acerca de la dinámica y la importancia de las supervisiones y la información sobre el concepto de “co-visión” utilizado por la institución.

5. Desarrollo.

5.1.1. Describir el proceso de supervisión que se realiza en un Centro de Salud Mental Sistémico.

A partir de las observaciones participantes en los espacios de supervisión y las entrevistas semidirigidas a los coordinadores de las mismas, se pudo observar que el proceso de supervisión se inicia con el saludo de uno de los profesionales a cargo, dando lugar a la puesta en común de las dudas de los supervisados, sobre temas llevados adelante durante las sesiones de terapia. Estos espacios, por lo general, tienen una duración de una hora y media aproximadamente y se realizan dos veces por semana en distintos horarios. El coordinador del centro indicó que debido a la pandemia del virus Covid-19 las supervisiones pasaron de ser de forma presencial a llevarse adelante de manera virtual mediante la plataforma ZOOM.

El coordinador organiza los tiempos y responde a los interrogantes, pero también habilita la posibilidad de que el resto de los participantes de la supervisión puedan participar brindando sus opiniones y consejos a partir de sus saberes y experiencias, propiciando un ambiente colaborativo. Esto es coincidente con las recomendaciones de Falender y Shafranske (2004) quienes indican que la supervisión clínica, es más favorable cuando, es un proceso interpersonal y colaborativo.

Según la coordinadora entrevistada, uno de los objetivos principales en este centro de salud mental es, más allá de la ayuda a sus pacientes, la formación de sus terapeutas. Para esto es de suma importancia que en los espacios de supervisión, los terapeutas se hallen en un ambiente propicio que genere confianza y acompañamiento. Esto concuerda con lo planteado por Moreno (2015) en cuanto a que la clínica puede ser muy frustrante al comienzo, por eso acompañar el

proceso es necesario. La mayoría de los modelos psicoterapéuticos, incluyendo el modelo sistémico, consideran a la supervisión como un componente imprescindible.

En este espacio de supervisión, el supervisor o coordinador se corre del lugar de absoluto conocimiento, invitando al resto a participar, sobre todo a aquellos profesionales que están más capacitados a responder sobre determinados interrogantes. Por ejemplo, en uno de los espacios, la coordinadora a cargo, cedió la palabra a uno de los profesionales que estaba teniendo dificultades para llevar adelante una situación en particular con un paciente. La profesional a la que se llamará S, se encontraba brindando terapia a una paciente, M, con un marido con varios intentos de suicidio. Tras varias sesiones en las que se estuvo trabajando sobre el motivo de consulta, el marido de M logra cometer el acto y pierde la vida. La psicóloga lleva al espacio de supervisión el caso, expresando que su paciente no había reaccionado como ella esperaba y que sobre todo sentía haber sido más conmovida que M. La profesional brindó a la consultante sesiones más seguidas si era necesario, pero M no aceptó debido a que creía estar bien, pues, después de tantos años de trabajar sobre el tema, lo que había sucedido al fin de cuentas, era esperado. S manifestó en supervisión no saber cómo abordar la situación y qué estrategia utilizar. La coordinadora del espacio, brindó su opinión, pero a su vez, pidió a sus colegas con más experiencia en estos casos a que compartieran sus saberes y pudieran conseguir la mejor estrategia para su paciente y sobre todo una estrategia para que M pudiera atravesar la situación que tanto le había conmovido. Es así como, la definición y objetivos de la supervisión, suponen visualizar el proceso como una exploración conjunta (Anderson & Goolishian, 1990).

En la entrevista semidirigida realizada a uno de los profesionales y fundadores del centro, el mismo comentó que el estilo de supervisión que llevan adelante en esta institución es de tipo colaborativa y que específicamente esta institución llama a este estilo *co-vision*, una forma de “*ver con el otro, ya que la supervisión clásica pensada de alguien de mayor experiencia viendo desde más arriba el caso de otro colega, queda como reduccionista y lineal*”. Se pretende que los terapeutas aprovechen a formarse en estos espacios y que en esta formación devenga el compartir las experiencias y la generalización de conocimientos entre los terapeutas para poder desligarse de la palabra “super”. En relación a esto se puede inferir que la supervisión es un espacio importante ya que en él se intenta descubrir y elevar el potencial de cada uno, como también buscar enriquecer el proceso de participación para aprovechar al máximo el espacio (Ceberio & Linares, 2005).

El hecho de que el centro de salud mental sea de orientación sistémica, no quiere decir que no haya jerarquía, sino todo lo contrario, si se piensa en un modelo sistémico estructural de familia, la familia es un sistema y en ella hay jerarquías, por consiguiente en la supervisión también hay jerarquías de terapeutas de mayor experiencia a menor experiencia y un terapeuta que coordina la reunión. Estos son los componentes de la supervisión sistémica según la profesional y coordinadora del espacio de supervisión. El supervisor tiene como responsabilidad crear y facilitar un proceso en el que los terapeutas amplíen sus opciones para crear estrategias (Terragona Sáez, 1999).

La psicóloga a cargo de las supervisiones, en la entrevista expresó que desde el modelo sistémico, se debe pensar en un sistema consultante (paciente-terapeuta), donde el paciente trae su problema a la terapia, formando un nuevo sistema, con su terapeuta en el consultorio. A su vez, este terapeuta se dirige a su grupo de supervisión donde el coordinador del grupo junto con los otros colegas, forman un nuevo contexto, sobre el cual pensar el problema y donde todos colaboren con su visión. *“Se trabaja desde una epistemología construccionista, donde la realidad se construye desde la co-visión, desde la mirada de otros contextos”*, de tal manera que el objetivo de la supervisión se centre en formar un contexto que permita que se desarrollen nuevos significados promoviendo el cambio y nuevos aprendizajes (Tarragona Sáez 1999)

En el espacio de supervisión otra característica que se pudo observar se relaciona con la temporalidad. Cuando finaliza el tiempo para realizar las supervisiones, si algún profesional no pudo resolver en profundidad sus dudas o durante el proceso se le pidió que por la dificultad del tema se hablará luego, para permitir al resto de los participantes poder tener la palabra, se les suele ofrecer, por parte del coordinador seguir tratando el tema de forma privada.

En resumen el espacio de supervisión se realiza de manera on-line a través de la plataforma Zoom, con una duración de una hora y media, comenzando con el saludo del coordinador y seguido de ello la apertura al espacio de puesta en común las dudas y el debate de las mismas, permitiendo que todos los participantes expresen sus inquietudes y saberes. De este modo, es un espacio que brinda el beneficio de la formación y adquisición de herramientas para formar nuevas estrategias y arribar a un diagnóstico de una forma diferente a lo que sería una construcción estática (Minuchin & Fishman, 1981).

5.1.2. Analizar el proceso por el cual en el centro de Salud Mental Sistémico se supervisa con una idea de co-visión entre supervisores y supervisados y sus implicancias para la práctica de los profesionales.

En la institución, en los espacios de supervisión, se pudo observar un funcionamiento más colaborativo, en relación a esto, Haley (1976) indica, algunos prefieren a la supervisión con una dinámica menos jerárquica y más colaborativa, dónde prime el trabajo en equipo. La supervisora hizo énfasis durante la entrevista, que la idea que regía su centro era ser un espacio de formación, donde los terapeutas pudiesen sacar el máximo aprendizaje en los espacios de supervisión, dónde la información devenga del compartir las experiencias y la generalización de conocimientos entre los terapeutas. Como expresan Bobele et al. (1995) se puede utilizar un equipo reflexivo como una forma específica de supervisión en la que un integrante del equipo entrevista al terapeuta, mientras que los otros ofrecen sus reflexiones.

La supervisora de la institución indicó que al trabajar con terapeutas novatos, que están dando sus primeros pasos en la clínica, no pensar en un espacio en el que se encuentren cómodos para expresar sus dudas sería un error, hay momentos de crisis en el comienzo del terapeuta, todavía no ha desarrollado un estilo propio como terapeuta mismo, no tiene identidad y esto lleva tiempo, por eso la supervisión desde el comienzo es necesaria, facilita la observación y el control del trabajo del terapeuta en formación (Moreno, 2015).

El psicólogo entrevistado manifestó que la supervisión, no sólo es importante para que el psicólogo supervisado llegue a una estrategia para con su paciente, sino para el terapeuta mismo en formación. La idea de supervisar desde la co-visión incluye brindar seguridad y confianza en sí mismos, dar a entender que toda duda es válida, que el aprendizaje es más nutritivo si se combina lo teórico con lo práctico. La idea de co-visión favorece a la formación del terapeuta, ya que tiene que ver con *“ver con el otro, en un ámbito de mutua colaboración”*, el saber nunca es de uno sólo, *“sería poco humilde y reduccionista creer que se más que el otro, cuando yo aprendí de otros”*. En relación a ello se vinculan los postulados de Hernández (2007) quien menciona que el concepto de supervisión ha quedado relegado a una relación de poder, completamente contraria a empoderamiento y colaboración, que tienen como fin animar al proceso de cambio y aprendizaje, tal como se espera que lo haga la co-visión.

Ambos profesionales coinciden en sus relatos que si bien la terapia puede ser una actividad solitaria, es mejor realizarla en equipo, de manera colaborativa, no sólo porque enriquece la formación, sino para la propia salud mental del terapeuta.

La palabra co-visión es una palabra muy nueva, según la profesional, es una visión que implica la mirada desde otros contextos, ver con y para el otro. Para dar a entender la dinámica de este concepto la supervisora de la institución brindó un ejemplo. Se debe pensar la co-visión desde el modelo sistémico, como una metáfora, sería como los celulares actuales, que sus cámaras vienen con varios lentes, para abarcar diferentes planos y profundidad. Dependiendo el objetivo de la fotografía que se quiera tomar, los lentes van a ir interaccionando y haciendo foco entre los distintos planos. El modelo sistémico y el pensamiento sistémico, permiten ver al sistema por completo y a la vez ir haciendo foco en lo que se necesite intervenir. La posibilidad de que haya varios lentes captando diferentes planos del sistema, permiten abarcar el problema en cuestión desde varias miradas para pensar una estrategia, diagnóstico e intervención. Con la adopción de la noción de co-visión comienza un nuevo proceso de deconstrucción, donde la relación de poder entre supervisor y supervisados, comienzan a modificarse, haciendo hincapié en la colaboración (White, 2002).

En pocas palabras, el centro de salud mental sistémico, supervisa con una idea de co-visión, ya que resalta la importancia del trabajo en equipo. La colaboración de varios profesionales a la hora de supervisar es más enriquecedora, no sólo por el hecho de poder hacer foco desde distintas miradas, sino también, por el hecho de propiciar un ambiente en el que los terapeutas sientan la comodidad y confianza necesaria para participar de las mismas y resolver sus dudas.

5.1.3- Determinar los beneficios y dificultades de la práctica de co-visión como proceso de supervisión para los profesionales del centro.

En palabras del entrevistado, la supervisión es un espacio necesario, no solo para que el paciente tenga un mejor resultado durante la terapia, sino también para la salud mental del terapeuta. El estilo co-visión como proceso de supervisión, ha traído beneficios como dificultades a la hora de la práctica.

En cuanto a los beneficios, se puede inferir que principalmente, la forma de co-visión como supervisión requiere en no recaer todas las respuestas en una sola persona, la del supervisor. Como bien expresó el profesional durante la entrevista, somos seres limitados, es imposible creer que una sola persona podría tener el conocimiento absoluto, más allá de toda experiencia adquirida, realizar este proceso de forma que el saber sea sólo de uno, en una posición superior a los demás, sería reduccionista y totalitario, y dentro del pensamiento

sistémico esto no funcionaría. Si las experiencias y conocimientos están repartidos, las preguntas y respuestas podrían influir más dentro del sistema, en la reunión en sí de supervisión como sistema.

En relación a lo dicho anteriormente, otro beneficio corre por no actuar de la misma manera que en la supervisión clásica, no mirar por encima del otro. El coordinador de la institución manifiesta que en ocasiones, en la supervisión clásica, el supervisor confirma, sin querer, las dudas del propio terapeuta en cuanto a sus dificultades y limitaciones, haciéndolo creer que no es bueno en lo que está haciendo y que por lo contrario, dentro de la supervisión colaborativa, como la co-visión, el espacio o ámbito que se forma, brinda confianza para que los terapeutas expresen libremente sus dudas, fuera de prejuicios. En correspondencia a esto, Moreno (2015) explicó que la supervisión colaborativa, tiene como objetivo influir positivamente sobre la capacidad del supervisando, para llevar adelante una terapia eficaz para el consultante.

Por otro lado, el proceso de co-visión, según la psicóloga a cargo de las supervisiones, favorece a la formación del terapeuta, dado a que el conjunto de experiencias compartidas por distintos participantes dentro del espacio y la posibilidad de brindar diferentes puntos de vista a cerca de un tema o caso puntual, es muy enriquecedor, permite abordar los temas de manera más amplia y objetiva. El hecho de que colegas con mayor conocimiento y formación brinden sus saberes favorece al terapeuta en cuestión, debido a que le permite adquirir nuevas o mejores herramientas para resolver, generar estrategias y arribar a un diagnóstico posible. Durante las supervisiones no sólo se debe tomar en cuenta la resolución de un caso para el beneficio del paciente, sino también la importancia de asumir la responsabilidad de enseñar, dirigir y estimular a los supervisados (Anderson & Goolishian. 1990).

La importancia del proceso de co-visión deviene del ver con el otro, de la mirada compartida y colaborativa de los miembros del espacio de supervisión. Ceder la palabra a quienes tienen mayor experiencia y conocimiento en determinados temas, beneficia al sistema consultante y a la supervisión como sistema.

Con respecto a las dificultades que trae este estilo de supervisión, se pudo observar a partir de la observación participante y no participante y las entrevistas semidirigidas, que no fueron muchas, pero sí lo suficiente como para entender que es una forma muy nueva de supervisar.

Realizar una supervisión entre tantas personas en un horario muy acotado, no permite que todos los psicólogos puedan participar y exponer sus dudas. En ocasiones, puede ser enriquecedor que todos colaboren, pero también puede hacer que se le brinde más tiempo a un solo caso, y que al ser tantas las personas que brinden su opinión, haga que el resto se quede sin poder resolver sus cuestiones.

Por último, otra dificultad que expresó el coordinador de la institución, corresponde a que si el supervisado no se encuentra en un ambiente de confianza puede salir perjudicado, debido a que no se anima a participar. El centro al trabajar con terapeutas novatos, debe acudir a propiciar un espacio de supervisión que brinde confianza y seguridad, si esto no sucede, la vergüenza de exponer las consultas y el temor a ser juzgado y criticado es lo que va a prevalecer y tal espacio no cumpliría con sus objetivos. El éxito o el fracaso de una supervisión depende en gran parte de las actitudes y estilos del supervisor, quien con frecuencia desarrolla el papel de profesor, consultor y apoyo para el terapeuta (Moreno, 2015).

En resumen, si bien las dificultades fueron pocas, son necesarias para entender que si no existe un ambiente propicio en el espacio de supervisión, la misma sería un fracaso. Es necesario que se brinde la confianza necesaria para que los psicólogos que están empezando se animen a participar y responder sus dudas. Por otro lado, la co-visión ha demostrado tener su parte enriquecedora, la mirada en conjunto y colaborativa por parte de los colegas permite que los casos se abarquen de una manera más completa, permitiendo hacer foco en distintos planos de un sistema. Que el supervisor se corra de la posición de superior, brindando a sus colegas la posibilidad de intervenir de igual manera, dejando que quienes sepan tener mayor conocimiento en determinados aspectos, puedan facilitarla.

6. Conclusión

El presente trabajo integrador final tuvo como objetivo general el análisis específico del proceso de supervisión en un Centro de Salud Mental Sistémico de la provincia de Buenos Aires, haciendo foco en tres objetivos específicos: la descripción del proceso de supervisión que se realiza en la institución, el análisis del proceso por el cual se supervisa con una idea de co-visión entre supervisores y supervisados y sus implicancias para la práctica de los profesionales, y por último, la determinación de los beneficios y dificultades de esta práctica como proceso de supervisión para los profesionales del centro.

El primer objetivo específico, como ya se mencionó, fue la descripción del proceso de supervisión que realiza la institución con orientación sistémica. En relación a esto, se puede decir que el marco se vio afectado por el inicio de la pandemia causada por el COVID-19, ya que debido a esta causa, los encuentros se dieron mediante la plataforma de Zoom. Ante esta eventualidad, los horarios se flexibilizaron y su regularidad fue de dos veces por semana, con una media de 60 a 90 minutos y alrededor de 30 a 40 asistentes, entre los cuales se encontraban unos 10 a 15 psicólogos con especialidad en sistémica aproximadamente y alumnos de diferentes universidades.

Lo primordial para este centro de salud mental es que la supervisión brinde, no sólo un beneficio para el paciente, sino un beneficio en la formación del terapeuta. El estilo de supervisión que aplica el equipo de trabajo analizado es el llamado co-visión. La co-visión es una forma de ver con el otro, ya que la forma de supervisión es de tipo colaborativa, en donde todos los psicólogos y las personas que formen parte del espacio pueden participar brindando opiniones y conocimientos. Por lo que se puede inferir, como lo expresan Falender y Shafranske (2004), la supervisión clínica es más enriquecedora cuando se realiza de manera interpersonal y colaborativa. Esto quiere decir que si todos los integrantes de la supervisión pueden participar a la hora de poner en común un caso, otorgando su conocimiento, por sobre todo aquellos profesionales con más experiencia en el tema en específico, no sólo ayudaría al terapeuta en cuestión, sino también a la adquisición de nuevas herramientas para su formación. En conclusión, se observa que el hecho de que sean más las miradas que hacen foco sobre los distintos planos de un caso, eleva la participación, y por ende también el potencial del grupo, para aprovechar al máximo el espacio (Ceberio & Linares, 2005).

Como segundo objetivo específico, se eligió analizar el proceso por el cual en la misma institución se supervisa con una idea de co-visión entre supervisores y supervisados y sus implicancias para la práctica de los profesionales. A partir de esto se infiere, que lo primordial en este centro, es el entrenamiento del terapeuta y la necesidad de supervisar con una idea de co-visión, que permita brindar el ambiente propicio para que esto suceda. Es decir, un espacio en donde los valores que deben prevalecer sean la comodidad, la confianza y la seguridad para todos sus participantes.

La mayoría de los psicólogos que trabajan en esta institución son novatos, están dando sus primeros pasos en la clínica y necesitan de una supervisión, con el ideal de poder brindarles la contención necesaria, para que se sientan cómodos en el momento de exponerse ante el resto demostrando sus dudas, inquietudes e inseguridades. Para que realmente suceda esto en la práctica, los coordinadores del centro sugieren que es mejor que el supervisor se corra del lugar de mayor conocimiento o de su posición de “super” o superior, permitiendo que todos los profesionales puedan hacer uso de elementos colaborativos y comience un proceso de deconstrucción, en donde la relación de poder entre supervisor y supervisados se modifique (White, 2002).

Por último, o como tercer objetivo, se determinaron los beneficios y dificultades de la práctica de co-visión como proceso de supervisión para los profesionales del centro. En esta práctica, se brindó la posibilidad de entender de qué manera esta idea de co-visión podría favorecer o no a las supervisiones. Por un lado, las dificultades que mostró este estilo de supervisión fueron pocas, pero las necesarias para inferir que si no existe un ambiente propicio, con las condiciones necesarias para supervisar, esta llevaría al fracaso. La confianza y seguridad dentro de este espacio son primordiales para la participación de los profesionales, también el intento de que todos se sientan en un mismo nivel para manifestar sus dudas, así como compartir información, experiencia y saberes que generen un ambiente enriquecedor para todos los participantes. Es conveniente, dentro del espacio de supervisión, establecer reglas en las que nadie pueda criticar negativamente el trabajo de otros, ni ubicarse en una posición superior, para fomentar el impedimento de comentarios destructivos (Haley, 1976).

En lo que respecta a las limitaciones del presente trabajo, podemos comenzar por la situación sanitaria. Debido a la pandemia del virus Sars Cov 2 o Covid-19, las personas quedaron durante casi un año y medio limitadas a realizar de forma usual las actividades que cotidianamente desempeñaban. Debido a esto, la práctica no pudo realizarse de manera presencial y física dentro de la institución, sino que se realizó de manera virtual, relegando varias de las actividades que el centro brindaba. Si bien el centro hizo lo posible por adaptarse a la virtualidad, fueron pocas las actividades que pudieron llevarse adelante, por consiguiente los temas a elegir para realizar el Trabajo Final Integrador, cada vez fueron más acotados. En cuanto a las supervisiones, en ocasiones existieron problemas de conexión o irrupciones tecnológicas

que llevaban a los profesionales y a alumnos a quedar a la espera de la resolución de estos conflictos, lo cuál conllevaba a la pérdida de tiempo del espacio de supervisión y a que no todos los profesionales puedan dar su aporte o consulta.

Otra de las limitaciones relevantes era el tiempo disponible para realizar la práctica y cumplir con los objetivos del Trabajo Final Integrador, ya que la institución tuvo que afrontar las dificultades de la adaptación a la virtualidad. Esto significó una reorganización que derivó en la postergación de los encuentros pactados. Al comienzo, el centro comunicó que no se brindarían historias clínicas, debido a que de manera virtual no era posible hacerlo, por lo que hacer un seguimiento de un caso en específico resultaría complicado. Debido a esto, la resolución final fue elegir la supervisión como parte del tema, ya que es uno de los espacios que más se puede presenciar de forma virtual.

Otra de las consecuencias de la pandemia, que se deriva como una limitación más, fue la dificultad al poder entrevistar a todos los supervisores del centro, ya que, si bien la institución siempre estuvo dispuesta a ayudar, los profesionales eran requeridos en otros espacios, porque el contexto incrementó el desempleo, el estrés y la ansiedad, potenciados por el confinamiento y el limitado contacto social.

Por último y más importante, la limitación teórica. El acceso a la bibliografía fue complejo, si bien la oportunidad de participar del espacio de supervisión fue beneficiosa, la información a recaudar fue escasa. Específicamente, en el caso del tema particular que compete a este trabajo, la co-visión, tuvo limitaciones durante el avance de la búsqueda de información, ya que se llegó a la confirmación de que no existían datos suficientes para tratar dicho tema. Igualmente, se contaba con el acceso a las observaciones de las supervisiones y lo expuesto por los profesionales en las entrevistas, quienes por otro lado, hablaban de la idea de co-visión, como un concepto instaurado por ellos, una idea que los integrantes del centro habían elegido para describir la forma en la que supervisaban. A causa de esto, los objetivos pudieron responderse, aunque de forma acotada. Es por esto, que finalmente, se vió necesario recurrir a la bibliografía más cercana a esta forma de trabajo, como lo fue la literatura acerca de la supervisión colaborativa, así como también, los modelos más narrativistas, los cuales son muy cercanos a la institución y, se infiere, que teóricamente son similares.

A pesar de las limitaciones encontradas, la observación participante que habilitó la práctica profesional fue gratamente enriquecedora. La oportunidad de realizar entrevistas de admisión, a pesar de la modalidad on-line y de no ser psicólogos graduados, permitió la primera aproximación a los pacientes, a poder palpar la responsabilidad y lo gratificante de esta profesión. Así mismo, formar parte de las supervisiones y que a los alumnos se les permita la posibilidad de intervenir, propició un ambiente de formación, gracias a los nuevos conocimientos y al afianzamiento de los saberes ya obtenidos.

Podría considerarse este estilo de supervisión como una herramienta muy útil, una forma de supervisar que, según la observación de quien escribe, favorece a los terapeutas. Les permite encontrarse en un ambiente facilitador, un espacio en el cual, la crítica sólo se considera constructiva y no existen tipos de posiciones o niveles en donde algún participante de la misma se considere superior a otro. Si bien existe un tipo de jerarquía dentro de la supervisión sistémica, no se consideran rangos de poder o superioridad, sino que se utiliza para coordinar y administrar el espacio. También, es beneficioso ya que se le otorga la palabra a quienes se considera que tienen conocimientos sobre determinados temas para brindar ayuda y aportes a sus colegas, con esto se fomenta la participación y la formación de los mismos. Entonces, la supervisión como espacio en sí, favorece al terapeuta y su salud mental, pero también al paciente. Esto es debido a que los profesionales están contenidos en un espacio de apoyo junto a sus colegas, lo cual permite su formación y un mejor desempeño personal y profesional, y repercute en los pacientes, dado que se les brinda la oportunidad de poder adquirir acceso a mejores profesionales con mejores estrategias.

Por otro lado, dentro de la observación reitero que el tiempo que se le brinda a estos espacios suele ser acotado, y si bien la institución y, por sobre todo, sus coordinadores, intentan administrar el tiempo, son varios los terapeutas que se quedan sin exponer, quedando limitados a preguntas muy puntuales o directamente a no poder consultar. Es por eso que, una sugerencia para potenciar la aplicabilidad de este modelo, es su mejora en la organización. Por ejemplo, brindar espacios de supervisión con grupos más reducidos, para poder atender a todos de la mejor manera, administrar mejor los tiempos en los que puede exponer cada participante y, en lo posible, el aumento de las frecuencias. Otro punto para la optimización de las supervisiones, es la recomendación hacia los profesionales de preparar una síntesis de su exposición, y así poder

enfocarse en la información precisa que quieren dar y centrarse con más efectividad en los puntos a mejorar o problemas a resolver.

También se sugiere que podría considerarse esta propuesta como base de la idea de co-visión que utiliza el Centro de Salud Mental con Orientación Sistémica, ya que por la escasez de datos y de bibliografía específica, esta tesis brinda la oportunidad de trabajar sobre el tema y de expandir nuevas líneas de investigación. Como por ejemplo, las bases para confirmar o desestimar los beneficios del concepto de co-visión como modelo de supervisión, ya que podría resultar beneficioso para la formación o entrenamiento de los nuevos terapeutas.

Se aconseja también, llevar a cabo la misma línea de investigación para los psicólogos con mayor antigüedad en la profesión, ya que se pudo observar que el proceso de co-visión como supervisión, era enriquecedor de otra manera. En su caso, ellos participaban brindando sus saberes, pero no eran quienes más elegían exponer sus casos para ser supervisados. Así mismo, se considera relevante realizar una comparación entre supervisión clásica y supervisión colaborativa con especial énfasis en co-visión, ya que hemos ido evolucionando y entendiendo que las relaciones de poder no son las más beneficiosas, dado que solo una parte de ellas es la que se encuentra en mejor posición y la que adquiere una mirada crítica que suele menospreciar al otro. En el caso de la co-visión, nos encontramos con un escenario en donde las diferencias y la superioridad no son el eje central, sino la colaboración y la igualdad ante la posibilidad de participación, lo cual favorece a la construcción de nuevas formas de supervisión. Como lo expone Haley (1976), es más conveniente establecer reglas en las que nadie debe poder criticar el trabajo de otros, con excepción de las críticas fundadas en el respeto, la positividad y el crecimiento o construcción, lo cual lleva al impedimento de comentarios destructivos.

El ejercicio de supervisión colaborativa, se configura como un escenario de formación, discusión académica e intercambio entre un equipo de profesionales y de personas (Román, 2020), en el cual los puntos importantes a destacar no son sólo la buena terapia para el paciente, sino también la formación personal y profesional del terapeuta. Es un espacio que si bien no es de carácter obligatorio, es necesario. Así como la terapia es una forma de revisar la propia vida de una manera acompañada, en donde lo subjetivo no es la única influencia a la hora de pensar, vivir o actuar de determinada manera para resolver los problemas, la supervisión juega un papel similar, ya que acompaña, facilita otra mirada y otro punto de vista: un “ver con el otro”. Se

concluye en miradas objetivas que suman nueva información ya sea reforzando una idea o aportando nuevas propuestas o herramientas.

El hecho de que la dinámica de co-visión sea colaborativa ayuda a que en la práctica no recaigan todas las preguntas en una sola persona. Es humano tener en consideración que somos seres limitados y que el espacio sería aún más enriquecedor y favorecedor si las experiencias y los conocimientos son aportados por los distintos miembros que la componen.

7. Referencias Bibliográficas

- Anderson, H., & Goolishian, H. (1990) *Supervision as Collaborative Conversation: Questions and Reflections*. Brandau: Salzburgo.
- Anderson, H., & Swim, S. (1995). *Supervision as collaborative conversation: Connecting the voices of supervisor and supervisee*. *Journal of Systemic Therapies*, 14(2), 1–13
- Bertalanffy, L. Von. (1976). *Teoría general de los sistemas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Bobele, M; Gardner, G. & Biever, J. (1995) Supervision as Social Construction. *Journal of Systemic Therapies*,
- Ceberio, M.R. & Linares, J. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica: La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Ceberio, M. R. & Linares J. L. (2005). *Supervisión en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Ceberio M. R. & Wazlawick, P. (2010) *Si quieres ver, aprende a actuar*. Buenos Aires: Teseo.
- Droeven, J. M. (1997) *Más allá de pactos y traiciones. Construyendo el diálogo terapéutico*. Buenos Aires: Paidós.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2004). *Clinical Supervision. A Competency-Based Approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- González-Brignardello, M., P., (2016). La Formulación de Caso en Supervisión Clínica: Proceso Colaborativo Apoyado por Mapas Conceptuales. *Revista de Psicoterapia*, 27, 109-112.
- Haley J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández Córdoba, Á. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3, 233-236.
- Hoffman, L. (1992). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de cultura económica.

- Linares, J.L. (2012) *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Minuchin, S., & Fishman, L., (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno, A. (2015). *Manual de terapia sistémica: Principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Petetta Goñi, S.P. & Kaplan, S. (2018). Supervisión: una herramienta para formarse como terapeuta sistémico. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Román, A. (2020). *Experiencias y retos en supervisión clínica sistémica*. Bogotá: Ediciones USTA.
- Tarragona Sáez, M. (1999) La supervisión desde una postura posmoderna. *Psicología Iberoamericana*, 7(3), 68-76.
- Walsh, Santiago y Ceresato, Franco Alberto (2020). Cambios en el proceso de supervisión en el contexto del aislamiento social preventivo obligatorio. Una mirada sistémica. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- 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. Fisch, R. (1974) *Cambio*. Barcelona: Herder.
- White, M. (2002) *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.