

DIMENSIONES SIGNIFICATIVAS DE LA SUPERVISIÓN CLÍNICA EN EL CONTEXTO DE FORMACIÓN DE TERAPEUTAS Y SUPERVISORES DEL INSTITUTO HUMANIZA SANTIAGO¹

SIGNIFICANT DIMENSIONS OF CLINICAL SUPERVISION IN THE CONTEXT OF TRAINING OF THERAPISTS AND SUPERVISORS OF THE HUMANIZA SANTIAGO INSTITUTE

FREDDY ORELLANA BAHAMONDES

Instituto Humaniza Santiago

freddy@humanizasantiago.cl

RESUMEN

Este artículo es una reflexión acerca de la práctica de supervisión del autor en el Instituto Humaniza Santiago (IHS) en el contexto de formación de supervisores y terapeutas sistémicos vinculares de niños, adolescentes y sus familias. Se describen 7 dimensiones significativas de la supervisión clínica y sus componentes, reconociendo que la base sobre la cual se establece el proceso formativo es la persona del terapeuta, lugar desde el cual se realiza la asimilación de aspectos técnicos del modelo clínico en psicoterapia sistémica vincular.

Palabras claves: Supervisión clínica, formación supervisores clínicos, formación terapeutas, dimensiones supervisión clínica.

ABSTRACT

This article is a reflection on the practice of supervision of the author at the Humaniza Santiago Institute (IHS) in the context of systemic training of supervisors and therapists systemic relational of children, adolescents and their families. Seven significant dimensions of clinical supervision and its components are described, recognizing that the basis on which the training process is established is the person of the therapist, from which the assimilation of technical aspects of the clinical model in systemic relational psychotherapy.

Keywords: Clinical supervision, clinical supervisors training, therapist training, clinical supervision dimensions.

Antecedentes

LA SUPERVISIÓN ES UN ENCUENTRO COMPLEJO entre un supervisor y un supervisado en un contexto relacional (individual o grupal) con fines de ayuda y desarrollo profesional. Cada vez que ello ocurre, el supervisor debe responder a la pregunta implícita: ¿Qué es lo que se supervisa? Lo que implica establecer una conceptualización de lo que

¹ Agradezco a mis compañeras y compañeros formadores de terapeutas del Instituto Humaniza Santiago sin quienes este artículo no sería posible, especialmente a Francisco Ibaceta por sus comentarios críticos que permitieron mejorar notablemente el trabajo.

hace en supervisión y porqué lo hace. Impresiona que dicha reflexión no está desarrollada al mismo nivel que la terapia, en la cual estaría más claro qué es lo que se hace y cómo se hace, de acuerdo a cada modelo clínico. Si bien en supervisión existen modelos de acuerdo a cada línea teórica, con sus propios paradigmas, teorías de base y técnicas, las escuelas de psicoterapia han estado mucho más ocupadas de desarrollar la teoría y práctica clínica que la de supervisión clínica, lo que es lógico porque la principal ocupación clínica es la terapia, en desmedro del foco sobre la supervisión, que tiene una importancia fundamental en el desarrollo y prácticas clínicas de los terapeutas.

En Chile, durante muchos años, la tradición de aprendizaje de la supervisión implicó que el supervisor aprendía mirando a sus propios supervisores-maestros en el propio proceso de supervisión, no existiendo formaciones especializadas para supervisores. Fue posterior a la llegada del año 2000 que comenzaron a implementarse los primeros programas de formación de supervisores con una base sistémica, psicoanalítica, cognitiva o de otro tipo, amparados en la reglamentación de la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos, que funcionaba en ese entonces. Sin duda que estos programas significaron un gran aporte en definir que es necesario una formación específica para llegar a ser un supervisor clínico, que no es un rol que sólo proviene de la experiencia de cada cuál, dado que esta aloja aciertos y errores, y no siempre permite dilucidar qué se hace y porqué se hace lo que se hace en supervisión.

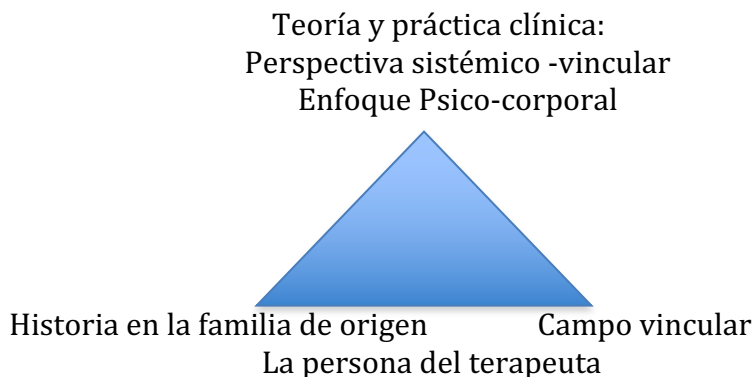
En el IHS he dirigido la formación de tres generaciones de supervisores y otras tantas de terapeutas, al organizar las formaciones, me he visto enfrentado de modo reiterado a diálogos conceptualizadores del proceso de supervisión, dado que superviso terapeutas o recojo los aportes de mis compañeras y compañeros supervisores o participo de diálogos con supervisores en formación en el contexto del “Diplomado en Supervisión Sistémica Vincular” que desarrollamos, cuestión que ha sido un insumo esencial para escribir el presente artículo.

Entonces, a través de este estudio teórico intentaré contestar a la pregunta de ¿cuáles son las dimensiones reconocibles de la supervisión clínica? Buscando dar cuenta de aspectos diferenciales y significativos de la supervisión bajo un nombre y definición común. La relevancia de distinguir estas dimensiones está dada por la posibilidad de fijar la posición del supervisor y su accionar situándose en aquello que está pensando y haciendo. Las dimensiones permitirían la función de acceso y reconocimiento del centro conceptual y operativo desde el cual se supervisa. Ello podría ayudar al supervisor a tomar decisiones coherentes, alineadas con la teoría de supervisión y con su propio sentir en el encuentro con el o la terapeuta supervisada.

Previo a la descripción de las dimensiones, aporte principal del artículo, describiré brevemente el modelo formativo de terapeutas del IHS, contexto fundamental desde el cual emergen las mismas.

El modelo formativo del Instituto Humaniza Santiago

La formación que entrega el Instituto Humaniza Santiago (IHS) está basada en la integración de al menos tres vértices, reflejado en el siguiente esquema:



Los vértices que están a la base corresponden a la persona del terapeuta: historia en la familia de origen y el campo vincular. El vértice superior está representado por todos los elementos de teoría y práctica clínica que se desarrolla en la formación, especialmente la integración de la perspectiva sistémico – vincular y el enfoque psico-corporal. Es sobre estos tres vértices que se realiza proceso de supervisión y se intenta construir una mirada coherente para abordar la pregunta y/o el impasse de terapia presentado por el supervisado.

Para el IHS la piedra angular de la terapia (Aponte, 1985), del proceso formativo y de la supervisión es la persona del terapeuta. Para ello ha implementado una metodología de trabajo con la familia de origen de los terapeutas en formación, de un modo simbólico y presencial, “que ha permitido que éstos se reconozcan con sus recursos y fragilidades, y ha estimulado sus procesos de diferenciación, todo lo cual ha afectado positivamente el desarrollo de su self personal, su self profesional y su campo vincular” (Orellana et al., 2015). El campo vincular ha sido definido como:

El terreno propio del terapeuta, que éste dispone para desarrollar la relación terapéutica con los consultantes, es el continente sobre el cual se depositan sus reflexiones y emociones. Implica el supuesto, de que todos tenemos un cuerpo, un tipo de apego y un nivel de diferenciación ligado a nuestra historia en la familia de origen. El terreno vincular del terapeuta, permite, al conformarse el sistema terapéutico, que pueda reconocer y desarrollar un proceso de conexión emocional con los consultantes desde dentro del sistema mismo, para inicialmente proponer un plan de acción, traducido en un objetivo y medios apropiados para cumplirlos, y luego, desarrollar el proceso terapéutico, con sustento en la fuerza del vínculo emocional que ha establecido con los consultantes. La fuerza del vínculo estaría potenciada por todas las interacciones empáticas que el terapeuta ha sostenido con todos y cada uno de los miembros del sistema familiar, llegando a poder comprender las emociones y necesidades afectivas predominantes de cada cual, especialmente respecto al

síntoma, problema y sufrimiento que presenta la familia. (Orellana et al., 2015. Pg.49)

En este sentido un terapeuta tiene diferentes posibilidades vinculatorias dependiendo de sí mismo y de los consultantes con los cuales forma el vínculo terapéutico, frente a los cuales puede experimentar, por ejemplo: atracción, repelencia, inhibición o impulsividad. Lo que resulta importante es la reflexión acerca de este vínculo terapéutico de modo que pueda junto con vincularse, diferenciarse del sistema terapéutico, manteniendo su autonomía y un pensamiento propio que estimule una comprensión empática de lo que le ocurre sí mismo y a las personas en el sufrimiento que les hace solicitar ayuda.

En términos concretos la formación clínica entregada por el IHS, implica el desarrollo de dos ejes: uno teórico práctico, el cual se lleva a cabo a través de módulos dictados por docentes y formadores especialistas y otro eje denominado “la persona del terapeuta”, en el cual se realiza el Taller “La Persona del Terapeuta”, incluyendo trabajo grupal y análisis de genogramas, este taller culmina en un Taller Multifamiliar (Canevaro et al. 2013) con la presencia de las familias de origen de los formandos, invitados privilegiados a compartir de un modo presencial y relacional, la historia del formando respecto a su familia y en especial, la historia de la elección vocacional, que incluye la posición de ayudar a otros de un modo profesional. Esto último, es una innovación que realiza el IHS en el contexto chileno, en línea con algunos programas formativos europeos, que ha permitido comprobar lo siguiente:

La inclusión del factor presencial, dada por la incorporación directa de las familia de origen de los formandos a través de un taller multifamiliar, mejoró notablemente el método formativo en el eje la persona del terapeuta, al enriquecer aquello que hemos denominado el trabajo simbólico acerca de la familia de origen y los impasses psicoterapéuticos, ya que permitió mayor claridad de los terapeutas en la construcción de sus objetivos de desarrollo personal - profesional, así como mayor focalización de formandos y formadores en el proceso formativo. (Orellana et al., 2015. Pg. 19).

De modo posterior al Taller de la Persona del Terapeuta, que se realiza al inicio de la formación, los facilitadores de dicho taller, junto con los supervisores del Taller de Supervisión Centrado en la Persona del Terapeuta y cada formando mantienen un diálogo, en presencia de todo el grupo de formación, que busca construir objetivos de desarrollo de la persona del terapeuta, consensuados entre los actores, consistentes con los recursos y fragilidades que se desprenden de la historia relatada por los terapeutas en formación y sus familias de origen. Para, de modo posterior, dar curso al proceso de supervisión centrado en la persona del terapeuta, con foco en el objetivo personal de desarrollo co-construido por los actores y en los aspectos técnicos y teóricos del modelo clínico desarrollado en la formación clínica.

La supervisión considera una serie de aspectos, que como se ha dicho, se organizan en dimensiones, las cuales describiré en el siguiente apartado.

Dimensiones de la Supervisión

Las siguientes dimensiones representan aspectos o facetas significativas de la supervisión clínica que describen, en una unidad, aspectos básicos y diferenciales de las mismas:

1. Dimensión del cuidado del supervisado y de la relación.
2. Dimensión de la ayuda y colaboración profesional.
3. Dimensión de la complejidad contextual.
4. Dimensión niveles del self.
5. Dimensión vincular.
6. Dimensión de evaluación y retroalimentación.
7. Dimensión ética.

1-. Dimensión del cuidado del supervisado y de la relación

Esta dimensión es central y permite dar coherencia al hecho de que el terapeuta está en una posición de cuidador, teniendo la misión primaria de cuidar a sus consultantes. Se torna aún más importante cuando observamos que muchos de nuestros terapeutas en formación trabajan en programas psicosociales con consultantes y motivos de consultas violentos, traumáticos. En estos casos se propone que el cuidado del terapeuta y del equipo en el cual labora debe ser el objetivo fundamental de la supervisión, más allá de cualquier otra consideración técnica (Ibaceta y Santana, 2014). Se produce una incoherencia importante cuando el terapeuta no es cuidado o peor aún es violentado, de modo sutil o brutal, durante la supervisión. Esto podría ser reproducido recursivamente en la situación clínica, impactando negativamente sobre el self profesional y personal del supervisado, minando la efectividad del trabajo terapéutico.

El proceso formativo al tener como base a la persona del terapeuta debe garantizar que los terapeutas sientan un vínculo formativo seguro que permita la exploración en sí mismos y en su accionar clínico, por ello esta dimensión es central.

Componentes de la dimensión:

1.1-. Contrato: Una de las primeras medidas de cuidado es establecer un contrato de trabajo que permita luego definir objetivos personales/profesionales transversales a trabajar durante la formación y objetivos específicos de cada supervisión. Previo a construir los objetivos se hace esencial definir lo que entenderemos por supervisión, las reglas de la misma en el contexto grupal, establecimiento de límites, necesidades evaluativas y modo como se realizará. Este contrato debe ser construido en conjunto con el supervisado, no obstante, es responsabilidad primordial del supervisor estimular la formulación de un modo de trabajo y unas reglas generales de funcionamiento que actúen como continente y que son el marco regulatorio sobre el cual se desarrolla el proceso.

1.2-. Mantenerse en relación con el supervisado: Es importante como elemento de continuidad y seguridad del proceso formativo, reflexionar acerca de la relación establecida y posibilitar que los supervisados puedan hablar acerca de cómo se sienten y cómo les gustaría sentirse durante la supervisión, qué les gustaría que pasara, qué no, cómo el

supervisor podría ser un “buen supervisor” respecto a lo que él necesita. Especialmente importante es elaborar las experiencias previas y utilizarlas para obtener aprendizajes que permitan afianzar la alianza de supervisión, la autonomía del terapeuta y su capacidad expresiva. Edith Tilmans-Ostyn (2013) nos ha enseñado acerca de la importancia de expresar aquellas emociones reprimidas, encapsuladas, vividas en procesos de supervisión previos que han sido sentidos de un modo humillante, descalificador, violento. Estas emociones, que no ha sido posible expresarlas en el pasado, en el momento y relación de supervisión que se han vivido, es posible actualizarlas a través de escribir cartas expresivas y al mismo tiempo, escribir "las buenas razones" que se han tenido para no expresar. Esto, que es aplicable a cualquier relación en la que se ha vivido un daño, es un excelente ejercicio de liberación de supervisiones previas que han violentado al terapeuta y sobre las cuales ha tenido que guardar silencio, permaneciendo ello como una vivencia traumática que se ha encapsulado y ha sido disociada; al momento de abrir el recuerdo emerge toda la fuerza emotiva del trauma, liberándose el dolor y afianzando la alianza de supervisión.

El supervisor debe asumir la propia ignorancia respecto al supervisado y sus necesidades personales y profesionales, no dejándose seducir exclusivamente por las propias ideas acerca de lo que el supervisado "debería ser y/o hacer". Es muy importante que el supervisor comprenda que sabe muy poco del supervisado, por lo que el tipo de contacto y la información explícita e implícita que entrega el supervisado durante la relación de supervisión es muy relevante de ser reconocida e incorporada al análisis comprensivo de la supervisión.

Que el supervisor mantenga un foco sensible en la relación con el supervisado, le comunica a este último, la importancia de que también se mantenga atento a la relación establecida con el consultante y a las fluctuaciones de la alianza terapéutica.

1.3-. Reconocimiento emocional y psico-corporal: este aspecto de la dimensión tiene como fin primario cuidar al supervisado, para desde ahí, abordar la posibilidad de “Ayuda y colaboración profesional” que corresponde a la próxima dimensión que se describirá. El hecho de ubicarla en la dimensión del cuidado obedece a una concepción ética que apunta a que en primer lugar está el cuidado del terapeuta y luego la ayuda profesional, lo primero es la base de lo segundo.

El supervisado tiene una emoción que tiene una coherencia con su historia en su familia de origen, su campo vincular y la relación establecida con cada consultante. Es importante reconocer que existen buenas razones, en el pasado y/o el presente, para su emoción y que se requiere discriminar desde dónde proviene la misma, para buscar claridad y salir de un posible entrampe en la relación terapéutica. El abordaje de este aspecto emocional/corporal personal es un aspecto fundamental del cuidado del terapeuta, dado que permite validarlo en su sentir y en aquello que comunica, para luego utilizar aquello que le pasa con fines técnicos. Es decir, en esta dimensión, el primer movimiento es tocar el elemento emocional presente en el cuerpo del terapeuta para luego abordar lo técnico.

Generar un clima de tranquilidad y apoyo al supervisado en lo humano-profesional es primordial para que pueda sentirse seguro, confiado, cuidado y entregarse al proceso de supervisión. Este clima es la atmósfera de trabajo que permite abordar los temas técnicos y

"tocar"² posibles temáticas personales asociados a la persona del terapeuta. Desde nuestra perspectiva cuando el terapeuta manifiesta sensaciones, emociones y comportamientos que ni él mismo logra comprender a cabalidad, se hace esencial trabajar las resonancias y ensamblajes (Elkaym, 2008) y la contratransferencia que afecta al terapeuta. Las resonancias se refieren a que una regla que opera en el sistema consultante también opera en la familia nuclear o en la historia del terapeuta en su familia de origen. Los ensamblajes se producen cuando las resonancias están compuestas por elementos disímiles que pueden llegar a ser complementarios a las dificultades de los consultantes o interferentes con estas. En ambos casos podemos pensar que hay voces internas, emociones, experiencias, que resuenan en el terapeuta a partir de los temas e interacciones con la persona del consultante. Voces que hablan de su historia, en el allá y entonces, no en el aquí y ahora de la relación terapéutica.

Para Schore (2012) en la formulación de la moderna teoría del apego, la transferencia y contratransferencia representa una comunicación del hemisferio derecho-mente-cuerpo no consciente y no verbal. La contratransferencia serían respuestas automáticas del terapeuta, reacciones inconscientes a mensajes no verbales (Jacobs, 1994 en Schore, 2012). El autor releva el factor crítico que opera en los niveles implícitos de la alianza terapéutica, debajo de los intercambios de lenguaje y cogniciones explícitas (cerebro izquierdo). Desde esta perspectiva el terapeuta empático monitorea las respuestas contratransferenciales somáticas sintonizando psicobiológicamente, desde su hemisferio derecho, no sólo con los ritmos y flujos de excitación de los estados afectivos del consultante, si no también con sus propias respuestas afectivas contratransferenciales, interoceptivas y corporales basadas en comunicaciones faciales, prosódicas y gestos afectivos implícitos del paciente.

Desde nuestra perspectiva y en concordancia con lo planteado por Schore (2012), la contratransferencia sería un proceso relacional psico-corporal, en que el terapeuta empático va regulando a través del contacto con sus propias sensaciones corporales/afectos/comportamientos generados en la interacción con las comunicaciones corporales/afectivas/comportamentales del consultante, de modo de buscar la sincronización con los ritmos y estados internos del consultante. Todo ello con el objetivo primordial de monitorear, organizar y fortalecer la alianza terapéutica, factor esencial de la eficacia terapéutica. Cuando esto último no funciona y el terapeuta ve disminuida su propia regulación emocional y sincronización con el estado interno del paciente, por tanto la alianza terapéutica se debilita, la supervisión clínica debe apuntar al reconocimiento de elementos implícitos del terapeuta, de dominancia del hemisferio derecho, y que se expresan en emociones, sensaciones psico-corporales, comportamientos no conscientes que pertenecen a su propia historia relacional, como serían posibles identificaciones con patrones relacionales infantiles, traumas no resueltos, patrones de apego pre-verbales y no elaborados que tiende a repetir en sesión, desde su propio campo vincular, de modo isomórfico al estilo de apego mostrado por los consultantes.

² "Tocar" es la posibilidad de señalar algunos temas de índole personal, que permitan al terapeuta reconocer una cierta dificultad ligada a su historia personal en su familia de origen para que logre desentramarse del impasse clínico.

Ya sea que conceptualicemos la presencia de una resonancia, un ensamblaje o un proceso contratransferencial, la supervisión intentará que aquellos aspectos implícitos que resuenan en el terapeuta se hagan presentes en el diálogo de la supervisión, logrando a través de un clima de cuidado y acogida, la vivencia de una mayor libertad de movimiento y consciencia del propio campo vincular, lo que estimula una mayor regulación emocional y amplitud en su operatividad clínica.

1.4-. Exposición personal y profesional: el proceso de supervisar es una exposición personal y profesional para el supervisor y el supervisado, especialmente para este último, quien expone su desempeño clínico y devela un problema o algo que lo aporrea de la terapia. Si el supervisor decide tocar aspectos personales del supervisado ligados a la ocurrencia de un cierto impasse clínico, como forma de cuidado debe obtener el consentimiento explícito del supervisado, asimismo debe estimar hasta dónde exponer al supervisado de acuerdo al contexto en el cual se realiza la supervisión. Existen supervisados que, por diversas razones, se exponen más de lo que deberían y luego sufren las consecuencias angustiosas de la sobreexposición, lo cual no le ayudará en su labor clínica, ni en el proceso de supervisión. Otros supervisados en cambio, están muy protegidos y no logran incorporar un relato que les incluya de modo personal y vincular en el sistema terapéutico. El principal responsable, dada su posición de jerarquía, de favorecer un proceso emocional cuidadoso y co-regulatorio durante la supervisión es el supervisor, el cual debe estimular un encuentro en que la exposición emocional sea apropiada al contexto, a las posibilidades del supervisado y a la efectividad de la supervisión misma.

2-. Dimensión de la ayuda y colaboración profesional

Esta dimensión representa el aspecto práctico de la supervisión, está orientada a que el supervisado reciba ayuda y orientación en el plano profesional, la que debe favorecer un mejor desempeño y aumentar su eficiencia clínica; ello será la medida de utilidad profesional del proceso de supervisión.

En la formación de terapeutas que realiza el IHS, la integración de la teoría y la práctica clínica está basada en la asimilación del modelo clínico y preventivo en psicoterapia sistémica vincular de niños, niñas, adolescentes y sus familias (Orellana & Martin, 2016), vértice superior del esquema formativo antes descrito, y en la incorporación de una perspectiva sistémica compleja que permita incorporar los avances de otras teorías clínicas complementarias a lo sistémico, de modo de incorporar los importantes avances clínicos y científicos no considerados desde una perspectiva sistémica simple, como son: los avances en la teoría de la personalidad y los patrones familiares que favorecen la emergencia futura de trastornos de personalidad en niños y adolescentes (Cancrini, 2006, 2012), neurociencias, trauma, apego y parentalidad (Barudy y Dantagnan, 2010), neurociencias, apego y psicoanálisis relacional (Schore, 2012), entre otros. El incorporar estos avances e integrarlo a lo sistémico (Cirillo, Selvini y Sorrentino, 2018) nos permite complejizar la comprensión y el análisis terapéutico, para calibrar desde una base sistémica la necesaria búsqueda de coherencia, conocimiento científico y efectividad para el accionar del terapeuta.

Componentes de la dimensión:

2.1-. Objetivo: es relevante que el supervisor y supervisado construyan al inicio del proceso de supervisión un objetivo personal y longitudinal, ligado al quehacer profesional del supervisado en el contexto de la formación. Asimismo, es importante construir en cada supervisión el objetivo específico de la misma, éstos deben trabajarse al inicio de cada supervisión y estarían determinados por dos hechos significativos: la elección del caso a supervisar y la formulación de la pregunta de supervisión. En este sentido, acogemos la propuesta de Del Río (2011), las preguntas que guían la supervisión serán: ¿Por qué se eligió este caso? y ¿Cuál o cuáles son las dificultades principales que se tienen con éste? Ayudar al supervisado desde estos objetivos longitudinales y específicos, permite que la retroalimentación tenga un sentido y esté anclada en lo que el supervisado necesita resolver en la terapia. No obstante, existen momentos en los cuales el supervisor podría evaluar que existen aspectos importantes de mencionar o elaborar y que no están asociados al objetivo de la supervisión. De ser así, ha sido importante aprender que dicha elaboración debe ligarse, de algún modo, al objetivo de la supervisión planteado por el supervisado.

2.2-. Foco de supervisión: definir un foco o algunos focos de supervisión permite iluminar zonas del trabajo clínico, las cuales pueden carecer de claridad para el supervisado y no le permiten avanzar con seguridad en el proceso. Podría ser la contratransferencia del terapeuta ligado a un impasse específico, un aspecto técnico, contextual, una cuestión ligada a la teoría clínica del supervisado u otro. Definir un foco es una distinción, una elección de territorio a trabajar. Es importante que el foco esté relacionado con la pregunta o el objetivo de la supervisión, de modo que al abordar un área de trabajo pueda sincronizarse con el abordaje del objetivo de supervisión acordado.

2.3-. Transferencia teórica, técnica y estratégica del oficio: es responsabilidad del supervisor realizar una transferencia teórica, técnica y estratégica del oficio clínico con el fin de responder a la pregunta de cómo se realiza un proceso psicoterapéutico en estos tres aspectos mencionados. La teoría clínica es fundamental respecto a que permita comprender el sufrimiento del consultante y apunte a elementos efectivos de la cura. Muchas veces el problema de la terapia radica en una teoría clínica incompleta, es labor de la supervisión aportar, vía verbal o a través de la referencia de lecturas específicas, una teoría clínica de base que dé sustento al accionar del terapeuta y que permita reflexionar acerca de los aspectos técnicos y estratégicos del trabajo clínico, ambos elementos se desprenden del modo de comprender clínica y teóricamente el caso, no al contrario. La técnica puede ser variada siempre que conecte con la teoría clínica de base. Lo estratégico da cuenta del modo de estar del terapeuta, de su posición, del modo como se abordarán los objetivos clínicos y de la forma general en que se direccionará la terapia.

Este componente de la dimensión de la ayuda y colaboración profesional es muy importante y corre el riesgo de perder fuerza al realizar una supervisión centrada exclusivamente en la persona del terapeuta.

2.4-. Favorecer la auto-supervisión del supervisado: dicho proceso se desarrolla cuando los terapeutas automonitorean su actuar clínico, con la referencia de algún modelo clínico que les otorgue efectividad y coherencia. (Tood, 2002). Siempre la supervisión se realiza en base a algún modelo clínico implícito o explícito. Favorecer dicho proceso se relaciona con

formular preguntas que estimulen que el supervisado reflexione acerca de sí mismo y su desempeño clínico durante la supervisión (¿qué te llevó a actuar de este modo? ¿cómo te sentías en este momento? ¿cómo crees que se sintió el consultante con tu accionar?) de modo que pueda internalizar dicho proceso reflexivo en su desarrollo profesional. Un objetivo transversal de la supervisión es ayudar al terapeuta a ser un mejor supervisor de sí mismo, para ello se debe poner atención a la reflexión del terapeuta y a su diálogo interno durante la psicoterapia. Rober (2017) presenta un estupendo ejercicio de exploración del diálogo interno del terapeuta, que permite explicitar aquello que le sucedió al terapeuta durante los momentos en que se sintió especialmente emocionado en la relación con sus consultantes.

3-. Dimensión de la complejidad contextual

Esta dimensión supone una práctica del supervisor asociada a la consideración y análisis de los contextos clínicos específicos del terapeuta que supervisa, especialmente para identificar los recursos y restricciones que posee en su contexto de trabajo, lo que permite generar un encuentro de supervisión adecuado a las posibilidades reales/contextuales que tiene el terapeuta.

Vamos a entender por contexto una definición entregada por Mara Selvini Palazzoli (Cirillo, 2018), quien señala que el contexto sería la matriz de los significados. Es decir que todo lo que se entiende de una relación terapéutica y de supervisión, se entiende en un determinado contexto. Stefano Cirillo refiere una ilustrativa metáfora para comprender el contexto terapéutico (Martin y Orellana, 2019), que podemos adaptar al contexto de supervisión, serían como tres mamushkas rusas. Podemos pensar respecto al contexto de supervisión que es la primera mamushka, la más grande, representaría el contexto físico y psíquico donde se desarrolla la relación de supervisión. Respecto a este último, incluye todas las concepciones, conversaciones previas, emociones y vivencias del terapeuta acerca de la supervisión (miedos, esperanzas, frustraciones, culpas, expectativas, molestias), las concepciones, conversaciones previas, emociones y vivencias del supervisor acerca de la supervisión, respecto a lo que puede ofrecer y el modo como lo hace (lo que entiende por supervisión, psicoterapia, intervención terapéutica, como se sitúa frente a la posibilidad de ayuda al supervisado, como se siente con su trabajo, con su equipo, con la institución donde realiza la supervisión, miedos, esperanzas y frustraciones). Respecto al contexto físico, incluye los aspectos estructurales y organizativos de donde se realiza la supervisión y la terapia, el territorio, las reglas de funcionamiento institucional donde el terapeuta realiza la psicoterapia (tiempo disponible para el proceso, tiempo de atención terapéutica, público objetivo al cual se dirige la intervención), la organización institucional de acuerdo a la tarea y misión institucional, horarios, elementos estéticos. La segunda mamushka, la de tamaño mediano, representa la relación de supervisión en su amplio sentido, en ella se encuentra situado el sistema de supervisión con sus participantes (Supervisor/supervisado/equipo de trabajo o grupo de supervisión). En esta mamushka se define explícita e implícitamente el modo como se desarrollará la relación de supervisión. La tercera mamushka, la más pequeña, representa el contenido de lo que se comunica en la relación de supervisión, es lo que se dice y se hace, es el diálogo y la acción de los participantes durante el proceso de supervisión.

La perspectiva contextual es muy importante dado que permite adecuar la supervisión al territorio, reglas, recursos y condicionantes que se encuentra el supervisado. Muchas veces se hace necesario despejar y comprender elementos institucionales, normas que el supervisado debe acatar que afectan la terapia, culturas a la cual se pertenece o pertenecen sus consultantes, recursos y límites que posee el terapeuta en el centro clínico o psicosocial en el cual se desempeña.

El terapeuta y el supervisor son parte del contexto de supervisión con su propio espacio relacional. Este espacio es construido como un dispositivo de ayuda y formación para buscar un desempeño eficiente del terapeuta en su trabajo clínico presente y futuro. La relación de supervisión y la terapia está influenciada por la complejidad que otorgan la interacción de los diversos contextos, representadas por las tres mamushka, lo que determinará las posibilidades y condicionantes de la terapia y la supervisión. Muchas veces gran parte de la supervisión debe enfocarse en las condicionantes contextuales que limitan la terapia, la primera mamuskha: tiempo de terapia establecido por programas gubernamentales, condición socio-económica de pobreza que hace que las necesidades básicas sean prioritarias respecto a las necesidades emocionales, incorporación de la terapia al interior de una red socio-jurídica, carga laboral del terapeuta, etc. Reconocer el contexto en el cual se encuentra el terapeuta, permite al supervisor adecuarse al mismo y ofrecer una ayuda profesional acorde a las posibilidades que ofrece dicho contexto para el desempeño clínico del terapeuta. Por ello el formato de la ficha clínica que desarrollan los terapeutas que se forman en el IHS incluye una serie de elementos contextuales como: visión contextual y vincular del primer encuentro, sensaciones del terapeuta desde el primer contacto, conversación sostenida en la primera sesión, quiénes asistieron. Todo lo cual permite alentar un diálogo de supervisión que incorpore los elementos contextuales del terapeuta que supervisa su caso.

4-. Dimensión niveles del self

Durante la supervisión existen al menos tres participantes: el supervisado, el supervisor y los consultantes, que son sujetos directos en una supervisión en vivo o simbolizados a través del relato del terapeuta, en una supervisión indirecta. En el caso de la formación que entrega el IHS se agrega un cuarto participante que es el grupo de supervisión, que es una entidad viva con una dinámica propia. La supervisión se puede focalizar en diferentes aspectos del self del terapeuta, del self del supervisor, del self de los consultantes y el del grupo. El diálogo de supervisión transcurrirá en, al menos, tres niveles del self de los participantes: cognitivo, afectivo y corporal. Como se ha dicho, los elementos verbales y no verbales, explícitos e implícitos, dichos y no dichos, comunicados por los participantes de la supervisión estarán presentes, es una habilidad del supervisor ayudar al supervisado a explicitar y conceptualizar su dificultad clínica y potenciar los recursos que posee.

Nivel cognitivo del self: el aspecto cognitivo permite realizar un ordenamiento del conocimiento, tener una estrategia y un plan de trabajo que organice intelectualmente la terapia y el modo de estar del terapeuta. Estas son algunas de las posibles preguntas que nos podemos plantear en esta área: ¿Cómo el terapeuta y el supervisor se explican lo que ocurre? ¿es completa su teoría clínica para comprender el fenómeno individual o familiar que tratan? ¿a qué paradigma adscriben al momento de realizar un cierto análisis clínico?

¿qué técnicas conocen y les acomoda utilizar? ¿cómo el consultante entiende lo que le ocurre? ¿Qué diálogos ha sostenido el consultante y el terapeuta acerca de las explicaciones de lo que le ocurre al consultante?

Nivel afectivo del self: lo afectivo es una clave fundamental, dado que entrega la emoción a la base del proceso de terapia y supervisión, lo cual muchas veces es la puerta de entrada para clarificar un cierto impasse terapéutico. El afecto representa el hilo de oro que nos permite comprender la motivación implícita o explícita del accionar del terapeuta. ¿Cuál es el afecto del terapeuta en relación a sí mismo, la institución en la que trabajan y sus consultantes? ¿cómo el supervisor se siente respecto a sí mismo, al terapeuta y la institución en la que trabaja? ¿qué sintió el terapeuta cuando se encontraba emocionado en sesión de terapia? ¿qué sintió el supervisor cuando se encontraba emocionado en sesión de supervisión? ¿se constituye ello en un entrampe o en una posibilidad de avance en la terapia o supervisión?

Nivel corporal del self: el cuerpo, habitualmente olvidado por nuestra visión binaria que divide la psiquis del cuerpo, es una gran herramienta comunicativa interna y externa. Muchas veces cuando podemos observar el cuerpo del terapeuta en la relación terapéutica y supervisión podemos comprender aquello que es implícito y que no está necesariamente reconocido, explicitado. Los impasses clínicos tienen otra puerta de entrada en la comunicación y en las sensaciones interoceptivas del cuerpo del terapeuta y supervisor durante la supervisión y la terapia.

Estás son algunas de las preguntas que se derivan de este nivel del self: ¿Cuál es el devenir del cuerpo del supervisor y del supervisado durante el proceso de supervisión? ¿cuál es el devenir del cuerpo del consultante y del terapeuta durante la terapia? ¿cómo el terapeuta, supervisor y consultantes utilizan los aspectos físicos y corporales asociados a la próxemica? ¿cuánto puede acercarse el terapeuta a su consultante? ¿qué mensaje podemos distinguir a partir de los elementos corporales de ambos?

En nuestra experiencia de supervisión en el contexto de la formación del IHS, suele ser muy importante trabajar con los terapeutas un ordenamiento cognitivo, desde el modelo clínico que aprenden, que les permita orientarse con claridad y coherencia al quehacer terapéutico, comprendiendo el sentido de lo que hacen y su lógica clínica. Para ello buscamos estimular al terapeuta para que construya motivos de consultas, objetivos e hipótesis alineadas y relacionadas entre sí. Entendemos también, que debemos trabajar primariamente desde el self afectivo/corporal del terapeuta para iluminar sus aspectos personales que afectan su lógica clínica y la comprensión del caso desde su self cognitivo. Ello refleja un método de supervisión que pone de relieve el hecho de que la base del proceso formativo está en la persona del terapeuta, para desde ahí implementar lo técnico y el aprendizaje del modelo clínico. Desde esta dimensión, diríamos que el continuo de la supervisión va desde el self afectivo/corporal al cognitivo. Por lo cual, aunque el diálogo de supervisión puede inicialmente devenir respecto a la persona del terapeuta, siempre es necesario incluir el elemento cognitivo que oriente la comprensión clínica del caso, su posición como terapeuta y su posible accionar clínico.

5-. Dimensión Vincular

Esta dimensión permite visibilizar el vínculo de supervisión y su influencia sobre el vínculo que el terapeuta construirá con sus consultantes. La relación de supervisión es, como la terapia, un vínculo humano puesto al servicio de una función profesional. El vínculo de supervisión que se construya dependerá de aspectos personales de cada uno de los implicados en rol de supervisado o supervisor; éste refleja la sinergia personal de los participantes, el modo como el campo vincular de cada uno de los actores atrae, repele, impulsa o inhibe al otro, afectándose recursivamente. Existen experiencias, facetas personales del supervisado que el supervisor podría no comprender, rechazar, así como podrían existir otras experiencias o facetas del supervisado que aparecieran como atractivas para el supervisor. El punto de regulación emocional estaría dado por el modo cómo el supervisor toma contacto con su propio sentir, sintoniza con el sentir del supervisado y pone el afecto al servicio de la supervisión.

Como se señaló en el apartado anterior, los actores de la supervisión son personas desenvolviéndose en un rol, ello implica diferencias personales, funcionales, jerárquicas, de niveles de exposición y expertis. El modo como se desarrolla el encuentro dependerá de la complejidad expresada en aspectos contextuales, de niveles del self, así como del desempeño de ambos actores en su rol. En este sentido, no es posible separar "la danza de los bailarines". La danza de supervisión dependerá del aporte del supervisado, del supervisor y del grupo de supervisión, no obstante, una variable transversal que posee el supervisor es el modo como establece el vínculo de supervisión, para ir con el supervisado construyendo la alianza de supervisión³ que permita sostener el proceso y favorecer la utilidad del mismo.

El vínculo de supervisión está ligado a lo que va ocurriendo en el tiempo y el espacio en la relación de supervisión, como se señaló, construir un clima de seguridad y apoyo es una base que posibilita la continuidad del vínculo profesional y personal supervisado/supervisor. Cabe mencionar que, así como en terapia es importante que la relación terapéutica debe "sentirse segura pero no perfectamente segura" (Bromberg ,2006 en Schore 2012), esto en el entendido que imaginariamente fuera posible una relación completamente segura, que no es así, no habría posibilidades de sorpresas seguras. En supervisión también debe ser posible una relación lo suficientemente segura para incorporar sorpresas seguras que permitan avanzar en el crecimiento y desarrollo profesional/personal del supervisado para su mejor desempeño y efectividad clínica.

Durante la formación y específicamente en el taller de supervisión, se proponen ejercicios y reflexiones respecto a los consultantes o al propio terapeuta que son sostenidas por un vínculo de seguridad que permite riesgos medidos o sorpresas seguras. Este tipo de vínculo estimula que los terapeutas logren confianza, activen su curiosidad y se atrevan a avanzar en su camino de exploración y crecimiento personal/profesional.

³ Se ha escrito poco de alianza de supervisión y mucho más de alianza terapéutica, es un gran tema a desarrollar para el futuro de la supervisión clínica.

6-. Dimensión evaluación y retroalimentación

La evaluación y retroalimentación es esencial para la supervisión en el contexto de la formación de terapeutas que ofrece el IHS, dado que evaluar y retroalimentar es la medida de adecuación a una cierta forma clínica que el formando busca adquirir y que el IHS oferta. Para moldear la conciencia y el accionar clínico del terapeuta al modelo clínico y preventivo sistémico vincular (Orellana & Martin, 2016) es necesario evaluar los aprendizajes y retroalimentar aquello que se espera que realice en diferentes momentos del proceso formativo. Este proceso tiene tres facetas: lo que hace el supervisado, lo que hace el supervisor y lo que ambos hacen en la relación de supervisión. En todos estos aspectos es posible avanzar hacia un trabajo eficiente que cumpla con sus propósitos y que finalmente ayude al terapeuta a crecer y desarrollarse apropiándose del modelo terapéutico que quiere aprender.

Una tensión importante se produce entre la necesaria alianza para la supervisión y la obligación que tiene el supervisor de evaluar/retroalimentar el rendimiento del formando, dado que podrían ser vistos como dos procesos contrapuestos. No obstante, hemos aprendido que aún, en los casos de terapeutas que aprenden más lentamente el modelo, es muy importante focalizar en el proceso de evaluación/retroalimentación para fortalecer la alianza de trabajo. Altos niveles de retroalimentación y evaluación son aspectos deseables para terapeutas en formación, dado que les permite tener un aprendizaje más efectivo (Falender & Shafranske, 2010).

Al finalizar cada sesión de supervisión el terapeuta en formación recibe una rúbrica y un comentario general del supervisor respecto a algunas áreas de aprendizaje que se consideran fundamentales para el aprendizaje del modelo clínico: aspectos formales, la persona del terapeuta, motivo de consulta, encuadre, proceso clínico y ética. Durante el proceso cada terapeuta realiza dos entrevistas personales con el supervisor en el cuál se conversa acerca de los avances del terapeuta y aquellos aspectos en los que debe seguir trabajando. En general, terapeutas y supervisores van construyendo un diálogo que logra consensuar contenidos de la relación de supervisión, ya sea en la misma supervisión o en las entrevistas personales. De este modo, se va consolidando información respecto a los avances y pendientes del terapeuta, lo cual resulta un punto de referencia muy importante para ambos actores.

Hemos optado respecto a la supervisión realizar una evaluación formativa que finaliza con una evaluación cuantitativa. Para ello nos resulta útil analizar las rúbricas individuales de supervisión, las entrevistas sostenidas, y hacer hincapié en una clara formulación de los objetivos de supervisión desde la persona del terapeuta. Para ello disponemos de tres dispositivos importantes:

1. El diálogo fundamentado entre el terapeuta, el facilitador del “Taller de la persona del terapeuta” y los supervisores del “Taller de supervisión centrado en la persona del terapeuta” respecto a los recursos y fragilidades personales del terapeuta, que se produce al finalizar el primero y comenzar segundo.
2. La imagen metafórica del objetivo personal que cada terapeuta dibuja al inicio del taller de supervisión, post diálogo descrito en el punto anterior.
3. El texto escrito por cada terapeuta respecto a su objetivo de supervisión personal, que se escribe en un momento posterior a dibujar la imagen metafórica.

El aspecto que estamos iniciando y que, sin duda, debemos seguir trabajando, es la evaluación y retroalimentación al supervisor, el cual incorpora los siguientes ítems: conocimiento y capacidad sistémica vincular, sensibilidad clínica, accesibilidad del supervisor, retroalimentación y relación de supervisión, organización y claridad comunicativa, entusiasmo y persona del terapeuta. Evaluar y retroalimentar al supervisor no sólo tiene un aspecto de justicia relacional, en la cual los supervisados tienen la oportunidad de señalar sus apreciaciones y puntuaciones en una escala liker, sino que es una posibilidad de mejorar las prácticas del supervisor y detectar aspectos recursos y fragilidades dentro del proceso de supervisión en el contexto formativo.

7-. Dimensión Ética

Como se ha dicho, la persona del terapeuta está a la base de la formación del IHS, lo cual significa en el aspecto ético, que el cuidado del propio terapeuta es una responsabilidad primordial compartida por el supervisor y supervisado. La ética del cuidado del terapeuta implica que el proceso de supervisión debe orientarse en primer lugar a que el terapeuta/supervisado tenga un lugar y una voz desde la cual pueda reflexionar sobre su propio cuidado personal y profesional. Es decir, que ante dilemas éticos que se relacionen a su cuidado personal, debe haber un espacio donde este aspecto sea un elemento esencial del diálogo de supervisión, de este modo se le comunica al supervisado que su propio cuidado es fundamental para su desarrollo presente y futuro.

El modelo clínico del Instituto Humaniza Santiago desarrolla ciertos valores que:

Proveen de principios comprensivos que delimitan y estimulan la práctica de aquello que entendemos como respeto a la dignidad de las personas en el contexto del trabajo terapéutico, cuestión que es una responsabilidad básica del terapeuta y de todo el sistema terapéutico. Asimismo, proporcionan una referencia ética que orienta la toma de decisiones, respecto a las acciones y dilemas éticos que nos vemos enfrentados los psicoterapeutas en nuestro trabajo clínico complejo. (Orellana & Martin, 2016. Pg. 33)

Desde esta perspectiva es posible definir algunos valores del modelo de supervisión que propicia el IHS:

1. Respeto por los derechos humanos de los terapeutas y supervisores. Los terapeutas y supervisores tienen derechos en supervisión que están asociados a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948). Terapeuta y supervisor deben ser tratados de acuerdo a su dignidad humana durante la supervisión, debiendo recibir y darse un trato fraterno. Reconociendo la igualdad de derechos entre hombres y mujeres tanto en rol de terapeutas como en rol de supervisor. En específico durante la supervisión, el supervisado tiene derecho a la confidencialidad y a la privacidad de todo aquello que comunica durante la supervisión, el supervisor y el grupo de supervisión tienen el deber de resguardar dicha información. Terapeuta y supervisor tienen derecho a ser considerados personas y profesionales particulares, diferente a otros, no debiendo ser discriminados por su nacionalidad, cultura, etnia o religión.

2. La seguridad es un fundamento básico para la relación de supervisión. La supervisión se debe desarrollar en un lugar físico y emocional seguro, para el desenvolvimiento libre y responsable del supervisado y supervisor.
3. Respeto por la visión de mundo de los terapeutas en sus diferentes momentos evolutivos en su desarrollo profesional. Un terapeuta que se está formando requiere asimilar, durante el tiempo de formación, el modelo clínico y preventivo sistémico vincular, para ello durante la supervisión, el supervisor debe respetar la visión clínica, sensibilidad y percepción personal del supervisado, de modo de reconocerlo como otro válido en la relación y, por tanto, no violentarlo implícita o explícitamente.
4. Los supervisores tienen la responsabilidad de asistir, asesorar y orientar a los supervisados, durante la formación clínica, con el fin de ayudarles a convertirse en profesionales que se desempeñan en consonancia con las directrices éticas de la profesión y con el código de ética profesional de Chile (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999).
5. Los supervisores tienen la responsabilidad de propiciar una terapia sistémica vincular que sea efectiva y favorezca buenos resultados en el supervisado. Respecto a este asunto de la responsabilidad por los resultados de la terapia del supervisado adherimos a la postura que el supervisor es responsable por los efectos y la influencia que tiene en el terapeuta en formación y su terapia, las indicaciones y orientaciones que entrega durante la supervisión. Por lo que es importante hacer un seguimiento con el terapeuta de lo que sirvió y no de cada supervisión.

Esta dimensión es transversal a todas las supervisiones y se pone especialmente, aunque no únicamente, en juego cuando existen dilemas éticos no resueltos que son expuestos durante la supervisión. Frente a estos es necesario utilizar un razonamiento ético cuidadoso y reflexivo, de modo de discriminar las opciones de abordaje posibles. En este sentido adherimos a los cinco principios éticos planteados por Zygmund y Boorhem (1989), que son aplicables para ayudar a terapeutas en dilemas éticos:

1. Autonomía: siempre que sea posible, los supervisores deben afirmar y resguardar a los supervisados y sus clientes, el derecho de tomar decisiones autónomas, siempre que no infrinjan los derechos de los demás.
2. Beneficencia: las acciones de supervisión deben beneficiar a los supervisados y sus clientes.
3. No maleficencia: Sobre diversos asuntos supervisados, los supervisores no deben provocar ningún daño.
4. Justicia: supervisados y sus clientes deben ser tratados con justicia e igualdad, sin discriminación.
5. Fidelidad: es fundamental que los supervisores sean veraces, leales y confiables.

Viñeta de Supervisión

José es un terapeuta que en el contexto del taller de supervisión, que ya ha avanzado un año y medio, presenta un caso de un niño de 10 años, Matías, que vive con su madre, Josefina, tiene una hermana joven por parte de madre, ambos hijos son de padres diferentes, la hermana tiene una relación con su padre, Matías no conoce a su padre, la madre quiere abordar este aspecto porque Matías ha comenzado a preguntar, quiere conocerlo, ella no sabe cómo enfrentar este tema que ha sido silenciado, no dialogado con su hijo, de hecho cuando el niño preguntó ella ha visto incrementadas sus crisis de pánico. La madre evade hablar con el terapeuta de varias cuestiones emocionales importantes de su historia, quizás ello esté a la base de las crisis de pánico que presenta, que me impresionan, como supervisor, son un síntoma principal. Aunque el motivo de asistencia a terapia está asociado al afrontamiento del tema paterno y a la desobediencia del niño a la madre, ella dice que es insolente, lo ve irritado, “no sabe qué hacer”, desde hace algún tiempo el niño además “se puso miedoso”, no puede dormir sin ella, lo que provoca que ya no pueda tener espacios sociales o salir a algún lugar de noche.

José, el terapeuta, tiene un objetivo desde la persona del terapeuta que ha escrito del siguiente modo: poder recurrir y confiar en los recursos personales, como la espontaneidad, el humor y usarlos asertivamente. (Es decir, aquellos recursos relacionados con la inteligencia emocional).

Las preguntas de supervisión del terapeuta son ¿Cómo intervenir con una familia que tiene una alta resistencia al cambio, que tiene una demanda de atención, pero que pareciera que no quieren abordar los conflictos asociados a las problemáticas presentes?, la otra es ¿Qué tipo de intervención puede ser más eficaz con esta familia, considerando que desde un inicio se ha intentado una terapia vincular-contextual sin obtener resultados positivos en la mejora conductual y sintomática?

El terapeuta impresiona algo cansado, frustrado, ha trabajado algunos meses y evalúa que no ha logrado que el niño avance, ni que la madre elabore aquello que le pasa. Refiere que él también ha evitado hablar del tema paterno, teme que al hablarlo la madre pueda aumentar su ansiedad y se pueda “desarmar”, inclusive le ha sugerido a la madre que podría derivar a otro terapeuta que la atienda, porque él se siente sin herramientas, ha hecho varios trabajos con diversas técnicas pero siente que no ha ayudado, la madre le dice que no, porque el niño se siente muy bien en terapia por primera vez, la anterior terapia con una terapeuta mujer fue muy difícil para él y no quería asistir, ahora el niño quiere asistir.

El diálogo de supervisión incluye inicialmente la sensación personal/profesional del terapeuta, lo que le sucede en la relación terapéutica y lo que le pasa en la relación madre e hijos:

Supervisor (S): ¿cómo te sentías en ese momento que te llevó a declarar la posibilidad derivar a otro terapeuta?

Terapeuta (T): Me sentía como incompetente... He desplegado mi mejor “artillería” y no pasa nada.

S: Es probable que te estés sintiendo como se siente la madre. Ella se debe sentir muy incompetente.

T: Sííí, totalmente. Mira, yo una vez le hice el reflejo de eso, ella en las últimas sesiones me dice que no hay cambio, me lo dice con algo de melancolía, tristeza y rabia. Yo le dije que yo también me siento así, me sentía con harta rabia, eso no se lo dije, no sabía qué hacer. Sí le dije de manera bastante explícita, que su respuesta de “no sé” no ayudaba en nada, “cuando yo pregunto me respondes siempre no sé”

S: Esta es una tensión que se puede ir generando en el vínculo, efectivamente ella no se moviliza y te puedes sentir muy enrabado con ella, porque ella no hace “lo que tiene que hacer”.

T: Que es lo mismo que les pasa a los hijos

S: Claro y eso está en el vínculo que ella ofrece. Te pasaría a ti y seguramente a cualquier terapeuta, es lo que ella trae, es su apego.

Clarificado este punto desde la perspectiva del apego de la madre en la relación terapéutica y desde los elementos contratransferenciales, reflexionamos acerca de cómo trabajar con un sistema familiar evitativo y con algún trauma no explicitado, donde si el terapeuta presiona demasiado a la madre podría reproducir la pauta relacional de los hijos, que impresiona así: mientras más critican a la madre, ella menos se moviliza, con lo cual aumenta la crítica y la inmovilidad. Le sugiero al terapeuta trabajar algunas sesiones con la madre con el fin de ofrecerle un espacio de elaboración y contención personal, hipotetizamos que ella establece además del apego evitativo una relación donde reproduce aspectos traumáticos de su historia.

S: Pienso que es importante que le preguntes ¿Qué le pasa que ella no habla de sí misma? Sin hablar del contenido de lo que no quiere hablar, sin obligarla a hablar de lo que podría ser el evento traumático o lo que sea que le haya pasado ¿Qué la lleva a no querer hablar de esto? ¿Le da miedo? ¿Se siente culpable? ¿Vergüenza? ¿Tiene miedo de que se activen sus crisis de pánico? Entonces cuando tú logres que ella hable de la emoción de fondo que la lleva a callar, se va a ir dando un diálogo, en la cual ella te va a ir contando algunas cosas, hasta que en algún momento, más adelante, te contará lo que le pasa, pero ella tendría que ir sintiendo que tú la esperas y al mismo tiempo estás interesado en lo que le va pasando, confías en ella y la puedes sostener. Porque quizás lo que le has estado comunicando que es mejor no meterse, no abordar este tema porque no confías en que ella se pueda sostener y que tú la puedas sostener.

T: Cuando mencionas que la puedo sostener, desde tu experiencia ¿Cómo se logra sostener a un paciente con estas características?

S: (al grupo) ¿Qué opinan?

Otra terapeuta: Hay que darle terreno a su emocionalidad, hay que darle harto espacio con harta paciencia, darse una vuelta larga para poder llegar hasta lo que siente.

Otro terapeuta: pienso que también tiene que ver con la confianza, de confiar en ti como terapeuta y el trabajo que están haciendo.

T: Oye bueno, gracias, me clarifica, quiero decir esto, “darle terreno a su emocionalidad”, tengo que ser sincero, cuando ella llora o el niño llora yo me siento muy incómodo.

S: ¡Que bueno que lo dices!

T: Sí, me siento muy incómodo, porque siento que tengo que ser quien sostiene y a mí me cuesta sostener a alguien que llora.

S: ¿Cuál es la historia que tienes con eso?

T: Yo no puedo hacer algo que no aprendí. Entonces, lo que tú dices, como darle terreno a su emocionalidad, de tan sólo pensar en las sesiones en que ellos lloran y se abrazan, y como que se desarmen, yo digo pucha, una pérdida de tiempo esta cuestión.

S: Háblame de eso de que no puedo hacer lo que no aprendí, ¿En tu historia qué pasaba?

T: Claro, porque mis padres en realidad no expresaban su emocionalidad y por ende cuando yo necesitaba expresarla no lo hacía, porque sabía que no encontraría la respuesta adecuada del otro lado, entonces no sé cómo hacerlo tampoco.

S y el grupo: ah sí. (todos asienten)

T: Lo que hago cuando lloran es que busco los pañuelos y se los paso.

S: Claro, eso es lo difícil en el vínculo con ellos. Ella evita la emoción y tú también la evitas, esta es la forma del vínculo que genera el impasse en el cual es difícil avanzar. Entonces tu pregunta es muy interesante de cómo sostener, implicaría que tú avanzaras en tu sensación de que te vas a mantener tranquilo, no reactivo cuando ella llora, porque vas a considerar que esto es un avance, si ella llora es un triunfo de la terapia, porque ella poco a poco va tomando contacto con algunas emociones traumáticas que no han sido expresadas y reconocidas, si tú las reconoces, ella va poco a poco saliendo del trauma. Podemos pensar que la pregunta del niño por el padre, queda encapsulada en este elemento traumático y ella queda atrapada e incrementa sus crisis de pánico. Me parece que sostenerla implica tú mantenerte tranquilo y confiar en que esto es algo bueno, que lo que tú no has tenido en el pasado, ella lo tiene ahora contigo.

La supervisión transita sobre elementos teóricos y prácticos del abordaje del trauma desde una perspectiva relacional y en la necesidad de psicoeducación a la madre respecto a lo traumático, para que ella pueda entender lo que le pasa desde una perspectiva clínica comprensiva y no sólo como un defecto personal de inoperancia que es enjuiciado por los demás, entonces ella puede comprender que no es sólo un monstruo de madre, sino que se encuentra viviendo un trauma que ha afectado en su función materna.

La supervisión se cierra con retroalimentación específica respecto a la ficha clínica. El terapeuta hace varias preguntas de cómo desarrollar la terapia, de manera bastante libre y espontánea.

Análisis de la Viñeta de Supervisión desde la Perspectiva Dimensional

En esta supervisión impresiona que las dimensiones que podemos distinguir como preponderantes son la de cuidado del supervisado y de la relación, la de ayuda y colaboración profesional, niveles del self y la dimensión vincular. Describiré brevemente la influencia de cada dimensión:

- Dimensión cuidado del supervisado y de la relación: dada por la posibilidad de que el terapeuta pueda reconocer la emoción personal y psico-corporal que lo ha llevado a tener una acción evitativa del afecto de sus consultantes. Dicha emoción, que podemos entender como una resonancia y un elemento contra transferencial, está anclada en una historia personal del terapeuta que él menciona, que el supervisor reconoce y relaciona con el impase terapéutico con el fin de ayudar al terapeuta a desentramarse y mejorar su efectividad clínica.

- Dimensión de la ayuda y colaboración profesional: El aspecto fundamental que se incorpora es la reflexión acerca de aspectos teórico-prácticos de la concepción acerca de trauma relacional y su abordaje, para que el terapeuta pueda ubicarse en esta perspectiva y pueda incorporar un camino acerca de cómo avanzar en la terapia que desarrolla con el niño y su familia. En este sentido, al interior de esta dimensión, se releva el elemento transferencia teórica, técnica y estratégica del oficio. Aparece como especialmente importante la posibilidad de orientar la posición del terapeuta hacia una mayor tolerancia al afecto de sus consultantes y a conceptualizar de modo diferente la emoción de los mismos, no como una derrota, sino como un triunfo de la terapia y de sus actores, es decir un triunfo también para el terapeuta.
- Dimensión niveles del self: se trabaja inicialmente sobre el self afectivo para luego abordar el self cognitivo del terapeuta. El primero se desarrolla con preguntas que apuntan al sentir del terapeuta y el segundo con diálogos conceptuales y teóricos de la teoría del trauma.
- Dimensión vincular: el vínculo de supervisión, desarrollado a lo largo de la formación, es el vehículo que estimula la creación de un clima grupal seguro y abierto afectivamente, que permite que el terapeuta revele elementos emocionales fundamentales de su campo vincular que podemos comprender como la presencia de resonancias y elementos contratransferenciales.

Comentarios Finales

La supervisión es un proceso complejo que requiere la consideración multidimensional. La presente propuesta permite identificar y conceptualizar la o las dimensiones específicas que se abordan al realizar una supervisión, para que el supervisor tenga a la mano una herramienta de reconocimiento de su quehacer.

El contexto de formación, la perspectiva teórica y ética desarrollada en el IHS ha favorecido el hecho de poner en un lugar fundamental la dimensión del cuidado del supervisado y de la relación. El terapeuta en formación se encuentra en un momento iniciático, para nacer luego como un terapeuta sistémico vincular, ello ha implicado desarrollar una perspectiva de supervisión que releva el cuidado sobre el desarrollo del terapeuta para potenciar el despliegue de sus recursos y acoger la expresión y superación de sus fragilidades. No obstante, más allá del contexto de formación, aparece como muy relevante el hecho de revertir la tendencia de los modelos clínicos de apuntar en demasía sobre el cuidado de los consultantes, desarrollando sus respectivos modelos teóricos y clínicos, y considerar mucho menos el cuidado de los terapeutas. Ello se refleja especialmente en la constatación de que la formulación de la teoría y el método de supervisión suele no estar modelizado por las escuelas de formación terapéutica.

Impresiona que estás 7 dimensiones son reconocibles y abordan aspectos fundamentales de la supervisión clínica, que podrán adquirir relevancia dependiendo del contexto de supervisión que se desarrolle y de los contenidos de la misma. En supervisión de equipos psicosociales de trabajo en trauma aparece muy relevante la primera dimensión descrita y la de complejidad contextual. En contextos de supervisión en que el supervisado

busca ayuda espontáneamente y elige libremente su supervisor/a es de mucha relevancia la dimensión de la ayuda y colaboración profesional. En contextos de formación tomará especial relevancia la dimensión de evaluación y retroalimentación dado que es lo que permite que el formando tenga información que le permita mejorar sus prácticas.

Las dimensiones también pueden ser concebidas como aspectos generales de la supervisión, que pudieran ser útiles para diferentes modelos y contextos de supervisión, realizando la modulación respectiva de cada dimensión. Asimismo, podría ser un apoyo significativo para aquellos que emprenden la labor de formarse como supervisores y requieran ordenar su práctica, así como para terapeutas y supervisores que deseen profundizar sus conocimientos acerca de la supervisión.

Como desafío para el futuro se hace necesario proyectar investigaciones empíricas que permitan discriminar la utilidad de este cuerpo teórico para la práctica de los supervisores y su impacto en las prácticas clínicas de los supervisados.

Referencias

- Aponte, H. (1985) La persona del terapeuta: piedra angular de la terapia, Rev. *Sistemas Familiares*, Año 1/Número 1. Argentina
- Barudy, J. & Dantagnan, M (2010) *Los Buenos Tratos a la Infancia: Parentalidad, Apego y Resiliencia*. Editorial Gedisa, España.
- Canevaro, A. Abeliuk, Y. Condeza, M. Escala, M. A. García, G. & Montes, J. (2013) Workshop residenziale multifamiliare con i terapeuti in formazione. En Canevaro & Ackermans, A. *La nascita di un terapeuta sistémico. Il lavoro diretto con le famiglie d'origine dei terapeuti in formazione*. Edizioni Borla, Italia.
- Cancrini, L. (2006). *Océano Borderline. Viajes por una patología inexplorada*. Editorial Paidós. España.
- Cancrini, L. (2012) *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline*. Editorial Cortina Raffaello. Italia.
- Cirillo, Selvini & Sorrentino. (2018) *Entrar en terapia. Las siete puertas de la Terapia sistémica*. Editorial Desclée De Brouwer. España.
- Cirillo, S. (2018) Seminario clínico: *Trastornos conductuales en el niño y trabajo familiar desde una perspectiva sistémica compleja*. Realizado en Santiago de Chile por el Instituto Humaniza Santiago. No publicado.
- Colegio de Psicólogos de Chile (1999) *Código de ética profesional*, en línea, rescatado el 10 de diciembre de 2019, en http://colegiopsicologos.cl/web_cpc/wp-content/uploads/2014/10/CODIGO-DE-ETICA-PROFESIONAL-VIGENTE.pdf
- Daskal, A.M. (2008) Poniendo la lupa en la supervisión clínica. *Revista argentina de clínica psicológica*, Vol XVII, pp 215 -224, Fundación Aigle; Argentina.
- Del Río, M. (2011). Proceso terapéutico y supervisión. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 7(1), 77-84.
- Elkaim, M. *Si me amas, no me ames. Psicoterapia con enfoque sistémico*. Ed. Gedisa. Barcelona, España. 2008.
- Falender, C. & Shafranske, E. (2010): cap. 8. Evaluation of the supervisory process, and Appendixes I, J, K, L. (pags. 269 – 280). En *Clinical Supervision. A competency-based Approach*. American Psychological Association, Washington, DC.

- Ibaceta F. Y Santana A. (2014) Supervisión como fomento del cuidado de equipos que trabajan en reparación de agresiones sexuales: delimitación de una propuesta. *Revista De Familias y Terapias* año 23, N°37. Páginas 23-39.
- Martin, A. & Orellana, F. (2019) Conferencia: ¿Intervención terapéutica o psicoterapia? Reconociendo el contexto terapéutico posible. *Primeras Jornadas Sistémicas Regionales de Niños, Niñas y Adolescentes. Red Relacional Infante – Juvenil*. No publicado.
- ONU (1948) *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, en línea, rescatado el 10 de diciembre de 2019, en https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Orellana, F. , Martin, A., Marín, A., Ibaceta, F., Penna, V. & Rodríguez M. (2015) La persona del terapeuta y su origen. La Inclusión de las familias de origen y su impacto en el desarrollo del self profesional de los terapeutas del Instituto Humaniza Santiago. *Revista Clínica y Psicosocial: Vincularte*, Santiago de Chile.
- Orellana, F. & Martin, A. (2016) El modelo clínico y preventivo del Instituto Humaniza Santiago: Terapia sistémica vincular centrada en la niña, el niño, el adolescente y su familia. *Revista Clínica y Psicosocial Vincularte*. N° 2, Pg. 16-40. En línea, rescatado el 10 de diciembre de 2019, en <http://www.humanizasantiago.cl/wp-content/uploads/2017/01/El-modelo-cl%C3%ADnico-y-preventivo-del-Instituto-Humaniza-Santiago-Terapia-sist%C3%A9mica-vincular-Orellana-y-Martin.-2016.pdf>
- Tilmans-Ostyn, E. (2013) *Post formación sistémica*, Instituto Humaniza Santiago. No publicado.
- Rober, P. (2017) Integrar la Persona del Terapeuta en la Supervisión: El Método del Diálogo Interno del Terapeuta. *Revista Family Process*, Vol. 56, No. 2.
- Schore, A. (2012) *The Science of the Art of Psychotherapy*. W.W. Norton & Company. New York and London.
- Zygmund M. y Boorhem, H. (1989), Ethical Decision Making in Family Therapy. *Family Process*, Volumen 8, N° 3, Pg. 269-280.
- Tood, T.G. (2002) Capítulo 2. Self-supervision as a universal supervisory goal. *The Complete Systemic Supervisor*. En. Tood, T.G. & Storm, Ch. Authors Choice Press, USA.