

Terapia psicológica
Sociedad Chilena de Psicología Clínica
sochpscl@entelchile.net
ISSN (Versión impresa): 0716-6184
CHILE

2005

Margarita Loubat O.

SUPERVISIÓN EN PSICOTERAPIA: UNA POSICIÓN SUSTENTADA EN LA
EXPERIENCIA CLÍNICA

Terapia psicológica, diciembre, año/vol. 23, número 002

Sociedad Chilena de Psicología Clínica

Santiago, Chile

pp. 75-84

Supervisión en Psicoterapia: Una Posición Sustentada en la Experiencia Clínica

Supervision in Psychotherapy: A view based on clinical experience

Ps. Margarita Loubat O. (DESS)*
Universidad de Santiago de Chile, USACH

(Rec: 18 julio 2005 – Acep: 21 oct. 2005)

Resumen

En este artículo se describe un modelo de supervisión de la psicoterapia en etapas. En él se recogen los aportes del Modelo Bio–Psico–Social y del Movimiento Integrativo en Psicoterapia. Se explicita un trabajo bajo una mirada Integral y un encuadre Émico respecto al abordaje del sujeto y de la modalidad de intervención. En él se recurre a numerosos conceptos básicos de la psicoterapia los que se integran al Modelo de Supervisión que denominamos Integral, Émico, Pluralista e Integrativo, el cual es fruto de la experiencia clínica y se expone pensando que puede ser una guía práctica en el trabajo en equipos interdisciplinarios y en la supervisión de terapeutas noveles.

Palabras claves: Supervisión en Psicoterapia, Modelo Bio–Psico–Social, Movimiento Integrativo en Psicoterapia

Abstract

This article describes a model for supervision in psychotherapy in stages. It recollects the contributions of the Bio–Psycho–Social Model and the Integrative Movement in psychotherapy showing the work done under an integral view and an Emic focus of the patient and the intervention. It exposes a variety of basic notions in psychotherapy integrated in a supervision model considered integral, emic, plural and integrative, which is a product of clinical experience that can be a practical guide for interdisciplinary work teams and for the supervision of beginning psychotherapists.

Key Words: Supervision in Psychotherapy, Bio–Psycho–Social Model, Integrative Movement in Psychotherapy.

Introducción

El ejercer la docencia en el quehacer de la psicoterapia, hace necesario organizar un sistema de supervisión de la actividad. Ello obliga a los docentes supervisores a sistematizar la experiencia adquirida en años del quehacer psicoterapéutico, con el objeto de traspasar un “savoir faire”, de guiar un proceso y hacer partícipe a psicólogos en formación de la acumulación de hallazgos, la integración de conocimientos y la sistematización recurrente que se ha obtenido como fruto de años de profesión.

Es menester que la experiencia en la clínica psicoterapéutica esté cimentada por conocimientos teóricos y una formación profesional adquirida en el marco universitario, ya que ello implica una sensibilidad respecto de la investigación en el ámbito clínico, lo cual ayuda a la comprensión del estudio de los casos y a su intervención.

Se sabe que el ejercicio de la actividad de supervisión, no se traduce siempre en bibliografía, y que su práctica se realiza hasta ahora en Chile, por lo general, de forma subjetiva y algunas veces con modelos generados de manera autodidáctica o, y sólo en los últimos años, como producto de la reflexión de grupos de estudio que imparten cursos de especialización en psicoterapia.

La supervisión es una actividad básica en el aprendizaje del quehacer psicoterapéutico y útil para el trabajo terapéutico con niños adolescentes y adultos, cuando se trabaja en forma individual o en equipos interdisciplinarios y bajo cualquier perspectiva teórica.

Se trata de una actividad teórico–práctica, de integración de conocimientos, que requiere por lo tanto del profesional que la efectúa, una maduración respecto de aspectos teóricos que competen a su formación como de la aplicación práctica de esos conocimientos. Estos aspectos teórico–prácticos se combinan en un ejercicio inductivo y deductivo que se afina de mas en mas con el concurso de la experiencia en el quehacer psicoterapéutico. Es este “savoir

* Ps. Margarita Loubat O. (DESS). Supervisora en Psicoterapia. E mail: mloubat@lauca.usach.cl

faire” respecto de la psicoterapia, lo que el supervisor transmite al supervisado y pone al servicio del análisis del caso.

En los procesos de supervisión, se revisan conceptos fundamentales de la psicoterapia, lo que se ha generado gracias a la investigación empírica en éste campo. Se realiza una inspección técnica, donde se analizan las diferentes estrategias y tácticas psicoterapéuticas que el psicólogo o alumno en formación ha ido visualizando: objetivos terapéuticos, métodos y procedimientos considerados adecuados al caso en cuestión, en fin, todo lo que ella involucra.

Lo que se expone en este artículo, es un modelo de supervisión que se caracteriza por ser *Integral, Pluralista, Émico¹ e Integrativo* y que se entiende en un *proceso en etapas*:

Modelo que se despliega en una exploración del caso, el consiguiente diagnóstico, el proyecto terapéutico y el desarrollo de la psicoterapia propiamente tal, ello sin desestimar posibles intervenciones psicoterapéuticas puntuales en la fase exploratoria, si el caso lo requiere. Además, se operacionalizan conceptos con la finalidad de hacer mas fácil la comprensión del modelo y se muestra una representación visual del mismo. Se entregan elementos evolutivos histórico-teóricos y una modalidad de desarrollo práctico de la actividad.

La aproximación epistemológica

La psicoterapia es uno de los ámbitos de competencias del psicólogo clínico y su quehacer requiere de una formación especializada y supervisada. Esta última actividad se debe realizar obligatoriamente cuando el psicólogo está en período de formación como psicoterapeuta.

En tanto competencias –que naturalmente son objeto de supervisión–, Spruill, Rozensky, Stigall, Vasquez, Bingham y DeVane Olvey (2004) señalan que ello implica tener los conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes necesarias para realizar la tarea clínica psicoterapéutica. Estos autores lo refieren a propósito de las Direcciones Futuras en la Educación y Acreditación en la Psicología Profesional en EE.UU. y entregan una reflexión en términos generales referida a: *Competencias básicas*: Fundamentos científicos, habilidades de relación, habilidades de comunicación, diferencias individuales y culturales, líneas éticas y legales y pensamiento crítico; *Competencias en la*

planificación de la intervención: Implementación del plan de tratamiento, manejo de situaciones especiales, habilidades para el término, trabajo con otros sistemas de salud y auto-cuidado; *Competencias de evaluación de la intervención*: Apreciación del desempeño/ habilidades de auto evaluación, utilización de supervisión y consultas. Considerando esas competencias como generales y transversales a la práctica psicoterapéutica, se debe tomar en cuenta que existen diferentes perspectivas teórico-prácticas del quehacer psicoterapéutico.

En el caso de la supervisión, se espera que ella sea coherente con el modelo de atención utilizado, en el cual se habrá trabajado bajo una perspectiva teórica y/o se habrá armado un constructo de intervención en base a la experiencia clínica del terapeuta. Se considera que el *savoir-faire* en psicoterapia, lo más probable, es el que ha dado origen a un determinado estilo o sistema de intervención y supervisión.

En el caso de lo que se expone, la supervisión del quehacer psicoterapéutico se realiza considerando el siguiente marco:

Integral porque tiene la mirada del Modelo Bio-Psico-Social en salud y por lo tanto se considera a un sujeto global, que se desenvuelve en un contexto, lo que lleva a considerar el aporte de equipos interdisciplinarios. Una segunda perspectiva de lo integral se da al considerar el desarrollo del sujeto en el ciclo vital y en sus diferentes áreas: fundamentalmente afectiva y cognoscitiva.

Pluralista porque se reconocen diferentes miradas teóricas y aportes, escuchando la diversidad que nos entregan las diferentes corrientes y métodos de intervención. Se valora lo pertinente a la comprensión del caso y/o a la utilización de técnicas de intervención. Desde luego la evidencia empírica y la subjetividad del terapeuta lo conducirán por caminos de intervención y comprensión del fenómeno desde lo que vislumbra mas adecuado.

Émico, porque se desea trabajar considerando la “cultura propia” de los sujetos, respetando su “idiosincrasia personal” y de allí que se pretende construir proyectos terapéuticos en consecuencia. De lo que se trata es de entender la realidad desde la situación de los actores, desde el interior de los fenómenos. En efecto, los sujetos son individualidades, con historias diversas, identidades distintas, y reaccionan de diferentes maneras. Existen múltiples racionalidades y formas de ver el mundo, ello además, esta influido por los contextos en tiempo y espacio. Ello, se traduce en un entramado de significados personales, por lo tanto, se trata de construir el proyecto terapéutico basado en lo que el paciente es y en el marco de la interacción paciente-terapeuta. Por lo tanto, el diagnóstico y proyecto terapéutico, deberá considerar al sujeto en su propia fenomenología.

Por último *Integrativo*, ya que se recogen los aportes del Movimiento Integrativo en psicoterapia, viéndolo como un *approche* que se ha desarrollando a través del tiempo en el quehacer psicoterapéutico, que ha dado origen a un

¹ Se toma prestado este concepto que, aunque utilizado por los psicólogos sociales y los antropólogos, proviene de la lingüística. Los términos emic y etic fueron acuñados por el lingüista y filósofo estadounidense Kenneth L. Pike. El término etic (“fonetic”) se refiere a la percepción que tiene un observador experimentado de los datos que recoge situándose desde fuera de la cultura que observa. Desde un punto de vista emic (“fonemic”), sin embargo, el observador trabaja con las coordenadas socio-culturales del grupo emisor de los datos recogidos. Por lo tanto en el enfoque émico, se trata de entender la realidad desde la situación de los actores, desde el interior de los fenómenos.

acercamiento de diferentes escuelas, formado un movimiento de *cooperación y búsqueda de caminos de encuentro desde diferentes miradas teóricas* de la psicología clínica respecto de la investigación o exploración del paciente, como así mismo de la intervención psicoterapéutica.

Es menester subrayar que en este artículo, se considera a la integración en psicoterapia como un movimiento dinámico y de búsqueda permanente por definición, en la que numerosos profesionales y destacados clínicos en forma dialéctica a través de la historia de la psicoterapia, han explorado y continúan buscando aportes, bajo una mirada amplia, desde su experiencia y desde el fruto de su investigación.

Al respecto, Héctor Fernández Álvarez (1992) entrega un sin número de antecedentes históricos, partiendo por French, quien ante la convención de la Asociación Psicológica Norteamericana procura establecer puntos comunes, nexos entre el pensamiento de Freud y la obra de Pavlov; Rosenzweig, quien ya en 1936, postulaba que la efectividad de la psicoterapia puede explicarse por la capacidad del terapeuta para inspirar confianza y proponer una visión alternativa. J. Frank (1961), quien concluye con características comunes a todas las psicoterapias.

Theodore Millon y Roger Davis (2001), hacen un importante aporte compilatorio respecto de las perspectivas contemporáneas en psicoterapia y en lo se refiere a la “psicoterapia integracionista”, dicen que “el proceso de la terapia debe estar coordinado con la entidad tratada” y que son las propiedades sintéticas y formales de la personalidad las que dictan nuevas formas de psicoterapia proporcionando una vía para la integración de las escuelas históricas.

Este diálogo entre los representantes de diferentes corrientes, resulta difícil, ya que no sólo hay un problema de lenguaje sino diferencias epistemológicas y de visiones de mundo, lo cual constituye una barrera. Guillem Feixas y M^a Teresa Miró (1993), lo manifiestan abiertamente y agregan “que se podría entender el planteamiento del reto de la integración como una muestra de la evolución del campo de las psicoterapias hacia estadios mas maduros de desarrollo” y citando en el texto a Arkowitz (1991), deducen—a pesar de considerarlo un reto—, que la integración se ha ido desarrollando en tres áreas de trabajo: la integración técnica, la integración teórica y el área de los factores comunes.

Otro autor, Norcross (1993), menciona que han favorecido la formación de éste movimiento a través del tiempo: a) La proliferación de enfoques psicoterapéuticos; b) el que una forma de psicoterapia no puede ser adecuada para todos; c) el que las investigaciones indican que es difícil identificar cual enfoque es más útil que otro; d) el reconocimiento de que existen factores comunes en las distintas psicoterapias—las investigaciones apuntan a que los factores comunes explicarían un 30% del éxito terapéutico, sumado a un 40% atribuible al terapeuta—; e) el énfasis en las características del paciente y en la relación terapéutica como principales ingredientes del cambio.

En el curso de éstos mas de 70 años de aparecidas las primeras inquietudes respecto de la integración, numerosos autores se han preocupado de la temática: Goldfried y Newman (1986); Arkowitz (1992); Norcross (1986); Franck (1982); Judd Marmor (1985); Brady (1980); Karasau (1986) Stiles, Shapiro y Elliott (1986) Grencavage y Norcross (1990), etc., citados en Chris Kleinke (1998).

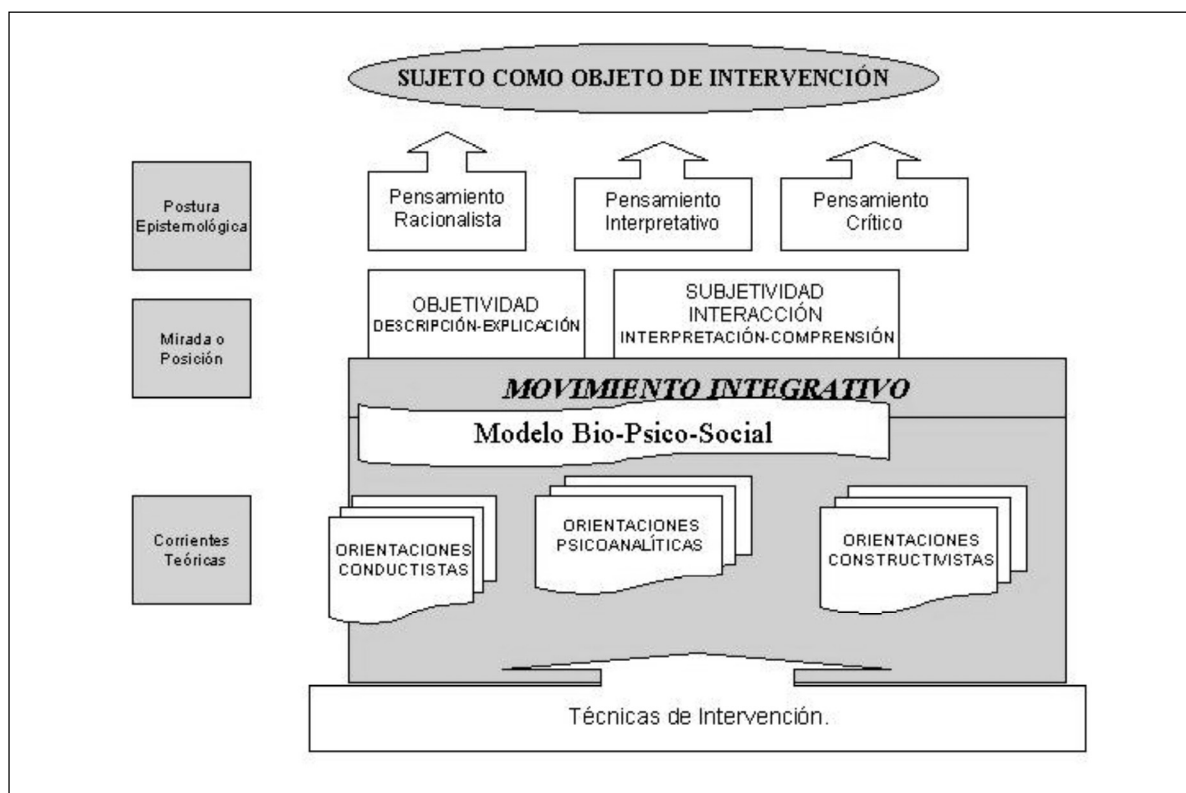
En Chile, Roberto Opazo (1992), reúne a un conjunto de autores que se han interesado en contribuir al desarrollo de la mirada integrativa: A. Luco y H. Calás; V. Baglady, E. Carrasco y M. I. Lira; A. M. Marchetti, entre otros.

Por último y sin pretender agotar el tema y sólo a manera de reseña, se puede decir que en este proceso histórico, son varias las proposiciones de modelos teóricos integrativos que se han efectuado: el “Enfoque Transteórico” propuesto por Prochaska y DiClemente (1986), el “Modelo Psicodinámico” de Millon (2000), el “Modelo Integrativo Supraparadigmático” de Opazo (1983), en fin, y muchos otros modelos que obedecen a este movimiento que está en constante búsqueda.

El modelo de supervisión que se expone, recoge este desarrollo y valora los aportes desde diferentes miradas, ubicándose en una posición interactiva. Vela por lo complementario a fin de comprender e interpretar. Considera técnicas o soportes psicoterapéuticos originadas desde diferentes perspectivas teóricas, validadas empíricamente o publicadas a través de reportes en psicoterapia.

Con la finalidad de reflejar más claramente la mirada o posición en la que se ubica la supervisión que se expone, se ha organizado el siguiente esquema: (Figura 1)

Figura 1



Esta Figura busca mostrar de manera panorámica la aproximación: se parte de las posturas epistemológicas existentes, se ubica al terapeuta en una mirada marcada por la objetividad o la subjetividad dependiendo de la etapa de intervención. Se considera al Modelo Bio-Psico-Social y a las diferentes corrientes teóricas en beneficio de la comprensión del fenómeno; por último, se incluyen técnicas de intervención provenientes de diferentes enfoque teóricos.

El modelo de supervisión y su representación

No obstante que la mirada propone una supervisión en etapas, hay aspectos relevantes a discutir en forma transversal y permanente en el curso de toda la actividad, son ejemplo de ello: el proceso propiamente tal, la relación, el vínculo terapéutico que de ella deriva, los autocuidados del terapeuta, la pertinencia de la elección de las técnicas de intervención y desde luego lo relacionado con aspectos éticos profesionales. En este artículo, se alude tangencialmente las temáticas por lo amplias que son; no obstante, mencionando los aspectos esenciales que parecen imprescindibles de supervisar.

a. Referente al proceso propiamente tal.

En la supervisión se considera un proceso que debe ser analizado. Se trata de un espacio-tiempo, en el cual se es-

tablece una relación entre el terapeuta y su paciente sin ser ajeno el supervisor.

Este proceso se inicia con un motivo de consulta, el cual es una demanda explícita o implícita respecto de un síntoma, trastorno, problema o situación determinada que provoca sufrimiento o inquietud en el paciente. Tiene un desarrollo y un término, ya que es en el marco de ese proceso terapéutico y como culminación de éste, que debería evolucionar el motivo de consulta y/o diagnóstico de la situación, en función de un "darse cuenta" o de "un sentirse mejor" o de "un resolver un conflicto determinado que provoca sufrimiento psíquico". Se realiza en el marco de un determinado encuadre con inicio, desarrollo y término, al que se deberá poner atención en función de las características del paciente y de su sufrimiento.

De allí que en la supervisión también se debe considerar un *timing*, tanto del paciente como del terapeuta, en el cual se abren circuitos de elaboración y de análisis del trastorno, y/o del conflicto, y/o del problema, por parte de ambos, ello no sin conflictos, que operaran en un proceso en base a etapas concatenadas, con avances y retrocesos que darán paso finalmente al "cambio" y al éxito terapéutico.

Todo este proceso supone además el desarrollo de alianzas, en un continuo en el cual se irán afianzando lazos relacionales entre el terapeuta y el paciente los que darán origen a un vínculo y a una relación terapéutica.

b. Referente a la relación

La supervisión es un proceso que considera un ejercicio de relación tanto entre el supervisor y el supervisado y, obviamente, entre el terapeuta y su caso.

Aparte de supervisar la relación que establece el terapeuta con su cliente —a la cual se hará referencia mas adelante en este artículo—, se debe poner especial cuidado en la relación que establece el supervisor con el supervisado, sobre todo en el caso de terapeutas noveles.

En las primeras experiencias prácticas, la supervisión tiene una importancia fundamental ya que esta inserta en una etapa de crecimiento del terapeuta en formación, con todo lo que ello involucra: contención y apoyo emocional, estar cuando se le necesite, ayuda desinteresada en los inicios de una vida profesional. Las primeras experiencias ya sean en el marco del desarrollo humano o en el desarrollo profesional, marcan generalmente el desarrollo futuro del sujeto ya sea desde un punto de vista identitario, escolar y también profesional. Por lo tanto, es un imperativo supervisar al psicólogo novel entregándole la responsabilidad del caso, dándole confianza en sí mismo y en sus aciertos, confiando en lo que él ve, en lo que puede transmitir a través de su observación y escucha. El proceso de supervisión en etapas que se propone permite esta consideración, ya que su encuadre es de protección tanto del paciente como del terapeuta.

Esta relación también tiene significación cuando se supervisa a un colega respecto de un proceso psicoterapéutico, un estudio de caso o situación profesional que requiere de apoyo. Esta debe manejarse aún mas cuidadosamente, considerando que se trata mas bien de co-supervisar ya que se esta analizando una actividad profesional de iniciados, con todo lo que significa para ellos respecto de su experiencia, de su sensibilidad profesional, de su persona.

En el caso de la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente, se considera que ella es objeto de supervisión permanentemente. Es un pilar fundamental en el proceso terapéutico y es a través de su análisis que se puede visualizar el tipo de contacto y de “rapport” que establece el paciente, el tipo de vínculo que se desarrolla, su incidencia en el establecimiento de las alianzas en beneficio del “cambio” que se produce. Desde luego se supervisan los procesos transferenciales y contratransferenciales que gracias a la relación se establecen.

También, se analizan las características estructurales del terapeuta, su capacidad de observación, de escucha, de ponerse en el lugar del otro, en definitiva el tipo de relación que establece con su paciente. Este ayudará, contendrá de determinada manera, ya que en la relación terapéutica se involucra la propia identidad.

c. Referente al vínculo que se establece

La relación terapéutica es un espacio vincular. Se supervisa el tipo de vínculo que allí se produce y que se hipotetiza que en parte, es el habitual del paciente. Ello habla del tipo de lazos que este desarrolla y qué ataduras afectivas tiene el paciente. Qué tipo de emociones involucra en estos apegos.

Hace referencia además, al tipo de lazo de afecto que se desarrolla en el marco de la relación terapeuta y consultante (s). El análisis del vínculo es objeto de supervisión, ya que se considera que es imposible que no se produzca y se desarrolle en una relación que se da en un determinado tiempo, además el psicoterapeuta y el paciente son sujetos activos.

Este vínculo es crucial para el desarrollo de la alianza de trabajo, terapéutica, para el plan de tratamiento y su análisis, de modo que se verá reflejado en todo el análisis del proceso; no obstante, se desarrolla sólo en beneficio de una prestación profesional.

d. Respetto del terapeuta, sus habilidades y su autocuidado

Se debe poner énfasis en la revisión de las habilidades clínicas del terapeuta, ya que no se puede desestimar las características de los terapeutas y las llamadas “variables inespecíficas de la terapia”, las que muchas veces son cruciales para el éxito terapéutico (Opazo R , 1992).

Se sabe que los sujetos son una suma de aptitudes y que en determinados terapeutas éstas aptitudes han dado paso a habilidades naturales psicoterapéuticas. No obstante en otros, se hace necesario un mayor desarrollo de habilidades. Se considera que el marco de la supervisión, también puede ser objeto de estudio y de orientación para el desarrollo de habilidades específicas. Reyes F. Gabriel y Benítez J. Dagoberto (1991), se refieren a ellas en lo específico y en las posibilidades de su entrenamiento.

Las aptitudes, habilidades, capacidades del terapeuta se ponen a prueba en el marco de la psicoterapia, ya que éste deberá recorrer un camino en función de conocer y entender el sufrimiento del paciente, las características personales e identitarias del sujeto, el contexto en que se da este sufrimiento, y naturalmente el medio en que el sujeto se desenvuelve. De allí que en esta investigación cuando se da en un espacio inter subjetivo, el terapeuta es una herramienta activa en el proceso de conocer, entender y por lo tanto en esa acción esta involucrando a su persona.

Este ejercicio de tratar de ponerse en el lugar del otro, comprenderlo y muchas veces vivenciarlo, puede provocar un impacto en la vida personal y en el mundo emocional del terapeuta. Aquí se alude a otro punto, al de los autocuidados.

El terapeuta al desarrollar un rol activo, participar con su subjetividad y tratar de ponerse en el lugar del paciente a fin de comprenderlo, esta inserto en una relación, en un vínculo terapéutico y en contacto con el sufrimiento del otro. Se sabe que no se es inmune al sufrimiento de los pacientes, como tampoco se es inmune a dificultades personales y sufrimientos propios o accidentales en el curso del propio ciclo vital. Por lo tanto se hace necesario en el marco de la supervisión incentivar a los terapeutas noveles a que se habitúen a desarrollar autocuidados respecto de su salud, los cuales irán en beneficio de ellos y de sus clientes. Autocuidados son aquellas actividades que el terapeuta realiza para él mismo y por su propia iniciativa. Numerosas investigaciones señalan el peligro que constituye el trabajo vinculado a profesiones de ayuda, ya que éstas producen desgaste, estrés laboral, el cual sin los autocuidados necesarios puede producir alteraciones psicológicas y enfermedades físicas. (Menares, F., Morales, G., Pérez, J. (2003); Cattoni y Cramer (2004); Caballero y Marín (1999), Torres-Godoy y Romero (2005)). Fue Dorothea Orem (1959), quien desde la enfermería fue una de las pioneras en hacer referencia a la temática.

Una atención sana desde el terapeuta hacia su cliente y bajo la premisa del auto cuidado del terapeuta es fundamental. Estos elementos deberán ser supervisados, con una mirada vertical y en ocasiones transversal del terapeuta, ya que las características estructurales del terapeuta y/o algún periodo de estado patológico transitorio o permanente que se pueda dar en su salud mental, también estará vinculado al tipo de relación que se establezca.

e. Respeto de las técnicas de intervención.

Se considera la utilización de técnicas psicoterapéuticas provenientes de diferentes corrientes teóricas y su aplicación creativa según cada terapeuta. (Ello naturalmente desde un proyecto émico.) Será tarea del psicoterapeuta, el escoger lo más adecuado para su paciente considerando sus características y las técnicas o procedimientos psicoterapéuticos considerados eficaces a la luz de la investigación empírica y que sean factibles de utilizar. Ello se efectúa a nivel de la exploración o de la terapéutica, y obedece a un pragmatismo necesario que nos lo indica la experiencia, la investigación y los reportes de numerosos psicoterapeutas. No obstante, se espera un hilo conductor coherente. No se puede explorar a un paciente desde el conductismo y utilizar en la intervención técnica de asociación libre aspirando a acceder al inconsciente del sujeto, no tiene lógica respecto de lo que estaría hipotéticamente a la base del problema a resolver. Existen variadas técnicas provenientes de diferentes enfoques teóricos. Gerard Core (1995), entrega un interesante recuento de ellas.

f. Algunas consideraciones éticas.

Por último, el espacio de supervisión puede ser un lugar privilegiado para reflexionar respecto de aspectos éticos del desarrollo de la profesión. Naturalmente se deberá velar por un trabajo en que prime el respeto a los derechos del paciente, una actitud profesional responsable y considerando, si la situación lo aconseja, consultar el Código de la Orden.

Es menester respetar el deseo del paciente, velar por un manejo técnico responsable y tener una posición valórica que esté en beneficio de aliviar un sufrimiento considerando las ideosincrasias personales.

El modelo de supervisión en etapas

El esquema que se expone, propone un proceso de supervisión Integral, Pluralista Émico e Integrativo, en el que se consideran todos los aspectos ya antes mencionados respecto del proceso en general y las siguientes etapas:

a. Primera etapa: La exploración del caso.

Para la exploración, se cuenta con numerosas herramientas que nos entrega la investigación en el campo de la psicología clínica: la observación, la entrevista, los test. La aplicación de esta última herramienta va a depender del motivo de consulta y de las características del aparato psíquico del sujeto que consulta.

En el caso de la entrevista, esta deberá ser clínica, semi estructurada y construirse en base a las dimensiones que es de interés averiguar. Son numerosos los tipos de entrevistas que se encuentran en la literatura, el terapeuta escogerá lo que estime mas pertinente. Se valora en el marco de esta supervisión y en el caso de adultos, la entrevista estructural de O. Kemberg (1987), ya que a través de ella se puede explorar sintomatología, estructura de personalidad y conflictos.

En esta etapa se pondrá el énfasis de la supervisión en el proceso de recabar información y analizarla:

- *Motivo de Consulta Manifiesto y Latente*, lo cual podrá ser conectado de inmediato con la conciencia de enfermedad, con el juicio de realidad, con los recursos del paciente. También dará pistas respecto de qué podría estar a la base de las dificultades.
- *Una mirada integral del sujeto*. Es fundamental que el terapeuta pueda mostrar al supervisor su paciente, ello implica una mirada exhaustiva, integral desde la primera entrevista.

Sujeto de examen será el analizar las diferentes áreas y etapas del desarrollo del sujeto en cuestión, a fin de enriquecer la conceptualización del caso. Ello permitirá conocer del desarrollo cognitivo y afectivo del sujeto y poder contrastarlo con los estudios respecto de desarrollo humano en el curso del ciclo vital. Ello sin desestimar que los sujetos son únicos.

Se deben recoger datos de la historia o/y de la situación actual del sujeto en base a la escucha y la vivencia activa del terapeuta. Analizar el medio donde se desenvuelve el sujeto será de gran importancia ya que nos permite aproximarnos al contexto socio cultural en el cual esta inserto.

En el caso que la situación lo amerite, se deberá proceder a realizar exámenes mentales, con la finalidad de afinar la exploración. Los aportes del Dr. R. Capponi en “Psicopatología y Semiología Psiquiátrica” (1995), deberían ser una guía práctica para este objeto.

Esta mirada Integral permitirá aventurar hipótesis diagnósticas respecto de síntomas, síndromes, trastornos o problemas; el tipo de personalidad en la cual se desarrolla esa psicopatología o problema; los conflictos intrapsíquicos o interrelacionales que manifiesten los sujetos o que el terapeuta pueda inferir. Además se deberá explorar bajo una mirada longitudinal y una mirada vertical, lo que permitirá diferenciar el estado permanente y el estado actual del sujeto.

- *El Modelo Bio Psico Social* (OMS, 1948) será beneficioso tanto para la exploración del caso, como en el proyecto terapéutico. Por lo tanto, si fuese necesario, se incentivará a proceder en un trabajo terapéutico interdisciplinario, a fin de considerar dentro del proyecto terapéutico otras opiniones incluso considerando en algunos casos la coterapia psicológica y farmacológica. En otras oportunidades también solicitando a través de trabajadores sociales, la conexión del paciente a factores protectores, los cuales incluidos en el proyecto terapéutico coadyuvarán a potenciar la psicoterapia.

b. Segunda etapa: El diagnóstico

Aquí se pasa a supervisar que se hayan considerado:

- *La integralidad del consultante*: el síntoma o trastorno manifiesto, el tipo de personalidad patológica o no –sobre todo su conceptualización– en la cual se da ese sufrimiento y el conflicto que estaría a la base del trastorno o problema, desde luego su motivo de consulta. Ejemplo: Sintomatología: Depresiva; Personalidad: Evitativa; Conflicto: Separación de pareja. Ello sin desestimar el medio o el contexto en el cual se desarrollan esos ejes mencionados.
- *Hipótesis que sustenten el diagnóstico* presentado, con la finalidad de reflexionar sobre qué estará a la base del trastorno, problema o conflicto o de la configuración de personalidad del sujeto en cuestión. Ya en las primeras entrevistas lo que llamamos motivo de consulta latente ayudará a este propósito.

El diagnóstico se realiza en base al DSM-IV o CIE-10, además de un diagnóstico detallado de la personalidad –normal o patológica– del sujeto y de sus conflictos. El diagnóstico es de un gran apoyo ya que orienta inicialmente y además permite un cierto pronóstico. Ello independientemente de que en el curso del proceso psicoterapéutico se confirmen ciertos supuestos.

c. Tercera etapa: En relación a los proyectos terapéuticos

En el proceso de supervisión se buscará:

- *Que los proyectos terapéuticos sean únicos y centrados en la persona*. Los resultados de la exploración del caso clínico permitirán en conjunto con el paciente elaborar un proyecto terapéutico construido *émicamente*, para el paciente y en base a lo que él es.
- *Que se considere desde un punto de vista teórico, una estrategia que recoja lo “fundado empíricamente”*, vale decir, que en la construcción del proyecto terapéutico y en el proceso psicoterapéutico, se considere la acumulación sistematizada científicamente de la investigación (Kazdin, 1986; Chambless & Ollendick, 2001), los relatos de las experiencias psicoterapéuticas de los diferentes terapeutas (Beutler, 1991; Consumer Reports, 1995), los procesos referidos como facilitadores de la psicoterapia y la reflexión de otros tipos de reportes sobre psicoterapia (Strupp, Schacht & Henry, 1988).
- *Que la elección de soportes y técnicas de intervención se haga en función de los resultados de la experiencia exploratoria, y del diagnóstico*, las que pueden venir de diferentes corrientes teóricas, ya que se consideran como facilitadores, como soportes, en un proceso muy personal que es el que vive y significa el paciente.

d. Cuarta etapa: En relación al proceso

Se postula como central en el *análisis e interpretación del proceso* una mirada al sujeto y sus demandas –motivo de consulta, síntomas, estructura; al terapeuta y sus vivencias– competencias y procesos contratransferenciales; y por último, a la relación establecida entre ambos o entre el psicólogo y el sistema consultante, con sus dinámicas y procesos vinculares que allí se produzcan.

Se supervisará el *análisis de la alianza de trabajo y de la alianza terapéutica*, la *transferencia y contratransferencia*, el *tipo de vínculo que se establece*, elementos que están relacionados entre sí. Se supervisará la pertinencia de *las técnicas de intervención*, el análisis, reflexión e *interpretación conjunta* paciente–terapeuta del camino terapéutico recorrido. También será objeto de análisis las *resistencias al cambio* y los éxitos terapéuticos.

La interpretación es una deducción que permite comprender el fenómeno, es una hipótesis que hace o no sentido en el paciente. De allí que se opta por apoyar al cliente para que haga sus propias deducciones o interpretaciones de sus conflictos, lo que, se cree, ayuda al crecimiento del aparato psíquico. No obstante se sabe que en muchos casos es necesario co interpretar ya que al paciente le es difícil la elaboración sus propios “darse cuenta”, ello, probablemente, esta relacionado con sus características estructurales.

La interpretación considerará aspectos deductivos –relativo a las hipótesis iniciales, las que consideraban los supuestos que estarían a la base del conflicto–, y aspectos inductivos que se recogen en el curso del proceso y al calor de la relación con el paciente. La interpretación deberá provocar luz para el cambio, esta se deberá realizar cuidadosamente y en conjunto con el paciente, yendo de lo más superficial a lo más profundo.

Se procederá a analizar en conjunto con el terapeuta el cómo facilitar el *cambio* en el sujeto, pero, se incentivará a que el terapeuta aprenda a respetar los tiempos y procesos personales del paciente y que no sea víctima de la ansiedad y del exitismo, propio o ajeno.

Se considera que la alianza de trabajo y la terapéutica estarán relacionadas con la estructura de personalidad del consultante, del motivo de consulta, de la sintomatología y naturalmente del desarrollo vincular y del tipo de vínculo que allí se establezca. Estas también tienen que ver con el respeto al contrato inicial que se establece y con resistencias al cambio.

El análisis de la transferencia basada tanto en la realidad misma que muestra el paciente a través de su postura frente al setting terapéutico, a sus reacciones respecto a las intervenciones de su terapeuta, como frente a las fantasías o deseos que podemos entrever del paciente respecto de su

terapeuta, nuevamente mostrará al paciente y ahora en forma mas profunda e incluso permitirá reconceptualizarlo si fuera necesario.

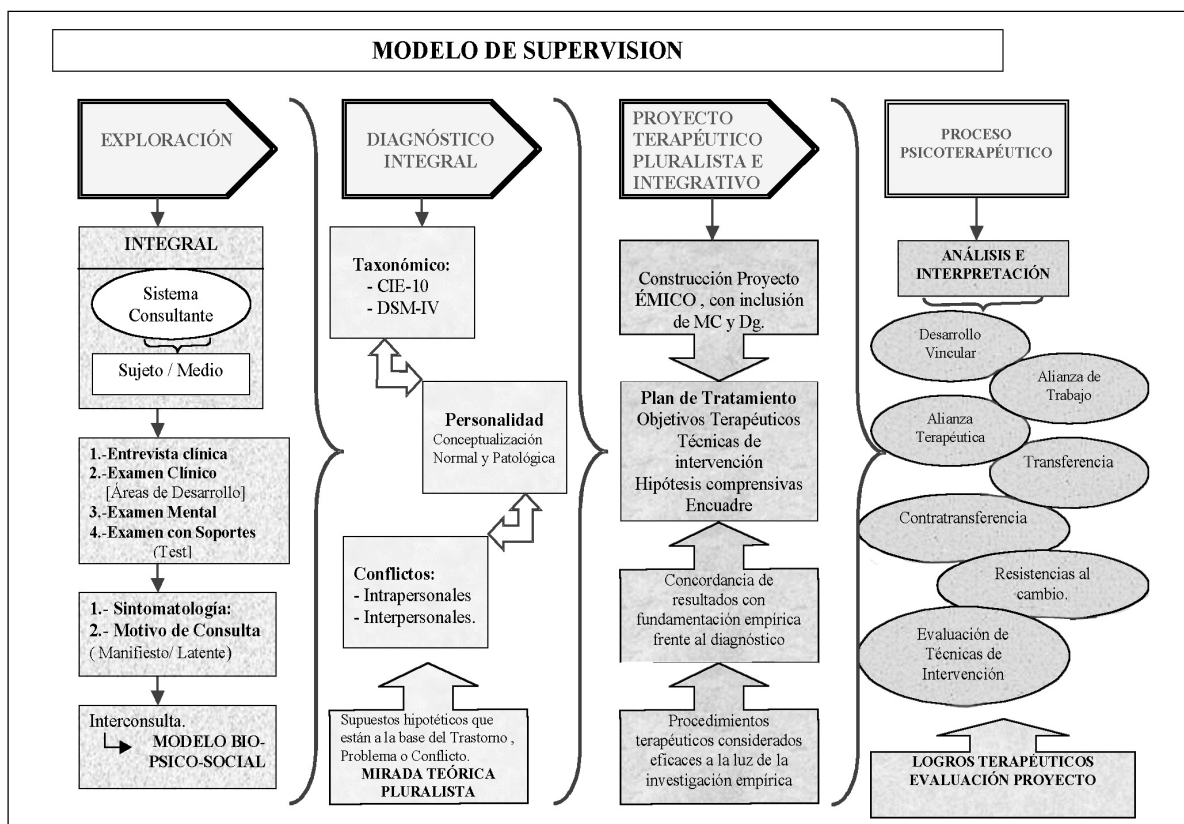
En la supervisión se debe incentivar al supervisado que analice lo que se le transfiere respecto de la historia pasada y actual, y el cómo a través de la psicoterapia y en un movimiento activo inter subjetivo, el paciente va transformando sus vivencias las va haciendo mas conciente en beneficio de su crecimiento personal.

El análisis de los procesos contratanferenciales será de gran utilidad al terapeuta novel y permitirá en múltiples casos facilitar el proceso que vive el paciente y no entrarlo, ya que ellos –los procesos contratanferenciales–, están relacionados con las vivencias propias del psicoterapeuta.

Por último, se realizará una *evaluación del trabajo* efectuado, analizando los objetivos terapéuticos, el tipo de intervención realizada. El qué, para qué y cómo. Se familiarizará al terapeuta con sistemas de registros, por ejemplo la epicrisis, instrumento que permitirá a futuro mirar de manera longitudinal el caso y conocer el cómo se intervino y los resultados de ese tipo de intervención. Estos sistemas además ayudan a realizar investigaciones respecto de la efectividad de los procesos terapéuticos.

Una representación del modelo es la que se muestra en el siguiente cuadro:

Figura 2



Este esquema refiere las etapas de la supervisión, las cuales se inician con la exploración integral del sujeto a fin de concluir con una conceptualización diagnóstica preliminar del caso. Ello dará curso a objetivos terapéuticos que se trabajarán en un proceso interactivo que enriquecerá la interpretación y comprensión del motivo de la intervención.

Comentarios finales

El tipo de supervisión expuesto, es el fruto de una práctica clínica inserta en equipos interdisciplinarios y por lo tanto de la discusión y de los aportes que se han recogido desde diferentes miradas profesionales. Ello ha plasmando un modo de ver al paciente y de intervenir incorporando desde diferentes enfoques lo que es pertinente asimilar. El modelo bio-psico-social en salud, donde se estudia a las personas en forma mas global, ha contribuido a este tipo de acercamiento.

Son múltiples los sustratos teóricos a los que se hace alusión en este artículo, están implícitos en su pertinencia para el modelo. Aquí, el objetivo ha sido el de transmitir un concepto de supervisión que se ha visto influido desde la reflexión teórica y desde la práctica clínica. La congruencia de las precisiones conceptuales se explican en sus propios desarrollos teóricos, los cuales forman parte de la formación epistemológica básica de un psicólogo clínico. En base a este razonamiento se ha utilizado conceptos que parecen pertinentes de diferentes corrientes teóricas, sin encontrar necesario volver explicitar sus definiciones.

Hoy, a pesar de que han pasado varios años y en la práctica de la profesión se asume en general que se trabaja integrando aportes que vienen de diferentes sectores, el Movimiento Integrativo continúa siendo resistido; sobre todo, cuando se busca una aplicación directa de modelos teóricos y sin considerar que los contextos cambian en tiempo y en espacios, que los sujetos somos únicos y que nos enfrentamos permanentemente a situaciones inéditas que pasan a inscribirse de manera continua en el aparato psíquico. En el caso de la supervisión que se expuso, ésta tiene como meta un trabajo psicoterapéutico centrado en el paciente, sirviéndose de la integración de conocimientos y de experiencia en beneficio del éxito terapéutico. El modelo expuesto permite aproximarse desde la subjetividad al paciente, entenderlo desde lo que él es, con su entramado de significados que están en base de su identidad y como sujeto inserto en un espacio socio cultural que naturalmente lo influye, lo transforma y lo reconstruye.

Finalmente, se desea expresar que a través de lo expuesto se espera contribuir en la práctica y comprensión del quehacer de la supervisión; entregar fundamentalmente a psicoterapeutas noveles puntos de referencia que les permitan un análisis y mejor comprensión de sus casos clínicos. También, contribuir al trabajo psicoterapéutico rea-

lizado al calor de equipos interdisciplinarios y por ende, enriquecer la práctica psicoterapéutica en la Salud Pública. Se espera, que el uso polisémico de las palabras y constructos, no equivoque la comprensión del propósito que orienta este escrito: entender la supervisión como un espacio de integración y pluralidad en el cual se busca un análisis coherente de un proceso en el que están involucrados el paciente, el terapeuta y sus propias subjetividades.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beutler, L. (1991). Have all won and must all have prizes revisiting Luborsky et al's verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 226-232.
- Caballero, M. & Marin, A. (1999). *Actitudes para Asumir Conductas de Autocuidados que tienen los alumnos de Enfermería frente a Enfermedades como hepatitis A y B*. Tesis para optar al Título Profesional de Enfermera Matrona de la PUC.
- Capponi, R. (2000). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Santiago: Ed. Universitaria
- Consumer Reports. (1995). *Mental health does therapy help?* En línea: <http://www.demara.com/works.htm>.
- Corey, G. (1995). *Teoría y Práctica de la Terapia Grupal*. Bilbao: DDB.
- Chambless, DL & Ollendick, TH (2001). Empirically supported psychological interventions controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Fernández, H. (1992). *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Feixas, G. & Miró, M. (1993). *El Reto de la Integración*. Barcelona: Paidós
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos Graves de la Personalidad*. México: Manual Moderno.
- Kleinke, L. (1998). *Principios Comunes en Psicoterapia*. 2^a Edición. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Menares, F., Morales, G. & Pérez, J. (2003). Procesos Emocionales de Cuidado y Riesgo en profesionales que Trabajan con el Sufrimiento Humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII (1), 9-25.
- Millon, T. (2000). Toward a new Model Integrative of Psychotherapy Psychosurgery. *Journal a Psychotherapy Integration*, 10 (1), 34-57.
- Millon, T. & Davis, R. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*. Barcelona: Masson.
- Norcross, J. C. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia. Una introducción a los Tratamientos Psicológicos*. Cap. V. New York: Basic Books.
- Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (1993). *Aplicación de la estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000, Segunda Evaluación*. Vol I, Cap.2. Ginebra: OMS
- OMS. (1992). *CIE-10 Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Ginebra: Editorial Forma.
- O.M.S. (1978). *Atención primaria de salud: ALMA ATA*. Serie salud para todos N° 1: Ginebra.
- Ruiz-Olabuenaga, J. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Serie Ciencias Sociales No. 15 (2^a Ed.). Universidad de Deusto, Bilbao.
- Opazo, R. (1997). In the Hurricane's Eye: A supraparadigmatic Integrative Model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7 (1), 17-54.
- Opazo, R. (1992). *Integración en Psicoterapia*. Santiago: Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP).
- Prochaska, J.C. & DiClemente, CC. (1986). *Toward a comprehensive model for change*. New York, NY: Plenum Press. En línea: www.medline.com
- Reyes, F. G & Benítez J. D. Efectos de dos Modalidades de Supervisión sobre el Desarrollo de la Agudeza Empática y la Expresión Personal. *Revista de Psicología*, I(2). En línea: <http://www.google>

- Spruill, J., Rozensky, R. H., Stigall, T. T., Vasquez, M., Bingham, R. P. & De Vaney Olvey, C. (2004) Becoming a Competent Clinician: Basic Competencies in Intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (7), 741–754.
- Strupp, H. H., Schacht, T. E. & Henry, W. P. (1988). Problem–Treatment–Outcome Congruence A principle whose time has come. En: Dahl, Kachele & Thoma, (Eds). *Psychoanalytic process research strategies*. En línea: <http://216.239.51.104/search?q=cache:Nf3dfprzKGcJ:www.sbpsp.org.br/pauloduarte/psychoanalytic%2520treatments%2520within%2520psychiatry%2520+Wallerstein.pdf+Strupp,+H.H.,+Schacht,T.E&hl=es>
- Torres–Godoy, P. & Romero S. (2005). *Psicodrama y Teatro Espontáneo: sus posibilidades para el desgaste profesional y autocuidado de clínicos y terapeutas*. En línea: <http://www.psicodrama.cl>
- Zemelman, H. (1989). *Crítica Epistemológica de los Indicadores*. Jornadas 114. México: Centro de Estudios Sociológicos.