

Supervisión clínica

Blanca G. de Lebl

La producción de documentación sobre psicoterapia excede de lejos la documentación existente acerca de la supervisión clínica. Esto se explica naturalmente porque el proceso terapéutico y la teoría que lo fundamenta es de lejos mucho más importante que las consideraciones acerca de la supervisión. Sin embargo, después de casi una centena de años en que la terapia es empleada como un recurso respaldado por la ciencia para el alivio de los sufrimientos psicológicos, es imperativo prestar atención e investigar esta tarea medular en la formación y ejercicio de la labor clínica.

Los que abrieron la senda de la tarea terapéutica fueron, en realidad, autodidactas que crearon escuelas tanto de pensamiento como de formación y entrenamiento. Los discípulos de los grandes maestros se iniciaban sometiéndose ellos mismos como pacientes al arte-ciencia de la psicoterapia, como lo hacen los que laboriosamente copian en los museos famosos las grandes obras de los pintores. La psicoterapia es conocimiento de teoría, métodos y técnicas pero sobretudo es un trabajo que se aprende en el hacer, no tanto en el teorizar. A medida que la psicoterapia se fue afianzando ingresó en el ámbito académico y entonces se abrieron espacios de formación que exigían de entrenamiento y consiguientemente de supervisión.

No se puede rastrear si la labor de supervisión surgió primero como recurso empleado por los psicoterapeutas en ejercicio cuando enfrentaban dificultades con alguna persona en consulta o si apareció ante la necesidad de ayudar a aquellos que deseaban convertirse en psicoterapeutas y que se preguntaban cómo se aprende a hacer psicoterapia.

Lo que sí está bien documentado es el dato interesante de que Rogers (Hackney & Goodyear, 1984) en la década de los cuarenta osó ingresar en lo que hasta entonces había sido considerado sagrado y privado, grabando en "magnetófono" lo que sucedía entre terapeuta y consultante para luego analizar su contenido. En este registro se pueden ver ya echadas las bases de la supervisión.

Naturaleza de la supervisión

Algunas personas que, en algún recodo de su camino, encuentran dificultades en su vivir, visitan un consultorio psicológico e inician el proceso llamado psicoterapia con la esperanza de aminorar sus sufrimientos. La persona que está en función de terapeuta se siente a veces estancada en este proceso de ayuda y recurre entonces a otro profesional, buscando orientación acerca de lo que está interfiriendo con su labor. Esta consulta se la realiza con diversas modalidades muchas veces determinadas por la tecnología disponible. No es infrecuente que se grabe una sesión entera o ciertos fragmentos para ser escuchados entre terapeuta y consultor. Otras veces cuando la sesión ha sido videograbada pueden también proyectarse secciones de la misma con iguales objetivos. Podría ocurrir, del mismo modo, que el terapeuta haga una presentación oral sumaria del caso y especifique dónde se siente trabado en su labor con determinada persona o familia, ante uno o varios colegas con quienes comparte sus inquietudes. Los colegas le formularán preguntas pertinentes y posiblemente harán sugerencias acerca del proceso y la ejecución del terapeuta. También puede suceder que el consultante invite al consultor a presenciar una de sus sesiones en vivo a través de un espejo unidireccional.

Hasta aquí se ha descrito sumariamente algo que cuenta con características de supervisión tanto como de “consultoría”. La consultoría es más bien un pedido puntual de atención que un terapeuta solicita a otro en determinados momentos de una terapia en curso. La consultoría ha sido practicada por siglos en la medicina debido a que el juramento hipocrático alentaba a los médicos a pedir ayuda para problemas que iban más allá de su capacidad o que no progresaban como se esperaba (Andolfi & Haber, 1994).

En cambio la supervisión misma, tal como se la concibe actualmente es un proceso más estable y sistemático que provee asistencia a los terapeutas en formación o que se lo realiza específicamente en terapia familiar sistémica como modalidad constante. Dos terapeutas pueden trabajar siempre juntos durante todas las sesiones, uno dentro de la sala de consulta y el otro detrás de un espejo direccional.

La supervisión como elemento primordial en la formación de futuros terapeutas cuenta con características propias que es necesario describirlas, cuestionarlas y sistematizarlas para que se pueda realizar una labor más seria y eficaz, como parte del entrenamiento clínico, *mínimo* indispensable que un alumno de la Carrera de Psicología debería tener hasta el momento de su egreso.

Quiero que el lector tome en cuenta que remarco el término mínimo debido a que no estaría significando un entrenamiento clínico que amerite la realización de un postgrado en esta área.

La supervisión en cualquiera de los contextos arriba mencionados cuenta con ciertos objetivos, sigue ciertos modelos y prácticas e implica determinados procesos que habrá que discutirlos. Indudablemente, es la teoría la que va a guiar tanto los objetivos como el contenido y el proceso de supervisión (Bernard, citado en Hackney y Goodyear, 1984). Por lo tanto para poder examinar con profundidad el tema debo enmarcarme ahora en los fundamentos teóricos del enfoque humanista fenomenológico y más concretamente en la terapia centrada en la persona. Desde esta plataforma aludiré a la estructura general de la supervisión compartida por muchas orientaciones aunque quizás no todas acepten verse incorporadas en esta visión.

Algunas consideraciones previas

Dentro de una primera consideración sobre el tema central de este artículo hay que señalar que los estudiantes de psicología cuentan con conocimientos específicos en varias áreas de la psicología y, además, a partir del octavo semestre cuando eligen la orientación psicológica que más les atrae, asimilan un bagaje teórico conceptual más sólido relevante a dicha orientación. Los que optan por el enfoque humanista fenomenológico, en su sector clínico-práctico escuchan descripciones de casos clínicos magistrales, realizan dramatizaciones ilustrativas, participan en casos simulados, estudian modalidades de intervención, entrenan habilidades, desarrollan actitudes y otros. Los integrantes de la clase protagonizan situaciones simuladas de consultante y particularmente de terapeuta. Sin duda, el empleo del *roleplaying* resulta de mucha ayuda aunque también tiene sus cuestionamientos.

La catedrática ejecuta una sesión clínica de demostración con una persona externa al grupo de clase y, finalmente, las alumnas ponen sus manos en la masa realizando una o más sesiones clínicas con la supervisión de la docente y la observación de sus compañeras a través de un espejo unidireccional. Las estudiantes presentan informes formales de análisis de las entrevistas de sus compañeras y elaboran autoanálisis del caso atendido¹.

Una segunda consideración hace referencia a si realmente las alumnas tuviesen que tener oportunidad de *iniciar un proceso para convertirse en terapeutas* o si debiesen esperar a obtener la licenciatura para entonces ingresar en algún programa serio de entrenamiento que, hay que ser honestos, hasta hace poco no había en nuestro país. Por otro lado, los estudiantes para cumplir con el requisito de realización de sus horas prácticas en el octavo semestre, se ven lanzados a trabajar en instituciones que solicitan el servicio clínico y es este el momento en que inermes ante situaciones reales y serias sin un respaldo mínimo que los guíe, comenten una serie de errores que, además, ponen en duda la profesión del psicólogo en esas mismas instituciones.

Las opiniones que, con mucha razón, están en contra de un entrenamiento clínico alegan que los estudiantes al recibir este entrenamiento primario, se creerían con armas suficientes para iniciar labores terapéuticas para las que aún no están calificados. De hecho, parece que ha sucedido algunas veces que con sólo el vencimiento de materias hasta cierto nivel de carrera, algunas personas abrieron un consultorio clínico. Por la tanto algunas de las preguntas que han inspirado ciertas decisiones en el Módulo Fenomenológico Humanista Existencial desde hace varios años son ¿No está la población más protegida si damos a los estudiantes bases mínimas necesarias para realizar entrevistas clínicas?, ¿Cuáles son los riesgos mayores?, ¿Existen en nuestro país los recursos necesarios para que una buena parte de la población estudiantil pueda entrenar cómo se hace terapia?, ¿Cómo podemos desarrollar programas básicos de entrenamiento?

Por último habría que considerar que cuando las alumnas no tienen una guía práctica en la ejecución de entrevistas clínicas tienden a dar respuestas como las que se transcribirán a continuación que si bien no resultan dañinas para una

¹ Emplearé muchas veces el género gramatical femenino ya que un 98% son alumnas.

persona en problemas, tampoco favorecen un cambio. Estas son las respuestas de *sentido común* muy similares a las que daría un individuo cualquiera que no está cursando la carrera de psicología.

En un examen para el séptimo nivel de carrera se formuló una pregunta en la que se transcribía una frase de una persona que acude a un terapeuta y se pedía a los alumnos que formularan una respuesta empática. Previamente, los alumnos habían sido expuestos a explicaciones teóricas sobre la naturaleza, la función y la aplicación de esta “escucha activa” que es uno de los pilares medulares de la orientación humanista, aunque naturalmente no es el único como a veces se cree. Del mismo, modo tuvieron oportunidad de ejercitar en clase la aplicación de esta actitud terapéutica y practicar el armado y articulación de esta respuesta comprensiva.

Un hombre de 30 años dice:

No logro comprenderme. Cuando consigo cualquier cosa o tengo un poco de suerte no puedo creerlo. Y actúo como si eso no me hubiera pasado, como si no fuera real. Empiezo a preocuparme. Por ejemplo soñaba con salir con Mirta. Me hicieron falta semanas antes de atreverme a acercarme a ella. Cuando por fin me decidí a preguntarle si quería salir conmigo una tarde ¡ella aceptó! No podía creer de verdad. Me parecía tan inverosímil que todo terminó en que, cuando llegó el día, me fue imposible acudir a la cita. Sencillamente la cosa no me parecía real (Vela, sin año).

Aquí se proveen algunos ejemplos al azar de lo que respondieron los alumnos.

- a) “Debes considerar que las cosas favorables que te ocurren son porque tú eres alguien muy especial y realmente te lo mereces”
- b) “Comprendo lo que Ud. siente, pero las ocasiones que se presentan son escasas y hay que aprovecharlas, es cierto que a veces no las creemos reales, pero si ha tenido el valor para hablar con Mirta, es un paso muy importante y tal vez el fundamental”
- c) “Entiendo cómo te sientes. Alguna vez yo pasé por algo parecido, o me sentí como tú te sientes, pero después me puse a pensar que la suerte que tengo es por algo no necesariamente malo por lo cual me tenga que preocupar toda la vida ya que prefiero vivir tranquila. Además, comencé a pensar

que yo tengo muchos valores positivos y más bien cuando me di cuenta de eso, lo que no podía creer es que yo era una persona que realmente merecía tener mucha suerte, y que era una gran persona, entonces tuve mucha más confianza en mí misma”

Estos tres ejemplos tomados al azar ilustran la forma en que más de cincuenta alumnos responden ante la problemática de una persona ficticia. En primer



Sir Lawrence Alma-Tadema, *La venta de vino*.

lugar, sobresale el deseo del alumno-terapeuta de dar ánimo a la otra persona, convenciéndola de que es buena. La gente que estudia psicología piensa que la función de ayuda consiste en esto. Sin embargo, como ya se estableció, estas respuestas no se diferencian de lo que alguien sin conocimiento alguno de psicología diría. En segundo lugar, indican una convicción de que si al terapeuta le sucedió algo similar, no es tan malo. En tercer lugar, en los tres ejemplos se capta el tono de sermón benévolo, profesor bondadoso y padre comprensivo.

¿Es esto lo que esperamos de una labor terapéutica? Tómese en cuenta que no estamos proponiendo ejemplos que ilustren situaciones donde los alumnos deben elaborar planes de modificación cognitiva o conductual. En estos casos se podría de igual manera constatar cómo se lanzan a proponerlos sin haber comprendido la situación de la persona, su contexto, su idiosincrasia, su subcultura, su lenguaje personal. De allí que muchas veces estos planes están condenados al fracaso.

De ninguna manera estoy menospreciando el hecho de que en la interacción humana esta clase de comunicaciones sean parte de la forma en que los seres humanos tenemos de consolarnos, alentarnos, ayudarnos y es perfectamente legítimo. Pero si eso fuera suficiente, la profesión del psicoterapeuta no habría florecido.

Entonces no podemos desatender esta necesidad y esperar que los egresados accedan a programas de formación en un futuro cercano. Hay que plantar ya las bases o no ofrecer el área clínica en las diferentes orientaciones. Todos los docentes conocemos personas que están realizando trabajo clínico sin haber recibido una preparación básica indispensable.

La puesta en práctica de la supervisión

Sólo poniendo las manos en la masa se aprende a hacer pan. Los estudiantes dotados con cierta magnitud de conocimiento teórico-conceptual del enfoque y de la teoría de la terapia, inician muy tímidamente a realizar ejercicios con sus compañeros para tener un sabor de lo que es ser cliente y ser terapeuta. Como cimiento de la parte conceptual y teórica están conscientes de la visión del ser humano que sustenta la orientación en la que se están formando. Progresivamente van incorporando las actitudes necesarias: congruencia, aceptación y empatía y asimilando otras habilidades como potencia, presencia, concreción, autoactualización, calidez, inmediatez, confrontatividad y otras (Rothstein, 1988).

A cada estudiante le llega, de acuerdo a la programación de las actividades de la materia, el momento en que debe realizar una o más entrevistas clínicas bajo la supervisión de la docente y la observación de sus compañeras, con una persona que puede ser conocida o que la esté viendo por primera vez.

Son las mismas alumnas las que toman contacto con gente que esté de acuerdo en participar en la realización de la entrevista. Aunque los objetivos de la cátedra apuntan a contar con personas de diferentes edades, problemáticas, niveles socioeconómicos y educativos e incluso pertenecientes a diferentes grupos étnicos, en un 80% resultan ser jóvenes entre 18 y 30 años, principalmente estudiantes universitarios. La aproximación hacia estas personas se la hace con el argumento verdadero de que es una solicitud de ayuda y una posibilidad de beneficiarse con la experiencia.

Existen inquietudes respecto de la “utilización” que se podría estar haciendo de estas personas que se prestan voluntariamente para ser entrevistadas. Como lo expresan Hackney y Goodyear (1984), estamos hablando de la violación de la privacidad y la alteración de la naturaleza confidencial de la relación terapéutica. Sin embargo, para manejar estos asuntos éticos nos amparamos en la transparencia con la que trabajamos. Todas las personas conocen previamente el contexto en que se realiza la entrevista. Se constata de hecho que muchas declinan la invitación o no se entregan con la confianza que lo harían si supieran que están en la intimidad y privacidad del diálogo de sólo dos personas. Otro factor que algunas veces interfiere en el curso natural del encuentro es la grabación abierta de la conversación.

Sin embargo, en la mayoría de los casos llega un momento en que se “entregan” a la relación y hasta olvidan que están siendo observadas. Esto también afecta naturalmente a las alumnas quienes a menudo reportan ciertos trastornos de ansiedad previos a la realización de su entrevista y un alto grado de nerviosismo en el momento mismo de la ejecución, por la aguda consciencia de saberse observadas y estar siendo evaluadas. En los 45 ó 50 minutos que dura la entrevista la alumna es llamada fuera de la sala para reportar sus experiencias, recibir sugerencias o cualquier comentario relevante a su *performance*. La docente-supervisora es, en última instancia, la responsable de la persona que consulta pero la estudiante tiene amplios márgenes para desplegar conductas, estilos y para elegir instrumentos a ser aplicados.

Inmediatamente después que la persona entrevistada abandona la sala de consulta, se invita a los miembros integrantes del curso a realizar discusiones en grupo en las que se retroalimenta a la entrevistadora siguiendo ciertos lineamientos que se describirán en una sección separada.

Las alumnas reportan que luego de haber vivido esta experiencia logran recién comprender los fundamentos teóricos y que nada es sustituto de la vivencia real de tener delante de uno a una persona singular y única que está abriendo temerosamente o tal vez escondiendo su existencia ante otro. Es algo que transforma a la estudiante, la desafía y la motiva enérgicamente a seguir aprendiendo. Es también el momento mágico en que reconocen cuánto más necesitan aprender.

El aprendizaje directo es, entonces, muy poderoso pero también lo es de manera muy significativa el aprendizaje vicario que realiza el grupo al ser testigo vivencial de las numerosas y diversas experiencias dialógicas que vive cada una de sus compañeras.

Objetivos, modelos, prácticas y procesos de supervisión

La supervisión tiene componentes tanto de enseñanza como de terapia, aunque la supervisión, por las razones arriba expuestas, no siempre persigue la enseñanza. El supervisor en su función de enseñante, dentro de una jerarquía de autoridad muestra, corrige, aclara, da pautas tanto teóricas como de acción y paralelamente, en su función de terapeuta hace invitaciones a autoexploraciones.

Estas autoexploraciones van con relación a las potentes repercusiones que para la entrenada tiene el encuentro con el otro. Los estudiantes piensan, porque así se les ha dado a entender en otros ámbitos, que deben ser “neutrales y objetivos” para no inmiscuir sus asuntos personales con la problemática del consultante.

Este tema se presta a mucha discusión porque, por un lado, el ideal del que-hacer científico nos lleva a creer realmente que es posible y, por otro, somos lo suficientemente honestos como para discriminar dentro de nuestra propia piel los matices con los que nuestros clientes nos impactan. Sólo siendo hombres-mujeres robot o mujeres-hombres de paja podríamos no resonar ante todo lo que el otro toca en nuestro ser. En la terapia centrada en la persona este desafío es vivido en la dialéctica ineludible de la presencia de las tres condiciones necesarias.

Con todo el avance y divulgación de los nuevos paradigmas (Fried Schnitman, Prigogine, Morin et al, 1995, p. 292) que contemplan la “subjetividad y terapia en el mundo posmoderno”, resultaría cansador discutir el concepto que Harold A. Goolishian y Harlene Anderson tienen de la terapia como sistema intersubjetivo fluido de *construcción* de significados. La hora terapéutica tanto individual como familiar, es un proceso conversacional, una creación momento a momento que transforma al otro y nos transforma.

Ya se ha establecido anteriormente que los *propósitos* generales de la supervisión pueden ser el entrenamiento o el mantenimiento de caso, que no resultan mutuamente exclusivos. El *objetivo* de la supervisión, en la orientación centrada en el cliente, (Hackney & Goodyear, 1984), es ayudar a los entrenados a crecer en autoconfianza y comprensión de sí mismos y del proceso.



Estos autores comentan de forma pormenorizada los lineamientos que Rogers establece para el trabajo de supervisión dentro de su enfoque y sintetizan lo que se espera del entrenado en la siguiente frase: debe practicar el estar totalmente presente (entero) para el cliente, con actitud no enjuiciadora y de una manera que no busca un objetivo específico. Cuando lo dirige, se perturba el fluir del movimiento que se da si se acompaña muy se acerca los sentimientos del cliente.

En la revisión que Goldenberg y Goldenberg (1994), realizan acerca de la supervisión en terapia familiar sistémica, es muy interesante captar que para ellos la supervisión (como parte del entrenamiento o como mantenimiento de caso) persigue el incremento en habilidades personales y bases conceptuales. No sólo aprender herramientas terapéuticas sino comprensión teórica de cómo y en qué circunstancias emplearlas.

Los esposos Goldenberg también alertan a que el *coach* de la formación de psicoterapeutas debe respetar el estilo de los entrenados, descubrir sus fortalezas y empujarlos a desarrollarlas, cuidando, además, de no volverlos dependientes de su supervisor y no perder el invalorable sentido de sí mismo de cada estudiante y no pretender la clonación de lo que admiran en sus mentores.

Ambos, supervisor y supervisado tendrían que compartir por lo menos ciertos valores y creencias acerca de la naturaleza humana e idealmente compartir la misma teoría. Sin embargo, en terapia familiar se conoce cómo cualquier ser humano por la propia capacidad de intuición puede iluminar con sus percepciones ciertos procesos o patrones inter-relacionales que se están dando en el individuo o la familia que permanecen ocultos para el terapeuta.

Es de gran ayuda el *modelo discriminativo de supervisión* que puede servir para su comprensión desde cualquier perspectiva teórica. En 1979, Bernard (citado en Hackney & Goodyear, 1984) propuso un marco para entender la supervisión en su propósito bidimensional: entrenamiento o mantenimiento de caso. Define tres funciones y tres roles.

- a) La función de centrarse en los asuntos *procesales*, es decir, en el impacto de las habilidades o estrategias en la relación terapéutica.
- b) La función de atender asuntos *conceptuales*, para que el entrenado se haga cada vez más hábil en la comprensión de su cliente.
- c) La función de enfocar asuntos *personales*: actitudes, valores, conductas del entrenado que favorecen o impiden las relaciones entre supervisor-supervisado y cliente-terapeuta. Para ello se exploran las dificultades que está teniendo en el trabajo con el cliente, sus sentimientos en la relación y sus sentimientos acerca del cliente. Se reflexiona acerca de si fueron expresados y sobre los obstáculos de dicha expresión. Se alienta al entrenado para que se atreva a experimentar, cómo cuando es congruente, la relación se vivifica. Como cualquier relación de ayuda, la supervisión puede ser terapéutica para el supervisado.

En cuanto a los roles, está en primer lugar el rol de *profesor* que como ya se dijo es dar información, sugerencias o proponer estrategias. En segundo lugar, el de *terapeuta*, cuando ofrece comprensión, apoyo y aceptación. Finalmente, el rol de *consultor*, cuando trata de responder a las necesidades y objetivos del terapeuta que lo invitó a que le haga supervisión. A estos roles Goldenberg y Goldenberg (1996) agregan los de *evaluador* y *confesor*.

El rol de evaluador estaría inmerso en el rol de profesor y el de confesor muchas veces se lo vive como una experiencia “extra” donde los estudiantes comparten problemáticas personales y muy privadas.

Para concluir, quiero establecer que existen aún muchos elementos en la tarea de supervisión que no han sido atendidos en este trabajo, como por ejemplo, investigaciones rigurosas respecto a cómo los entrenados perciben la función de ayuda del supervisor. Sin embargo, con la retroalimentación informal de las alumnas, se va cada vez trabajando en forma más eficiente.

Tampoco ha sido posible enfocar el trabajo de supervisión desde una perspectiva sistémica en la atención de familias. Esto enriquecería enormemente la labor de entrenamiento que los docentes impartimos a los alumnos.

Los aportes de los docentes de la Carrera de Psicología de la Universidad Católica Boliviana que se ocupan del área clínica permitirían también ampliar la perspectiva y sistematizar más sólidamente el entrenamiento que mejor pueda beneficiar a los estudiantes.

Bibliografía

Andolfi, M. & Haber, R., *Please Help Me with this Family*. Using Consultants as Resources in Family Therapy. Brunner/Mazel Publishers, New York, 1994.

de Peretti, A., *El pensamiento de Carl R. Rogers*. Calatrava, Salamanca, 1979.

Fried Shnitman, D., Prigogine, I., Morin, E. et al. *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Paidós, Buenos Aires, 1995.

Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (1996). *Family Therapy. An Overview*. New York: Brooks/Cole

Hackney, H. & Goodyear, R.K., Carl Rogers's Client-Centered Approach to Supervision. In Ronald E. Levant & John M. Shlien (Eds.) *Client-Centered Therapy and the Person-Centered Approach: New Directions in Theory, Research, and Practice*, Praeger, New York, 1984.

Rothstein, S.M., *Shock Wave*. Continental Publications, Carlsbad, 1988.

Vela, J.A., s.j., *La entrevista psicológica. Cómo entender y ayudar a los demás en sus problemas*. Indo American Press Service, Bogotá, 1979.



Sir Lawrence Alma-Tadema, *Entre la esperanza y el miedo*.