

Congreso APBA

## **“El terapeuta inicial, Ética, Entrenamiento y Supervisión, desde un abordaje de integración cognitiva”**

*Dedicado a nuestro maestro  
Ricardo H. Levy*

En los comienzos de la labor profesional, la inseguridad respecto al desempeño es tan grande que a veces se torna secundario el mundo del paciente. El joven terapeuta está muy centrado en lo que dice o no dice, hace, no hace o debería haber hecho.

Guy, en su texto sobre la vida personal del psicoterapeuta, menciona como una gran fuente de tensión inicial, la naturaleza inespecífica del trabajo psicoterapéutico. Citando a Marmor, dice que “...la falta de normas fijas, la necesidad de adaptarse a problemas en constante cambio, la complejidad del material, las dificultades reales que implica la obtención de un éxito, la necesidad constante de hacer correcciones para cubrir puntos oscuros subjetivos, la disparidad entre las limitaciones humanas del terapeuta y las expectativas de sus pacientes y la sociedad son una constante fuente potencial de ansiedad para el psicoterapeuta...”(1)

El largo camino que se necesita para desarrollar un sentimiento de seguridad y competencia, se contrasta con la rápida necesidad de eficacia que se requiere en la labor terapéutica.

La necesidad de elementos concretos para trabajar es imperiosa luego de una formación universitaria netamente teórica con una ausencia casi total de práctica.

Vemos que esto junto a otras causas facilitan una tendencia general del terapeuta que se inicia a situarse en una posición pasivo-infantil que implica una espera de que alguien o algún marco teórico le dé las herramientas y saberes necesarios para trabajar con éxito.

Nosotros pensamos que esta etapa inicial es crucial para la sana estructuración de una identidad profesional y que como todo momento de crisis, encierra tanto posibilidades de desarrollo como peligros inherentes a la confusión vital.

Es aquí donde la ética de los profesionales formadores va a intervenir plenamente condicionando y a veces hasta determinando futuros desarrollos de la identidad profesional del joven terapeuta.

¿Qué hacer y no hacer con el novel terapeuta entonces?

Doble desafío, porque aparte de su buen desarrollo, se pone en juego el cuidado de los pacientes a los que atiende.

Creemos que la formación y labor terapéutica se centra en tres pilares:

1. El trabajo sobre la propia persona;
2. La supervisión y
- 3 La formación teórico/técnica.

En nuestro trabajo, nos detendremos en la supervisión.

## ¿QUÉ ES UNA SUPERVISIÓN?

Es un espacio de coconstrucción entre el terapeuta y el supervisor, donde el terapeuta presenta un “recorte” del paciente, demandando del supervisor una opinión experta acerca del curso del proceso terapéutico y la resolución de las dificultades que se le presentan en el caso.

Tenemos un espacio construido con:

La visión que el paciente tiene sobre sí mismo.

La visión que el terapeuta tiene sobre el paciente

La visión que el supervisor tiene del terapeuta y del paciente que trae.

Además de la profusión de visiones hay muchas dificultades que son variadas y complejas: el vínculo con el paciente, casos difíciles, implementación de estrategias, dudas diagnósticas o pronósticas, evaluación de riesgos, es decir Identificación y focalización de las estructuras cognitivas de los pacientes, etc.

Como mencionamos al comienzo, fruto de esta complejidad en la labor terapéutica, creemos que hay una tendencia inicial a buscar en el supervisor un saber total acerca del caso. Creemos que esa posición inicial tiene ventajas y desventajas.

La ventaja es que el supervisor “le presta” seguridad y saber al terapeuta en un comienzo tan incierto, ayudándolo a integrar lo teórico y lo clínico. El supervisor sabe por su experiencia, cosas que el terapeuta inicial desconoce.

En general el supervisor ya ha hecho una síntesis personal con el entramado de su propia experiencia clínica, además de los diversos modelos o sistemas teórico- técnicos en los que se ha formado. Tiene por lo tanto un nivel de integración y seguridad de los que el terapeuta principiante carece.

Sus dudas acerca de la propia eficacia y competencia ya han quedado atrás y puede prestar su mirada experimentada al terapeuta novel.

Sería una desventaja que se coloque en un lugar de saber descalificando las construcciones y opiniones del terapeuta, quién por otro lado es el que está en la sesión con el paciente.

Es aquí donde se puede obturar el desarrollo de una identidad propia y única en el terapeuta dificultando el despliegue de sus percepciones, intuiciones y recursos.

El supervisor debe brindar un contexto de base segura que otorgue confianza y posibilidades de explorar y crecer, dando la seguridad de la que el principiante carece, pero sin obturar su propio desarrollo personal.

Aquí es donde la ética del supervisor va a ser esencial.

¿Qué debemos atender, teniendo en cuenta las posibilidades y vulnerabilidad de esta etapa vital profesional?

El planteo ético implica siempre un trabajo de reflexión acerca de lo que está bien o está mal.

Es un cuestionarse y elegir un conjunto de acciones y valores a los que se califica como buenos.

Como queda implícito, no existe una ética única y limitada. Existen diversas éticas acordes a diferentes sistemas de valores alineados con determinados principios.

Nuestras creencias más nucleares y pregnantes respecto de este tema se expresarían como una ética del cuidado, de la diversidad y apertura. De la libre identidad no dogmática y creativa. Proponemos que el terapeuta que se inicia no se centre en repetir palabras del otro sino en ir produciendo las propias desde su propia experiencia clínica. Es ir modificando o suprimiendo aquellas palabras vacías de la formación teórica. Cuidando al otro y respetando absolutamente la observación de lo real; la teoría o la palabra son sólo una metáfora, un mapa ante las cosas.

La salud se expresa en términos de LIBERTAD, FLEXIBILIDAD Y AUTENTICIDAD.

Es poder ir eligiendo y generando alternativas vitales diferentes y creativas para desplegarlos en la realidad cambiante. Implica mantener una actitud de apertura y aceptación de uno mismo y de los otros en tanto seres diferenciados, autónomos, únicos e irrepetibles.

Todo aquello que amplíe opciones, ayude al despliegue personal y permita el cambio va a ser valorado como bueno.

Todo aquello que lleve a la apertura y respeto por la diversidad va a ser connotado como positivo.

En la consulta psicoterapéutica, esto se expresa como un respeto profundo por el paciente en su ser y padecer. Nos exige mirarlo desde su propio paradigma y construcción vital, sin anteponer nuestras visiones o necesidades. Supone cuidarlo desde la premisa de favorecer el desarrollo de su Libertad, Flexibilidad y Autenticidad.

En el trabajo de supervisión nos deben guiar estos mismos principios.

Creemos que si se da un buen desarrollo surge una nueva etapa donde el terapeuta, más afirmado comienza a tener otras necesidades. Ya desde otra posición y más seguro puede comenzar a preguntarse acerca de sí mismo en relación con el caso dependiendo menos del supervisor. Existe una comprensión más profunda de la totalidad del setting terapéutico que obviamente involucra a la persona del terapeuta. Esto no quiere decir que el terapeuta prescinda de supervisar o revisar su labor. La mayoría de las veces se necesita de un otro que cuestione el entrecruzamiento no visible para el terapeuta ensimismado en el vínculo con el paciente. A medida que uno va teniendo más seguridad se va preguntando acerca de su propio rol como instrumento de cambio.

Sara Baringoltz, menciona que "... el entrecruzamiento de esquemas del terapeuta y paciente ocurren constantemente, constituyendo el corazón de la terapia, y cuanto más conciente sea el terapeuta de los mismos, mayor habilidad tendrá su rol..." (2)

Se hace necesario entonces trabajar en el paradigma personal del terapeuta y cómo su sistema de creencias afecta la dirección del proceso terapéutico. Es importante tener en cuenta que tanto el supervisor como el terapeuta no son neutrales.

¿Qué tipo de supervisión proponemos como marco adecuado a nuestros principios?

Creemos que la supervisión grupal es una de las alternativas que a nuestro juicio aporta las siguientes ventajas:

- \*La visión que se tiene del paciente es más amplia, se tiene una multiplicidad de miradas.
- \*Se escuchan muchas alternativas de acción
- \*Existe un enriquecimiento ya que se aprende con los casos propios y ajenos.
- \*Se equilibran el sesgo del supervisor en la riqueza de la multiplicidad de miradas.

*Sara Baringoltz refiriéndose a este punto explicita que..”La modalidad grupal permite la aparición de alternativas a través de la visión de los distintos integrantes que aportan sus propias construcciones. El rol del coordinador es el de orientar el trabajo manteniéndolo en el punto óptimo de balance entre un trabajo terapéutico y uno de supervisión, centrándose en la profundización y movilización de aquellas creencias del terapeuta que influyen directamente en el trabajo clínico...”(3)*

A esta modalidad de supervisión ella la ha llamado con justeza “supervisión terapéutica”, ya que”... la temática central de estos grupos es el eje de intersección en el cual se cruzan las creencias del terapeuta y del paciente..”(4)

La metodología de trabajo en la supervisión grupal consiste en que en cada encuentro uno o dos miembros del grupo plantean un caso para trabajar.

Durante unos 15 o 20 minutos se exponen los datos generales del caso incluyendo nombre y edad, situación familiar histórica y actual, motivo de consulta del paciente, historia del síntoma, intentos de resolución, etc.

Terminando la exposición, el terapeuta debe plantearse algunas preguntas que consideramos claves:

¿Qué me parece que le pasa al paciente?

¿Sobre qué trabajé hasta ahora?, ¿Con qué foco u objetivo?

¿Qué necesidades tengo yo respecto del caso que necesito supervisar?

¿Por qué lo traje a supervisión?

¿Dónde estoy confundido o “empantanado”?

Las primeras aproximaciones del grupo tienden a construir un diagnóstico que puede o no remitirse a los sistemas nosográficos conocidos por ej. DSM IV.

Esta jerarquización de signos es central especialmente con los terapeutas muy noveles que tienden a trabajar sesión a sesión lo que trae el paciente sin un foco que los guíe a lo largo del tratamiento.

Suelen confundirse o quedarse atascados en la profusión de temas que trae la persona que consulta.

Una vez establecida esta jerarquía diagnóstica, se comienzan a ensayar líneas o estrategias de acción.

Se recurre aquí a bagajes teórico-técnicos de las más diversas escuelas, en general encarnados por aquellos integrantes del grupo que abrevaron en dichos modelos.

Elementos guesáltico-experienciales, conductuales, cognitivos, sistémicos y dinámicos, que , desde una integración de base cognitiva, nos van a llevar a trabajar los aspectos que delimitamos en la etapa diagnóstica.

El Lic. Ricardo Levy y la Lic.Ruth Wilner expresan que “... La terapia cognitiva nos ofrece un campo fecundo para la integración de recursos provenientes de distintas vertientes y nos proporciona la línea directriz para la conceptualización de cada caso particular, los elementos para el diseño estratégico y el andamiaje para la construcción de los procesos psicoterapéuticos...” (5)

En paralelo van apareciendo los entrecruzamientos entre terapeuta y paciente que venían dificultando la posición del primero.

Surge qué lo empantana y porqué. Qué pensamientos y sentimientos le elicitó el paciente. Qué esquema interpersonal puede estar contraactuando.

La explicitación de dichos elementos en un marco de cuidado y calidez, brindan al terapeuta la posibilidad de volver a utilizar todos sus recursos, muchas veces obturados por la problemática de su posicionamiento frente al paciente. Los coordinadores hacia el final hacen un cierre, terminando así la supervisión.

### Conclusión:

En síntesis consideramos que la supervisión es uno de los pilares de la labor profesional. Si bien existen diferentes etapas y estilos de supervisión, proponemos la supervisión grupal como el espacio más propicio para el crecimiento y la formación del terapeuta.

Creemos que la supervisión grupal aporta riqueza y diversidad de miradas. Estimula la participación de los terapeutas y el sentido de agencia. Posibilita el ir afirmándose sobre un estilo único y particular.

Vemos que nacen proyectos laborales, de investigación, de estudio (este trabajo por ejemplo).

El grupo da identidad, pertenencia y compensa la soledad del consultorio.

Guy cita a Looney, Harding, Blotcky y Barnhart, comprobando que el apoyo emocional de un cónyuge o ser querido, junto con relaciones de apoyo de compañeros y colegas, resultaba muy útil para reducir el estrés de los estudiantes de psiquiatría. (6)

*En el Centro de Terapia Cognitiva, "... uno de los criterios que sustenta nuestra concepción del proceso psicoterapéutico jerarquiza el trabajo cohesionado de equipo como facilitador de un enfoque más amplio, flexible y proveedor de recursos variados, para poder atender las complejas demandas de la consulta de modo más eficaz..." (7)*

En nuestros grupos no existe ni la mirada oficial, ni las herejías teóricas o técnicas.. Todo está al servicio puro y exclusivo del paciente que no entiende ni tiene por qué entender las confrontaciones entre escuelas.

Al decir de Gonçalves en su prólogo al libro de Integración de Aportes Cognitivos a La Psicoterapia.

“esta rica diversidad ha atemorizado a algunos creyentes obsesivos en la necesidad de singularizar y unificar conceptos y las prácticas, olvidándose que es en la diversidad, donde se alimenta el flujo creativo de la existencia...” (8)

¿Qué es lo mejor para esta persona en este momento vital?. ¿Cuál es el camino para el cambio que busca o necesita?

¿Qué enfoque me aporta las mejores herramientas? ¿Cuál condice mejor con el estilo de este paciente? ¿Soy el mejor terapeuta para dicho paciente? ¿Puedo atenderlo?

Libre de inseguridades y con la mente en calma, se puede mirar al otro desde el mundo construido por ese otro y desde allí poder coconstruir juntos el camino que más lo beneficie para sus objetivos vitales.

(1)-James Guy, *La vida personal del psicoterapeuta*, pag. 84

(2)-Sara Baringoltz (compiladora), *Integración de Aportes Cognitivos A La Psicoterapia* Pag. 91

(3),(4)-Op. Cit. Pag. 93

(5)- Op. Cit. Pag. 100

(6)-Op. Cit. Pag. 96

(7)- Op. Cit. Pag. 65

(8)-Op. Cit. Pag. 11

#### BIBLIOGRAFIA.

- Baringoltz, Sara (compiladora), Integración de Aportes Cognitivos a la Psicoterapia, 2000, Ed. Lumiere.
- Guy, James, La Vida Personal del Psicoterapeuta, 1995, Ed. Piados.
- Neimeyer R y Mahoney M, Constructivismo en Psicoterapia, 1998, Ed. Piados.