

## El Paciente como Participante en la Supervisión

Matz Sparrman  
Skelleftea, Sweden

En mi trabajo como psicoterapeuta en atención psiquiátrica, he conocido a pacientes y sus familias en diversas situaciones. Me centraré en una experiencia que tuve como supervisor en una sala de pacientes internos psiquiátricos; una situación difícil, donde la participación del paciente era importante para resolver el conflicto que se había generado. Esta experiencia cambió mi perspectiva, así como mi forma de supervisar. Deben decirse unas pocas palabras sobre los antecedentes y el contexto.

### Contexto

La unidad es un centro de internamiento con doce camas. Los pacientes pueden ser admitidos ahí por una variedad de razones psiquiátricas, ninguna condición se excluye. La sala, junto con la clínica ambulatoria,

**Resumen:** *El artículo relata una situación en la cual el autor como supervisor de una unidad psiquiátrica se enfrentaba a un dilema: el personal se dividió en dos grupos con opiniones diferentes sobre el caso de un paciente. El paciente fue invitado a participar en una sesión de supervisión. En la presencia del paciente el personal habló sobre sus dificultades en nuevas maneras, las opiniones diferentes pudieron ser aceptadas en conjunto y el diálogo entre el paciente y el equipo, y entre los miembros del equipo podría ser restaurado.*

**Palabras clave:** *Supervisión, la supervisión con equipo de reflexión, la supervisión con el cliente presente*

tiene la responsabilidad general para todas las necesidades de ayuda psiquiátrica dentro de la comunidad local. En reunión con los pacientes y sus familias, estoy orientado hacia una perspectiva de sistemas de lenguaje. Esto incluye la noción de que nuestras realidades psicológicas son co-construcciones, influenciadas por los participantes en la conversación en curso. Pienso que no hay una verdadera realidad o historia, esperando ser "descubierta" o explicada. Podría haber una historia más dominante que otra y mi tarea es crear posibilidades para un diálogo más abierto entre esas historias. Una perspectiva polifónica, la idea de que puede haber "varias voces subjetivas" al mismo tiempo

que necesitan ser escuchadas (Bakhtin, 1984) es aplicable durante la reunión de tratamiento <sup>[i]</sup>. Valoro reuniones de tratamiento con la participación de los pacientes y sus familiares o de otras personas importantes para el paciente en la situación. Igualmente importante en mi punto de vista teórico el equipo reflejante. <sup>[ii]</sup>

También, desde Lapland Occidental, en Finlandia, he "tomado prestada" la idea de que usted no debería hablar sobre el paciente o su red de trabajo a menos que estas personas están presentes y participantes en la conversación. <sup>[iii]</sup> Yo estoy muy a favor de ese enfoque, pero no ha sido utilizado en el contexto de la supervisión. La forma tradicional de supervisión, según tengo entendido y como relacionado con el personal de nuestra sala de pacientes internos en general, podría definirse junto con la terminología de Gerald Caplan como alternando entre las dos categorías:

- consulta de caso centrado en el cliente
- consulta de caso centrado en el consultante <sup>[iv]</sup>

En estas sesiones de supervisión el paciente no está presente, sólo yo como supervisor y los miembros del personal.

El contraste entre las reuniones de tratamiento y las conversaciones con las familias, donde el paciente naturalmente estaba presente, y la ausencia "natural" del paciente en la situación de supervisión, comenzó a venir a mí mente como un dolor de muelas recurrente. En mi diálogo interior la idea de que el paciente formara parte en la supervisión era evocar muchos obstáculos y pocas posibilidades. La oportunidad de invitar al paciente a una sesión de supervisión llegó cuando me encontré a mi mismo en un callejón sin salida y necesité ayuda de fuera.

## Una Idea

¿Que constituía el callejón sin salida? En nuestra supervisión una imagen surgió que el personal se había dividido en dos grupos en relación a un paciente. Mi esfuerzo por lograr que los grupos se escucharan mutuamente no había tenido éxito. No es una situación inusual para un supervisor, sin embargo, esta vez fue más frustrante para mí que anteriormente. Caminé alrededor pensando en dos monólogos contradictorias en mi mente, ambos empezando a sonar como verdades definitivas. Intelectualmente vi que ambas perspectivas tenían algo que decir, el problema era que nadie estaba dispuesto a escuchar. Alguien ha dicho "la propaganda comienza donde termina el diálogo" lo que describe esta situación. Era evidente que los grupos del personal se entendieron mal el uno con el otro y el diálogo se rompió.

La paciente, notando los diferentes debates en diferentes salas cerradas, desarrolló un comportamiento aún más destructivo en su relación con el personal. Tal como se define por el *DSM IV* la paciente exhibió comportamientos maníacos que cumplían con los criterios para el diagnóstico de psicosis maníaco-depresiva. Ella periódica y enérgicamente había desafiado las reglas y al personal del hospital.

En esta situación sugerí que deberíamos cambiar el lugar de supervisión. Invitaríamos a la paciente a trabajar como un equipo de reflejo. Después de unos pocos días de dudas, tanto la paciente como el personal aceptaron intentarlo.

### *Práctica*

¿Quiénes participaron? Generalmente los equipos tenían supervisión por separado, cada uno en su propio grupo. Este día hemos pedido representantes de cada equipo para participar en un grupo de supervisión conjunta, incluyendo también al paciente y a una de sus dos personas de contacto en la sala. Por lo tanto, los participantes incluyeron al paciente y a una de sus personas de contacto en la sala. También personas representantes de los dos grupos de personal de la sala, dos de cada "campo" y yo, con un total de siete personas.

¿Cuál era la estructura de la reunión? Previamente habíamos acordado que iba a iniciar entrevistando a representantes de los grupos del personal. El paciente y su persona de contacto estarían en una posición de escucha; no hablando con nosotros, sentados en la misma habitación, pero un poco al lado. Le pedí a los entrevistados hablar desde una perspectiva personal sobre sus propias experiencias en relación con el paciente. Les pedí hablar desde dos perspectivas diferentes:

- dilemas y dificultades
- recursos/posibilidades

Como ellos hablaban, uno a la vez, les hice preguntas estimulándolos a ser claros y específicos. También anoté algunas de sus expresiones en un cuaderno grande de papel, haciendo fácil para todos seguir la conversación. Después de esto el paciente y la persona de contacto tuvieron la oportunidad de reflexionar sobre lo que habíamos discutido durante la entrevista. El grupo entrevistador, incluido yo, permanecemos en silencio. A continuación, el grupo de personal y yo reflexionamos sobre su discusión. Finalmente, el paciente y la persona de contacto obtuvieron una segunda oportunidad para comentar nuestras reflexiones. Antes de dar por terminada la reunión todos hablamos acerca de la pregunta siguiente: ¿Cómo fue hacer esto: bueno/malo?

### *¿Qué sucedió?*

#### *Unas breves observaciones:*

Inicialmente, habiendo llegado a la sala, Lena, la paciente femenina, dijo: "Oh, ¿son tantas las personas que hablarán acerca de mí? ... Creo que permaneceré durante cinco minutos..." Le dije que era libre de abandonar la situación si implicaba demasiado estrés para ella. ¡Permaneció totalmente durante sesenta y cinco minutos! Permaneció a pesar de que los miembros del personal comentaban abiertamente sus reflexiones sobre las dificultades y posibilidades. O bien, fue *¿por qué* hablaron sobre ella abiertamente en su presencia y no a puerta cerrada?

Antes de que empezáramos, me dirigí a la paciente y su persona de contacto, diciendo que hubo muchos diferentes pensamientos e ideas acerca de cómo y si, podríamos ser de alguna ayuda para ella. Dije que, a pesar de las

diferencias, estaba convencido que cada uno quería ser de ayuda para ella, pero por el momento exactamente no sabíamos cómo.

### **Entonces, ¿Qué Ocurrió?**

Fue interesante ver cómo los participantes en esta nueva tarea generaron un nuevo diálogo. Gradualmente, se hizo posible decir abiertamente las diferentes opiniones y experiencias, en la misma habitación. Los dos grupos del personal comenzaron a escuchar el punto de vista del otro grupo de una manera nueva. Cuando hablaron con los otros, compartieron experiencias, usaron diferentes palabras que antes no habían utilizado. Por ejemplo: en lugar de decir [sobre el paciente] "...ella está desquiciada y loca, mira la forma en que nos está gritando," dijeron esto: "Me enojé y sentí lastimado cuando ella me escupió y me llamó puta". O en lugar de decir: "ellos [refiriéndose al otro grupo del personal] nunca pusieron ningunos límites a su comportamiento, sólo nosotros lo hacemos." Ahora ellos pudieron decir: "cuando tenemos diferentes límites en relación con Lena y lo que ella tiene permitido hacer, está empeorando todo para todos, para usted, para nosotros y para Lena."

### **Evaluación y Comentarios**

La paciente fue capaz de permanecer con nosotros todo el tiempo que duró la reunión. ¿Cómo fué? Cuando después le pregunté dijo dos cosas: ella aprendió cosas que no sabía antes y, reconoció cosas, como que alguien realmente se preocupaba por ella, a pesar de que la situación era difícil y que alguien más la había molestado un par de veces. Además, creo que su nerviosismo inicial se convirtió en curiosidad y en el deseo de comentar y hacer reflexiones.

Cuando pregunté sus comentarios a dos miembros del personal que participaron en la reunión, entre otras cosas ellos dieron:

- La supervisión se volvió más constructiva, no fue una pérdida [Christina, enfermera]
- Usted como supervisor no termina aliándose con alguno de los dos "campos", que se habían desarrollado. [Naimi, trabajador de salud mental]
- Para ser más abierto, en presencia de la paciente, es una cuestión de entrenamiento para nosotros, como miembros del personal [Christina, enfermera]
- Se hizo evidente que cada uno tiene una responsabilidad en la situación y que estaba tratando de hacer algo al respecto. Todos los que participaron escucharon lo mismo. [Christina, enfermera]
- En el papel de la persona de contacto usted puede sentirse muy solitario, por lo que fue muy bueno para mí, no sólo para el paciente, escuchar que las personas se preocupan por nosotros. [Naimi, trabajador de salud mental]
- Pero... en algunas situaciones de severo bloqueo todos los miembros del personal deben encontrarse el uno al otro. En esta situación en la que sólo unos pocos participaron... ¿existe riesgo de que lo que logramos no se transmita en todo el grupo de personal? [Christina, enfermera]

En anteriores situaciones de supervisión, no había sido capaz de hacer que los diferentes grupos se escucharan mutuamente – ¿qué hizo que sucediera esta vez? Mis propias ideas acerca de lo que contribuyó al cambio coinciden en cierta medida con los comentarios anteriores:

- La presencia y la participación del paciente
- En esta charla abierta, los grupos de personal utilizaron un lenguaje diferente, menos intrusivo y ofensivo y sin ignorar aspectos difíciles.
- Los miembros del personal se permitieron a sí mismos ser más abiertos sobre lo incierto; menos convencidos de que ellos sabían la verdad.
- Las respuestas de los miembros del personal a mis preguntas se centraron en su comportamiento hacia el paciente, no al revés.
- Entre esas respuestas hubo experiencias que fueron verbalizados por primera vez. Esto también lleva a reflexiones por parte del paciente.
- Otra forma de escuchar fue posible.
- Mutuamente, el punto de vista del otro cambió de más observación a más participación.
- Todos pasamos de una charla de monólogo a una charla de más diálogo.

Harry Goolishian (ref) y Gregory Bateson (ref), entre otros, dijeron que "Tú no puedes cambiar a otras personas; sólo puedes cambiar tú mismo y tú relación con los demás". Eso es lo que yo pienso que ocurrió aquí. Una frase de Martin

Buber, también vino a mi mente: "En un verdadero diálogo, cada miembro tiene que contribuir consigo mismo – plenamente" <sup>[vi]</sup> Posiblemente, ¿algo a lo largo de la línea también tuvo lugar? La presencia y la participación del paciente llevaron a un cambio que no se hubiera logrado sin ella. Pienso en la "resurrección" del diálogo roto entre los grupos de personal y entre el personal y el paciente.

¿Fue esta apertura humillante para el paciente? Cuando le pregunté ella dijo que pensaba que no. Más tarde accedió a tomar parte en otra reunión con la misma estructura, durante su estancia en la sala. Aquí, estoy evidentemente haciendo una elección, basada en una postura ideológica, escuchar más lo que *ella realmente está diciendo* en su evaluación en vez de intentar averiguar lo que ella *no* está diciendo. Desde hace varios años he leído artículos donde los terapeutas han subrayado la importancia de escuchar más a la "voz" del paciente en la evaluación de la terapia. <sup>[vii]</sup> Estas lecturas han subrayado mi elección de escuchar lo que dice la gente y a renunciar a la opción de interpretar sus palabras en otro nivel, como a menudo se realiza a menos que hagas la elección de escuchar lo que realmente se dice.

¿Ha habido algo en esta manera de aplicar el equipo reflejante que podría haber hecho la situación abusiva para el paciente? Mi experiencia es que comentarios y reflexiones que tienden a ser normativos, sin que la gente pregunte por ello, hace que ellos dejen de escuchar. Michael White (1999) describe esto como un riesgo cuando se utiliza un equipo reflejante. Él llama a esto *Declaración de juicio*, <sup>[viii]</sup> A fin de cumplir con este riesgo "instruye" al paciente /familia para observar si hay evaluaciones o juicios de su vida en las reflexiones que ellos escuchan. Si es así, quiere que ellos hagan comenten sobre eso.

Veo eso como una importante observación. Algunas veces he experimentado juicios normativos procedentes más de personal/terapeutas quienes están familiarizados con el equipo reflejante como un método, más que de "principiantes". Lo que quiero decir es que cuando unos miembros del personal utilizan una nueva forma de trabajar con el proceso de reflexión, se olvida que la incertidumbre no era algo a "lograr" y son menos inciertos, en lugar de recordar que la incertidumbre, en el significado de permitir una pregunta/una reflexión esté "suspendida en el aire", fue una forma de invitar a otros a expresar sus voces y de esa manera facilitar la re-construcción del diálogo.

Finalmente, ¿hemos practicado este cambio en el contexto de la supervisión varias veces en la sala y con otros pacientes? Sí, aunque la situación de supervisión tradicional tiende a ser más común. No se ha aplicado el contexto cambiado a ningún grupo específico de pacientes. Lo que me ha hecho considerar que esta forma de trabajo tiende a ser situaciones donde yo como supervisor he visto signos de miembros del personal divididos en grupos separados en relación a un paciente, y han sido vistos como un comportamiento de comunicación destructivo en escalada.

Mi tarea como un supervisor, entonces, ha sido principalmente introducir y mantener la estructura de la reunión con el fin de hacer la situación perceptible y en cierta medida predecible para los participantes. Me gustaría animar a aquellos que tienen asignados trabajos de supervisión y tienen buenas experiencias de un equipo de trabajo reflejante, para tratar esta forma de hacer la supervisión. Esto me ayudó a entender que incluso como supervisor se puede hablar y compartir situaciones difíciles con tus supervisados e incluso con el paciente. Puede ser gratificante para el paciente, así como también para el personal y supervisor. En nuestro trabajo a veces ha sido evidente que la presencia y la participación del paciente era un pre requisito para nosotros resolver un obstáculo.

Comentario[[OLLU1](#)]: Todos nosotros disfrutamos la idea de incluir al cliente como parte del equipo de tratamiento. Es colaborativo y refrescante ver a las "agrupaciones" que frecuentemente ocurren en los lugares de trabajo. Diferentes turnos, diferentes perspectivas eventualmente destruyen la naturaleza colaborativa. Esta es una excelente forma de tratar y evitar esta situación. Todos nosotros disfrutamos tener la oportunidad de leer esto y ver que el concepto del equipo reflejante abarca mucho más. Realmente apreciamos el reto de escribir en otra lengua. No cambiamos ninguna traducción de los encomillados deliberadamente- con el respeto debido.

### Referencias

- Andersen, T. (1990). *El equipo reflejante: Diálogos y Diálogos sobre los Diálogos*. Nueva York: Norton.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, Lenguaje y Posibilidades*. Nueva York: Basic Books.
- Anderson, H. (2007). Creando un espacio para una comunidad generativa. En: H. Anderson & P. Jensen (Eds.), *Innovaciones en el proceso de reflexión* (pp. 33-45). Londres: Karnac.

- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: Evolución de ideas sobre las implicaciones para la teoría y la práctica. *Proceso de Familia*, 27, 371–393.
- Bakhtin, M. (1984). *Problemas de la poética de Dostoyevski* (C. Emerson, Ed. y Trans.) Minnesota: Prensa de la Universidad de Minnesota.
- Bateson, G. (1972) *Pasos para una ecología de la mente*. San Francisco: Chandler Publ Co.
- Buber, M. (2002). *Entre el Hombre y el Hombre*. Nueva York: Routledge.
- Caplan, G. 1970. *La teoría y la Práctica de la Consulta de Salud Mental*. Nueva York: Libros Básicos.
- Haarakangas, K., Seikkula, J Alakare, B. & Aaltonen, J (2006). Diálogo Abierto: Un enfoque para el tratamiento psicoterapéutico de psicosis en el Norte de Finlandia. En: H. Anderson & D. Gehart (Eds.). *Terapia colaborativa: Relaciones y conversaciones que hacen la diferencia*. (pp. 221-233). Nueva York: Routledge.
- Londres, S. et al (1998). Voces de los clientes: Una colección de cuentas de clientes. *Revista de Terapia Sistémica*, 17(4), 61-72.
- Miller, S., Duncan, B. L; & Hubble, M. A. (1997). *Escape de Babel: Hacia un Lenguaje Unificador para la Práctica de la Psicoterapia*. Nueva York: Norton.
- White, Michael (1999). Reflejando el trabajo en equipo como ceremonia de definiciones revisada. *Gecko*, 2 55-82.

### Endnotes

- <sup>[i]</sup> Reunión de tratamiento se define como en la clínica psiquiátrica de Keropudas, Finlandia: Un encuentro donde la estructura y el contenido del tratamiento es *definido y planeado*, junto con aquellos que están a cargo del paciente. Estas reuniones simultáneamente pueden funcionar como un foro terapéutico y una situación planeada de tratamiento.
- <sup>[ii]</sup> Me refiero a la forma de trabajar introducida y a varias maneras desarrolladas por el Profesor Tom Andersen en Tromso, Noruega. (Andersen, 1990, 1995, 1997).
- <sup>[iii]</sup> El trabajo es ampliamente presentado en sueco en el libro Jaakko Seikkula *Öppna samtal*. Vea también Seikkula et al (1995).
- <sup>[iv]</sup> Caplan observa formas adicionales de supervisión. Aquí menciono las utilizadas con mayor frecuencia en la sala de internamiento de pacientes psiquiátricos en Skellefteå.
- <sup>[v]</sup> Martin Buber no hace directamente referencia a psicoterapia cuando habla de "una conversación auténtica". Hago esta conexión aquí porque creo que tenemos un reto para desarrollar la conversación terapéutica a una situación mutua aún de más igualdad de que lo que hoy es común en psiquiatría. Esto incluye ser más personal, sin ser privadas, en relación al paciente y su red de trabajo. (La cita es traducida de la versión sueca de su libro *Entre el Hombre y Hombre*).
- <sup>[vi]</sup> Tres ejemplos:  
 Anderson, Harlene (1997) *Conversación, Lenguaje y Posibilidades*.  
 Miller, Scott et al (1997) *Escape de Babel*.  
 Londres, Sylvia et al (1998) Voces de Clientes: una colección de cuentas de Clientes.
- <sup>[vii]</sup> White, Michael (1999), Equipo de trabajo reflejante como una ceremonia de revisión de definiciones.

### Author Note

Matz Sparrman  
Psychotherapist, Consultant and Supervisor  
Skelleftea, Sweden  
[msparrman@gmail.com](mailto:msparrman@gmail.com)