

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/283295293>

Ecoss dialógicos del paciente en una psicoterapia supervisada: Interjuego relacional de paciente, terapeuta y supervisor

Article · September 2014

CITATIONS

0

READS

90

3 authors:



[Cecilia Juanita de la Cerda Paolinelli](#)

Pontifical Catholic University of Chile

8 PUBLICATIONS 1 CITATION

[SEE PROFILE](#)



[Claudio Martinez](#)

Universidad Diego Portales

65 PUBLICATIONS 179 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Alemka Tomicic](#)

Universidad Diego Portales

92 PUBLICATIONS 433 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



MENTALIZING MANIFESTATIONS WITHIN THE PATIENT-THERAPIST INTERACTION THROUGHOUT THE COURSE OF A PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS AND ITS RELATIONSHIP TO CHANGE [View project](#)



Experiencias de Éxito y Fracaso en Psicoterapia – Construcción de un Modelo Comprehensive Multidimensional - Co-Investigadora [View project](#)

ECOS DIALÓGICOS DEL PACIENTE EN UNA PSICOTERAPIA SUPERVISADA: INTERJUEGO RELACIONAL DE PACIENTE, TERAPEUTA Y SUPERVISOR¹

DIALOGIC ECHOES OF THE PATIENT IN A SUPERVISED PSYCHOTHERAPY: RELATIONAL INTERPLAY BETWEEN THE PATIENT, THERAPIST AND SUPERVISOR

CECILIA DE LA CERDA PAOLINELLI
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile
cilajuanita@gmail.com

CLAUDIO MARTÍNEZ GUZMÁN
Universidad Diego Portales, Santiago, Chile
Claudio.martinez@udp.cl

ALEMKA TOMICIC SUÑER
Universidad Diego Portales, Santiago, Chile
atomicic@gmail.com

Recibido: 03-04-2014. **Aceptado:** 10-11-2014.

Resumen: El presente estudio se propone establecer, respecto de una psicoterapia supervisada, la manera en que el discurso del paciente se presenta en la interacción entre terapeuta y supervisor. A través de un estudio de caso único y con metodología cualitativa, se realiza un análisis dialógico a los discursos producidos en dos sesiones consecutivas de psicoterapia y la sesión de supervisión correspondiente. Los resultados refieren las diversas posiciones discursivas que se pueden identificar tanto en el paciente como en el terapeuta, así como en el supervisado y el supervisor. Se presenta un modelo comprensivo de cómo estas voces articulan la sesión psicoterapéutica y la supervisión. Un modelo que integra estas voces en un mensaje que, desde la perspectiva teórica psicodinámica, puede ser entendido como una manifestación del tercero intersubjetivo o tercero analítico.

Palabras clave: Supervisión, psicoterapia, dialogicismo, tercero intersubjetivo, tercero analítico.

¹ Especiales agradecimientos a la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, CONICYT Chile: Programa Doctorado Nacional N° 2457-11; Fondecyt Regular N° 1150639 y Fondecyt de Postdoctorado N°3120109. Y a la Iniciativa Científica Milenio del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, Chile, Proyecto IS130005.

Abstract: The aim of this study is to establish how the patient's multivocal speech is represented in the relationship between therapist and supervisor, and the connection of this representation with the dialogic and intersubjective levels created between the therapist and supervisor. Through a case study of a supervised psychotherapeutic training process, a qualitative methodology has been applied in order to analyze the created dialogue with a set of two psychotherapy sessions and one of supervision. A sequential dialogic analysis was applied. The analysis allowed for the identification of different discursive positions on each of the observed settings. From these identified positions a comprehensive model is suggested that proposes to explain how those voices are articulated both in the psychotherapy sessions and in the supervision sessions. Thus, these voices are considered carriers of an integrated message that, from a psychodynamic point of view, could be understood as a multivocal speech that exists in the psychotherapeutic space and that is conceptualized by some authors as the "intersubjective third" or the "analytical third".

Key words: Supervision, Psychotherapy, Dialogism, Intersubjective Third, Analytical Third.

1. Introducción

LA SUPERVISIÓN ES UN PROCESO en que un terapeuta experimentado usa su perspicacia clínica para monitorear el entrenamiento y desarrollo profesional de un supervisado, preocupándose simultáneamente de las necesidades y bienestar del cliente (Bernard & Goodyear, 2004). Es vista como una instancia de aprendizaje y reflexión (Grinberg, 1986), que ayuda al supervisado a manejar ansiedades y preocupaciones acerca de su autoeficacia, permitiéndole elaborar e integrar nuevas experiencias y desarrollar una mayor focalización y confianza en su trabajo directo con los pacientes (Hill, Sullivan, Knox & Schlosser, 2007). En la formación de terapeutas noveles, es considerada crucial para la adquisición de habilidades clínicas (Hill et al., 2007) y el desarrollo de una identidad profesional (Panhofer, Payne, Meekums & Parke, 2010).

Formalmente, la supervisión ha pasado a ser un prerrequisito para la práctica de la psicoterapia (Roth, Fonagy, Parry, Target & Wood, 1996) y es exigida en numerosas asociaciones profesionales, como la chilena, que insta a un mínimo de horas de supervisión individual o grupal. Ésta se realiza en el contexto de la interacción entre el supervisor y los alumnos en formación, en un espacio de reflexión y análisis crítico en que se revisan y discuten las

sesiones realizadas por los nuevos terapeutas². Y aun cuando centralmente sirva al supervisado, son en todo momento prioritarias para las necesidades y bienestar de los pacientes (Bernard & Goodyear, 2009). Al respecto, la literatura sugiere que la supervisión puede tener un impacto favorable para el paciente (Marx, 2011), toda vez que permite al terapeuta incrementar sus habilidades terapéuticas (Alpher, 1991; Lambert & Ogles, 1997; Patton & Kivlighan, 1997), manejar su ansiedad y aumentar sus sentimientos de confianza y auto-eficacia (Cashwell & Dooley, 2001; Kennard, Stewart & Gluck, 1987).

Así, a la necesidad de incrementar los conocimientos sobre la formación de nuevos terapeutas, en especial sobre los procesos mentales que facilitan la comprensión psicológica de los pacientes (Ensink & cols, 2013), debe agregarse el impacto que ha tenido la regulación creciente de la actividad psicoterapéutica. Existe una conciencia, cada vez más extendida, de que el proceso de supervisión debe acompañar no solo la etapa formativa, sino de manera habitual el ejercicio responsable y cuidadoso de la actividad clínica. Considerando el papel que desempeña este proceso en la formación y en la práctica de la psicoterapia, resulta importante el desarrollo de estudios que permitan una mayor comprensión de la supervisión tomando en cuenta a todos los actores que en ella participan, especialmente si se la considera como espacio relacional de configuración compleja en que, como veremos en los apartados que siguen, se entrecruzan distintos sistemas relacionales.

2. Sistemas y subsistemas de supervisión: Proceso paralelo e isomorfismo

Para efectos de su estudio empírico, la supervisión se plantea como sistema relacional de tres personas: supervisor, supervisado y cliente (Bernard & Goodyear, 2009). Cada participante de la triada (P-T-S³) simultáneamente integra una de las díadas (P-T/T-S), que operan con relativa independencia del tercer componente (Fleming & Benedek, 1966). Se vuelven importantes para este estudio dos líneas de análisis que, desde vertientes y con epistemologías diversas, se centran en lo que ocurre entre las díadas, enfocándose

² Artículo 8 del Reglamento de la Comisión de Acreditación, Colegio de Psicólogos de Chile. “La supervisión requerirá de una dedicación horaria mínima de una hora quincenal, pudiendo ser individual (60 horas) o grupal (80 a 200 horas)”.

³ Paciente, Terapeuta, Supervisor.

en cómo están conectadas la psicoterapia y la supervisión: aquellos que la entienden como *proceso paralelo*, y aquellos que la comprenden como *isomorfismo*.

Poner atención en el primero de ellos es la característica definitoria de la supervisión psicoanalítica. Según Binder y Strupp (1997), el *proceso paralelo* alude al momento en que las dinámicas interpersonales son *enactuadas* simultáneamente en la terapia y la supervisión (Marx, 2011). Esta concurrencia es entendida como un fenómeno que ocurre inconscientemente y en el que la relación originada en un contexto se refleja en otra relación en un *setting* diferente (Bernard & Goodyear, 2009; Jacobsen, 2007). Estamos ante la aparición de este fenómeno cuando una característica del cliente es llevada por el supervisado al contexto de la supervisión (Bernard & Goodyear, 2009; Friedlander, Siegel & Brenock, 1989; Jacobsen, 2007) o cuando el supervisor nota similitudes entre las reacciones del supervisado y las del cliente (Koltz, Odegard, Feit, Provost & Smith, 2012).

Por su parte, el concepto de *isomorfismo* se desarrolla en el ámbito de la terapia familiar como contraparte sistémica de la conceptualización de proceso paralelo psicodinámico (Bernard & Goodyear, 2009; Kaufman, Morgan & Ladany, 2001; White & Russell, 1997). Los supervisores sistémicos se focalizan en las similitudes relacionales y estructurales que existen entre terapia y supervisión, reconociendo patrones que transitan bidireccionalmente entre un escenario y el otro (Koltz et al., 2012; White & Russell, 1987). Cuando se detecta un isomorfismo, los roles de supervisado y supervisor reproducen los roles de paciente y terapeuta, evidenciándose una pauta relacional repetitiva que puede ser identificada, explicitada y aplicada a una mejor comprensión de las dinámicas involucradas en el caso (Koltz et al., 2012).

Para algunos autores esta doble nomenclatura implicaría fenómenos diversos: mientras el proceso paralelo tendría una naturaleza intrapsíquica, el isomorfismo apelaría a un vínculo interactivo, de naturaleza conductual y observable (Bernard & Goodyear, 2009; Koltz et al., 2012). Por su parte, Ogden (2005) los plantea como sinónimos, referidos a un fenómeno único que se explica desde paradigmas diferentes. Desde su perspectiva, la relación de supervisión y la relación analítica constituyen dos facetas de un conjunto único de relaciones objetales conscientes e inconscientes, que involucran al supervisado, al supervisor y al paciente, y que funcionan como vaso comunicante entre un subsistema diádico y el otro (Ogden, 2005).

Integrando las propuestas de esta perspectiva teórica e investigativa, podemos preguntarnos cómo y dónde se puede encontrar la información necesaria para comprender el trabajo de supervisión. En otras palabras, dónde hallar el encuentro, la coincidencia, la representación de lo inicialmente propio de la relación terapéutica en la relación supervisor y supervisado. En lo que sigue, intentaremos dar con algunos lineamientos metodológicos que aportan en esta dirección planteada.

3. La supervisión desde la perspectiva dialógica: Desde la práctica a la investigación

La idea de supervisar procesos terapéuticos desde una aproximación dialógica se sustenta en la concepción de un *self* múltiple o polifónico (Ryle & Kerr, 2002), constituido relacionalmente a partir de la aparición e interacción de distintas voces internalizadas en los vínculos con los cuidadores tempranos (Marx, 2011). Siguiendo la perspectiva desarrollada por Bajtin y Voloshinov, Leiman (2004) desarrolla el Análisis Dialógico Secuencial (DSA) como herramienta a ser usada en el contexto de la supervisión. En este escenario, el supervisor es crucial para el desarrollo de la capacidad reflexiva (Ryle & Kerr, 2002), ocupando una *tercera posición* respecto de la diada terapéutica-paciente. Internalizando esta función el supervisado desarrolla la capacidad de verse desde afuera, y le permite crear una relación de tres términos (Padel, 1985) que le facilita reflexionar acerca del vínculo terapéutico e invitar al paciente a hacer lo mismo. Desde una lectura bajtiniana esta *tercera persona* no es un observador objetivo o externo, sino un participante activo, otra voz en la relación, influido e informado por la cultura más amplia en la que la psicoterapia y la supervisión se encuentran inmersas (Marx, 2011).

En este entendido, y con la intención de encontrar el puente que conecta los sistemas de terapia y de supervisión, este estudio adaptó el modelo de análisis secuencial sugerido por Leiman (2004) para identificar posiciones discursivas de los participantes. El Análisis Dialógico Secuencial (DSA) puede ser utilizado como unidad descriptiva para la práctica psicoterapéutica, facilitándole al terapeuta la transmisión de sus experiencias y reflexiones a su supervisor. Pero puede también funcionar como herramienta de investigación en psicoterapia, para rastrear las experiencias del paciente en sesiones grabadas y transcritas (Leiman, 2008).

Así, apoyados en una lectura clínica y metodológica de la dialogicidad, se abordan en este estudio las siguientes preguntas: ¿Cómo opera la multivocidad en los procesos de psicoterapia que están siendo supervisados? ¿Cómo el interjuego de distintas posiciones de paciente y terapeuta construye un sistema o relación terapéutica? ¿Cómo es éste representado en el espacio de supervisión por el discurso del terapeuta, encarnándose en los diálogos entre supervisor y supervisado? Todo ello con el fin de establecer cómo el discurso multivocal del paciente aparece representado en la interrelación entre terapeuta y supervisor, y cómo se relaciona con los niveles dialógicos y relacionales que surgen entre ellos.

4. Método

Se realizó un estudio de tipo exploratorio, con metodología cualitativa y de diseño de caso único.

4.1. Participantes

Las sesiones analizadas pertenecen al tercer año de una terapia de larga duración, y su uso en este estudio contó con los consentimientos informados de todos los partícipes (paciente, terapeuta y supervisor).

Terapeuta/Supervisada: Psicóloga, 44 años, en formación como psicoterapeuta psicodinámica en programa impartido por la Unidad de Psicoterapia Dinámica del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

Supervisor: Psicólogo clínico, 48 años, docente del programa de postítulo, de larga trayectoria como psicoterapeuta de orientación analítica y supervisión clínica en la misma línea.

Paciente: Mujer, 30 años. Consulta inicialmente para poder apoyar a un hijo que devela haber sufrido abusos sexuales, cuyo autor sería el padre biológico y ex pareja de la paciente. El niño es atendido en un centro especializado en maltrato infantil, y la madre inicia terapia individual para abordar sus propios conflictos, particularmente reactivados a propósito de la situación de violencia y las características transgeneracionales de la misma.

4.2. Procedimiento

Se grabaron en audio, y posteriormente se transcribieron, dos sesiones de psicoterapia consecutivas y la sesión de supervisión correspondiente con el

supervisor. Se aplicó un Análisis Dialógico Secuencial (ADS). Este corresponde a un proceso de observación con un análisis detallado y reflexivo (Leiman 1998, 2004), que permite identificar posiciones semióticas en enunciados verbales y no verbales, y comprender cómo estas posiciones se organizan de manera recíproca y secuencial (Leiman, 2002, Leiman & Stiles, 2001).

El procedimiento de análisis se resume en los pasos que siguen:

- 1) Se realizó un análisis discursivo para la identificación de las voces y posiciones discursivas que expresan posiciones subjetivas de los participantes para cada tipo de sesión: psicoterapia o supervisión. Se definieron sus elementos característicos, incluyendo los niveles semánticos y pragmáticos.
- 2) Se realizó una codificación abierta y procesual (Strauss & Corbin, 2002) para la identificación de “escenas” (unidades temáticas en la sesión de terapia o supervisión) y la determinación de la recurrencia de estas en ambas instancias estudiadas. Las escenas principales fueron utilizadas en la construcción inferencial de un modelo secuencial con las posiciones discursivas identificadas.

5. Resultados

Los resultados presentados se organizan según los pasos del procedimiento descrito en la sección anterior. Explicaremos de manera resumida los sujetos discursivos identificados en las sesiones de psicoterapia y supervisión con sus características principales, para luego referirnos al modelo de interacción dialógica producto de la segunda fase de análisis propuesta, señalando un ejemplo clínico con los respaldos correspondientes.

5.1. *Identificación de posiciones discursivas*

Según observamos en la Tabla 1, en las sesiones de psicoterapia analizadas fueron identificadas tres posiciones discursivas en la paciente (P) y dos en la terapeuta (T). En la sesión de supervisión se identificaron tres posiciones discursivas en el supervisor (S^{or}) y dos en la supervisada (S^a).

Tabla 1. Posiciones y voces discursivas identificadas.

SESIÓN	POSICIONES / VOCES	
TERAPIA	Paciente	Terapeuta
	1. LA DEPENDIENTE/INFANTIL 1.1. Voz Confusa 1.2. Voz Influenciable	1. LA PROPOSITIVA 1.1. Voz Curiosa 1.2. Voz Intuitiva
	2. LA INDEPENDIENTE 2.1. Voz Clara	2. LA PROFESORA 2.1. Voz Experta
	3. LA REFLEXIVA 3.1. Voz Relacionadora	
SUPERVISIÓN	Supervisado	Supervisor
	1. LA DEPENDIENTE 1.1. Voz Buena Alumna	1. EL ESTRUCTURADOR 1.1. Voz Clarificadora 1.2. Voz de Encuadre
	2. LA INTEGRADORA 2.1. Voz Reflexiva 2.2. Voz Emocional	2. EL PROFESOR 2.1. Voz Experimentada 2.2. Voz Influenciadora
		3. EL PROPOSITIVO REFLEXIVO 3.1. Voz Asociadora

5.2. Posiciones Discursivas en las sesiones de psicoterapia

De las tres posiciones discursivas identificadas para la paciente, la primera es la *Dependiente/Infantil*. En ella se instala subjetivamente en un rol de no saber, no poder explicar, demandando contención de parte de la terapeuta. Se muestra confundida e incapaz de resolver u organizar la experiencia que relata. Dos voces discursivas expresan esta posición. Una primera voz *confusa*, que se caracteriza por un habla desorganizada, con pausas pesadas, desorden en la trama lógica del discurso y enunciadores sobre experiencias traumáticas. Y una segunda voz *influenciable*, que pide referencia y consejos a los otros, manifestando inseguridad y falta de certeza, sin comprometerse ni protagonizar los enunciadores (“yo no sé”, “esto que pasó”).

La segunda posición discursiva de la paciente es la *Independiente*. Al contrario de la anterior, en ésta se sitúa subjetivamente como alguien que entiende lo ocurrido y es capaz de explicarlo. Genera un relato descriptivo y factual, centrado en los hechos, y mantiene una cierta distancia respecto de los enunciadores. Discursivamente se expresa en la voz *clara* que se caracteriza por un habla segura y confiada, que parece saber de qué está hablando. Contiene referencias al deber ser y creencias apoyadas en el sentido común.

Usa los enunciadores de manera enfática y fluida, como quien refiere algo conocido y ya elaborado.

Finalmente, se identifica para la paciente una tercera posición *Reflexiva*, en que es capaz de establecer relaciones concatenando lo trabajado en sesión con características internas y contextuales de sí misma y de los otros. La voz *relacionadora* es la que expresa esta posición, caracterizándose por la presencia de enunciados asociativos entre el presente y el pasado, identificación de patrones de comportamiento y de vínculos transgeneracionales que le sirven para comprender sus problemas y los de su familia (“dinámica acostumbrada, yo pensaba que así eran todas, estaba acostumbrada”).

Para la terapeuta se identifican dos posiciones discursivas: la *Propositiva* y la *Profesora*. Éstas se encuentran ligadas a aspectos pragmáticos que se ponen en juego en el espacio psicoterapéutico, haciendo referencia a acciones y herramientas típicas en la clínica (Martínez, 2011). Con la *Propositiva* la terapeuta se sitúa subjetivamente en una posición de guiar y sugerir el curso de la elaboración, esbozando alternativas de exploración que permitan profundizar en el material presentado por la paciente. Se manifiesta a través de dos voces discursivas. Una primera voz *curiosa*, con la que la terapeuta realiza acciones como preguntas directas, señalamientos o clarificaciones, que expresan una actitud indagadora. Y una segunda voz *intuitiva*, con la que invita a la paciente a explorar su mundo interno y sus relaciones con los otros, plantea vínculos entre contenidos explícitos e implícitos, presenta hipótesis tentativas. Se caracteriza por un habla más titubeante, que ocasionalmente usa enunciadores referidos a un ámbito sensorial y vivencial, provisorio, como siguiendo una pista.

Desde la posición la *Profesora*, la terapeuta interviene con una actitud directiva y didáctica, entregándole a la paciente elementos de juicio o informativos. Se instala como alguien que conoce la verdad sobre lo que le ocurre psicológicamente a su paciente y está dispuesta a enseñárselo. Se expresa en la voz *experta*, que se caracteriza por intentar contención a través de la entrega de conocimientos y directrices, con enunciados afirmativos y prácticos, que muchas veces responden a preguntas o dudas de la paciente.

5.3. Posiciones Discursivas en las sesiones de supervisión

Como se aprecia en la Tabla 1, se hallaron dos posiciones en la supervisada y tres en el supervisor. Para la supervisada, la primera es la posición *Dependiente*, en que se sitúa subjetivamente desde la solicitud para responder las exigencias del supervisor, buscando reconocimiento y aprobación. Se manifiesta en la voz *buen alumna*, en que responde las preguntas de manera lo

más completa y acuciosa posible, da cuenta de haber seguido sugerencias, pudiendo hacer referencia a aspectos teóricos o prácticos relativos a la formación, y utilizando enunciadores como “yo lo había pensado”, “lo que yo hice ahí” que intentan dar cuenta del propio desempeño.

La segunda posición para la supervisada es la *Integradora*, en la que se sitúa subjetivamente como alguien que profundiza y ofrece espontáneamente nuevas interpretaciones o relaciones sobre el material producido en la sesión de terapia. Se manifiesta de dos formas, en una voz *reflexiva* que expresa una elaboración discursiva que se lleva a cabo en ese momento, con enunciados que integran nuevas maneras de ver el caso, resignificaciones, ya sea con otros aspectos de la paciente o de la terapia, o con aspectos no vistos de sí misma. Y una segunda voz *emocional* en que la supervisada utiliza enunciadores que refieren una vivencia de emocionalidad, intuición, sensación corporal (“sentí”, “me movilizaban fuertemente”, “se me apretó acá”). Hay referencias explícitas a aspectos de la dinámica trasferencial y contratransferencial experimentados durante la terapia o que adquieren sentido a propósito de la propia supervisión.

Igual que en el caso de las posiciones del terapeuta, las del supervisor también corresponden pragmáticamente a la situación relacional profesional planteada, y de ciertas acciones propias y relativas a su rol (Martínez, 2011). Para él se identificaron tres posiciones discursivas con sus respectivas voces. Una primera posición de *Estructurador*, en que el supervisor se sitúa como alguien que guía y organiza, señalando explícita o implícitamente los propósitos, actividades y etapas de la sesión de supervisión. Se expresa en una primera voz de *encuadre* que pragmáticamente hace referencia a acciones tales como proponer temas, mantener el foco, enfatizar en la tarea y marcar los tiempos. Y otra voz *clarificadora*, que pregunta, indaga y busca señales para desentrañar lo no visto, lo no hablado, lo que no se comprende. Asimismo, el supervisor se plantea en una segunda posición de *Profesor*, en la que subjetivamente está situado desde el saber propio de su rol, con experiencia y conocimiento práctico, técnico y teórico. Se expresa en una voz *experimentada*, que comparte su visión con la supervisada, le sugiere qué puede hacer, y la anima a probar con prácticas clínicas nuevas. Y una voz *influenciadora*, que usa elementos retóricos para guiar de manera más didáctica y directa el proceso reflexivo (“¿te das cuenta de esto? ¿es curioso, no?”), y que lo encauza y orienta cercanamente.

Se identifica, finalmente, la posición de *Propositivo/Reflexivo* en que el supervisor asume una subjetividad más intuitiva, con enunciados cercanos a lo emocional, los sentimientos, las sensaciones, y desde la que pareciera que está él también relacionando y estableciendo conexiones en el momento. Se

expresa en una voz *asociadora* que realiza acciones tales como resignificar, proponer interpretaciones de los aspectos transferenciales y contratransferenciales y enfatizar sensaciones corporales, sentimientos o pensamientos, relacionándolos de nuevas maneras.

6. Modelo emergente de Interacción Dialógica

La construcción del modelo secuencial aquí propuesto se sostuvo en una primera codificación abierta organizada luego en un análisis de proceso (Strauss & Corbin, 2002). El dispositivo de análisis dejó de ser la psicoterapia o la supervisión, considerándose las tres sesiones consecutivas como una sola unidad de lectura. El material fue codificado ubicando aquellos temas comunes representados en escenas que dan cuenta de la naturaleza dinámica y evolutiva de la acción investigada. Las escenas se organizan procesualmente mostrando la emergencia de pautas concurrentes, y en un modelo que se propone como el factor común entre las instancias de terapia y supervisión. El *patrón dialógico* que se reitera puede entenderse como portador de una manera de dar cuenta, de forma encarnada y procedural, de las dinámicas problemáticas allí presentes. Al integrar en él secuencias provenientes de la psicoterapia y de la supervisión, la circularidad del modelo puede eludir la retroalimentación problemática, posibilitando la elaboración de lo inicialmente velado e incluyendo una posibilidad de cambio psicoterapéutico.

En la Figura 1 se esquematiza el modelo de interacción dialógica propuesto. En cada una de las sesiones de terapia o de supervisión se identifica una secuencia elaboradora común, que se inicia con un primer momento de *disociación*, sigue con un *interrogatorio* que hace aparecer los sentimientos de *culpa* asociados con la disociación inicial, se hace una conexión con la *historia abusiva* de la paciente y se termina con una *integración* en que los elementos traumáticos tempranos se conectan con la situación actual.

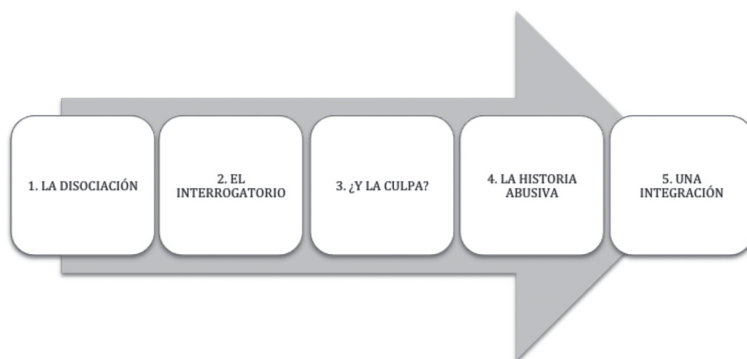


Figura 1. Modelo Interacción Dialógica.

Complementariamente, en la Tabla 2, podemos observar cuales posiciones discursivas de paciente y terapeuta en la psicoterapia, y de supervisor y supervisado en la supervisión, se encuentran presentes en cada una de las escenas que componen modelo sugerido. Si bien la frecuencia de aquellos turnos de palabra, en los que las posiciones discursivas se identificaron no es analizada en este estudio, es interesante considerar algunas interpretaciones que surgen del análisis puramente descriptivo de estos datos y que se consignarán con más detalle durante la explicación del modelo.

Tabla 2. Posiciones Discursivas en Modelo Dialógico Secuencial*.

		Posiciones Discursivas	La Disociación		El Detective		¿Y la Culpa?		La Historia Abusiva		Una Integración	
PSICOTERAPIA	Paciente	Dependiente Infantil	4	40%	6	38%	12	60%	3	43%	2	14%
		Independiente	6	60%	8	50%	8	40%	1	14%	8	57%
		Reflexiva	0	0%	2	13%	0	0%	3	43%	4	29%
	Terapeuta	Propositiva	10	100%	13	81%	18	100%	3	43%	11	85%
		Profesora	0	0%	3	19%	0	0%	4	57%	2	15%
SUPERVISIÓN	Supervisada	Dependiente	1	100%	4	57%	0	0%	3	43%	1	25%
		Integradora	0	0%	3	43%	2	100%	4	57%	3	75%
	Supervisor	Estructuradora	0	0%	4	80%	1	100%	0	0%	0	0%
		Profesor	0	0%	1	20%	0	0%	3	33%	2	67%
		Propositiva/Reflexiva	0	0%	0	0%	0	0%	6	67%	1	33%

* Se consignan la frecuencia y porcentaje de la posición para cada actor.

En lo que sigue, revisaremos cómo el modelo se presenta, describiremos la secuencia de las escenas escogidas, utilizando para ello las categorías recogidas en el análisis de proceso, y señalaremos algunas citas textuales que permitan seguir clínicamente el caso.

6.1. Análisis del Modelo de Interacción Dialógica

La secuencia del Modelo de Interacción Dialógica comienza con la escena

La Disociación, que hace referencia a una omisión en que parte de lo transmitido está fragmentado y oculto, al menos para una primera escucha, en que contenido explícito y emoción subyacente se presentan desintegradas. La sesión 1 se inicia con un relato inquietantemente incompleto de la paciente acerca de un futuro viaje: “P: ...mmm... si... (*suspira*) ando mucho más aliviada, de hecho ya pensamos en empezar a juntar plata, los niños, todos (*ríe*), a armar varias botellitas (*ríe*) de fondos para ir de vacaciones a Estados Unidos (*ríe*), el próximo año”.

Lo silenciado, enunciativa y emocionalmente, es que este viaje es posible porque la semana anterior ha sido dictada sentencia condenatoria contra el padre biológico de su hijo, hallado culpable de abuso sexual, e incapaz entonces de oponerse al viaje. El tono distendido y relajado contrasta con la gravedad e implicancias, tanto legales como emocionales, de esta noticia, impresionando como una manera de mantener disociados aspectos angustiosos y traumáticos.

También la segunda sesión analizada se inicia con un momento de disociación. La paciente refiere haber experimentado fuertes dolores estomacales, aunque al preguntársele por los motivos, no los asocia inicialmente con nada. Pero continúa diciendo, entre risas

... algo no importante... pero la semana pasada recibí un mensaje... de A (padre de su hijo)⁴ ... que dice así: ‘Vas a permitir más alienación... la destrucción de otra familia y lo que es igualmente grave y doloroso, el trauma de J (hijo)... en qué te servirá esto? Por favor, reflexiona’. Así que yo llamé a mi abogada y le conté, y ella se lo hizo llegar a la fiscal y... y me dijo ‘lo más probable es que la fiscal ordene la... la cárcel al tiro poco menos, porque como es A capaz que te vaya a molestar, quién sabe lo que puede hacer...’ (silencio 4s).

Impresiona en este fragmento la falta de conexión entre los contenidos expresados, entre el malestar somático aparentemente sin motivo, y el mensaje enviado por el padre biológico de su hijo, entonces prófugo de la justicia.

Si miramos la frecuencia de posiciones discursivas de esta primera escena del modelo (Tabla 2), podemos darle sentido clínico a la ausencia de una *Posición Reflexiva* en la paciente. La fluctuación entre las posiciones *Dependiente* e *Independiente* hace pensar en una subjetividad escindida, en que es necesario tener dos mundos sin contacto uno con el otro. Mientras la terapeuta, en la totalidad de los turnos de palabra correspondientes, se halla

⁴ Los nombres han sido sustituidos y las iniciales no corresponden a los originales.

en la posición *Propositiva*, tal vez siguiendo, de manera tentativa y abierta, la invitación errática y ambivalente de la paciente, y la sutil pista de la risa con que los contenidos disociados se anuncian.

En la supervisión *La Disociación* se presenta en uno de los momentos de la terapia que la supervisada elige para revisar, manifestando la importancia que reviste para ella este impasse:

Y yo le digo: ‘Bueno y ¿cómo te sentiste tú?’ A ver, existe una pena de cárcel, de 5 años y 1 día, o sea, de cárcel efectiva, y ella me dice: ‘Mira el martes pasado estuve súper angustiada, pero al día siguiente me alivié’, y ahí ella me dice, y ella cambia la cara y me dice: ‘y ahí empezamos a juntar plata al tiro para irnos de vacaciones a EEUU’...

Se trata de un relato que enfatiza la falta de coherencia entre el contenido de lo dicho por la paciente y una afectividad incongruente, que la sorprende y asusta. En la escena se identifica la posición *Dependiente* de la supervisada (ver Tabla 2), que puede entenderse como una manera implícita de pedir contención y acompañamiento en la resolución de un momento difícil de comprender.

La segunda escena del modelo, categorizada como *El Interrogatorio*, hace referencia a una actitud que surge como respuesta a la disociación inicial. En la sesión 1 y 2 de psicoterapia, la terapeuta se pone suspicaz e interroga a la paciente, con una actitud insistente, desconfiada, que parece más propia de un interrogatorio judicial que de una exploración terapéutica, haciendo preguntas como :

“T: ah ya... pero todavía no sabes si es que eso va a ser posible... tienes que ver primero el tema de la patria potestad”; o “T: ¿Por qué? ¿Porque el A no habría dado permiso? P: No, no me daba permiso. T: Ah tú ya le habías preguntado”; o “T: ¿y tú habías pensado alguna vez irte a vivir a EEUU con el J... o eso es algo que has pensado ahora ultimo?”

En la sesión 2 las preguntas intentan explicitar la acusación deslizada en el mensaje recibido por la paciente:

T: ¿Cuál es el implícito detrás... de su defensa, de su discurso? ¿Qué es lo que dice él acerca de sí mismo para que tú seas la mala y él sea el bueno y víctima?, ¿qué dice él respecto de lo que ocurrió?, ¿cómo cuenta él lo que ocurrió?

Lo que tienen en común estas dos intervenciones es que como respuesta a los elementos disociados por la paciente, surge en la terapeuta una duda.

A ella hace referencia en la supervisión cuando describe sus sentimientos contratransferenciales:

S^a: y a mí... se me apretó acá así como... mira lo que yo pensé en ese minuto, fue... me sentí cómplice de una trampa... eso me pasó en ese segundo... ella nunca, nunca, durante 3 años, había vinculado nunca en ninguna ocasión, nunca había vinculado toda esta cosa judicial contra del papá de su hijo, con el hecho de que su nueva pareja, que es el papá de su segundo hijo, es norteamericano, y que por lo tanto, por el nivel de conflicto que había entre ella y su ex pareja, evidentemente, su ex pareja no la iba a dejar ir a EEUU con..., no iba a dar permiso para que su hijo fuera a EEUU, para ninguna cosa, de hecho creo que, ahora ella me dice que incluso alguna vez el A les dijo, le dijo a ella: 'Yo no te voy a dar nunca permiso para que J vaya a EEUU porque tú te vas a quedar allá con él'. Y a mí eso me hizo doler mucho la guata... ¿por qué nunca me lo había nombrado? Nunca, nunca, nunca.

Coincidentemente, el supervisor también expresa esta actitud un tanto suspicaz de indagación:

“¿o sea, esto que tú me estás contando ahora es de ahora recién...?, ¿que-que el ex marido no le daba permiso...?” o “...pero además, es que estaba pensado en tu reacción, ah? Eehh mmm... porque tú dijiste: como que yo sea cómplice en una trampa... o sea, llegaste a pensar que ella mintió... eeh ¿sólo para poder ir ella a EEUU?”.

Las preguntas del supervisor sobre la manera de actuar de la supervisada, de sus motivaciones, de lo que había contado y lo que no, tienen el mismo tono detectivesco de las que ella formulara a la paciente, y hacen pensar en el paralelismo de unas pautas problemáticas similares. Descriptivamente (ver Tabla 2), durante la terapia, la paciente fluctúa entre las tres posiciones, apareciendo por primera vez aspectos reflexivos que hacen pensar en un tránsito entre la fragmentación inicial y un primer nivel elaborativo. La terapeuta la acompaña en posición *Propositiva*, aunque también aparece minoritariamente la *Profesora*. En la supervisión, la supervisada fluctúa entre la dependencia y la integración, mientras el supervisor, intentando quizás la contención de toda la triada, se sitúa principalmente en la posición *Estructurador*. Otro factor común durante la escena *El Interrogatorio* es la fluctuación dependencia/independencia acompañando los roles de paciente y supervisada, elicitando dialógicamente en terapeuta y supervisor la contención y guía complementaria, en las posiciones del *Profesor* y del *Estructurador* respectivamente.

La escena siguiente, *¿Y la Culpa?*, aparece cuando se revisa con mayor profundidad la disociación inicial, tomando en cuenta e integrando los nuevos datos aportados en *El Interrogatorio*. En la terapia la paciente se conecta con sus propios sentimientos de culpa, de sentirse responsable del sufrimiento de su hijo, de no haber hecho lo necesario para evitarlo:

yo no le hablaba mal del papá, yo trataba de que lo viera de, un poco como calmarle la angustia al papá para que estuviera ahí, que viera cómo vivía, que viera cómo era el jardín, que el J le contara lo que hacíamos y fueee... pasó esto po, o sea, pasó esto que pasó y yo no sé si-sí, yo me siento responsable también deee... de haber... (silencio) planteado el escenario para que esto ocurriera.

En la supervisión se exploran como componentes contratransferenciales, que hacen a la supervisada pensar en una cadena asociativa posible: su suspicacia inicial, las preguntas aclaratorias, sus propios sentimientos de culpa y la reflexión con la paciente acerca de lo que pudiera estar siendo articulado:

S^a: sí... y lo que yo hice ahí fue pensar ¿qué me está pasando a mí?... entonces yo me di cuenta: me estoy sintiendo culpable... la semana pasada hablamos de la culpa, y esto puede estar relacionado... entonces ahí yo le pregunto, así un poco de la nada porque ella me estaba hablando de irse a EEUU, entonces le digo: '¿Tú te has sentido muy culpable con esta sentencia del A? Yyyy, y ella se queda callada un rato y me dice: 'Mira, a mí lo que me ha pasado... es que, que me he acordado de que cuando pasó toda esta cuestión... alguien me dijo: Lo que pasa es que tú te estay echando al A'.

Las Posiciones Discursivas presentes muestran (ver Tabla 2) que la paciente se vuelve *Dependiente*, y la terapeuta la acompaña desde la posición *Propositiva*. En la supervisión, mientras el supervisor sigue estructurando, la supervisada integra.

Una vez que la culpa se ubica en el nivel de los contenidos del diálogo paciente-terapeuta, la paciente puede relacionar lo ocurrido con su propia historia, lo cual se categoriza en la escena *Historia Abusiva*. En psicoterapia, la paciente recurre a sus vivencias familiares para explicar sus dificultades para identificar y desnaturalizar la violencia de que fue víctima:

yo creo que... que era una dinámica acostumbrada en mí... la de la violencia, de la descalificación... estaba acostumbrada a ese tipo de relaciones... en mi familia se daba todos los días... mi mamá con mi tía peleaban así... con descalificaciones y tenedorazos, y heavy po... o sea físicamente, verbalmente...

En la segunda sesión, reflexiona:

no sé, yo creo que no... lo que pasa es que mi papá nunca fue condenado a nada, nadie lo denunció... o parece que hubo alguna denuncia pero no fue de mi mamá

y lo relaciona con la necesidad de estar acompañada para interpretar oportunamente los relatos de su hijo:

pero yo sé que eso fue y fue así como el J me lo contó, como nosotros lo sentimos y lo experimentamos como familia... porque hubo más testigos además po, o sea yo... cuando el J me lo contó, yo me acuerdo que salí de la pieza y el V (su pareja) estaba en la mesa del comedor que estaba frente a mi pieza, entonces yo le digo: 'V, escuchaste lo que me dijo el J?' 'Si' me dijo... '¿Es verdad V? dime que es verdad lo que escuchaste... ¿escuchaste lo mismo que yo?' Yo no lo podía creer, era así como necesité siempre que el V me dijera: 'Si M (paciente)... yo lo escuché también' (se ríe) 'es así cómo pasó y no es otra cosa...'. Tal vez si hubiese estado sola, no sé qué hubiese hecho, de verdad... hubiese dudado tanto, tanto... porque es increíble po, tú llegas a contarle esto a otra persona y la otra persona... es difícil de creer, ¿no? no sé... pa mi fue una cosa demasiado increíble, ¿no?

En ambas escenas la terapeuta propone, abre, sugiere y subjetivamente aparece una paciente *Reflexiva* (ver Tabla 2). Más tarde el supervisor también vincula, desde una posición *Propositiva/Reflexiva*, los sentimientos contra-transferenciales de la supervisada con la necesidad de comprender mejor la historia de la paciente:

lo digo porque... porque cuando tú le hablas de la culpa, ella lo primero que te menciona es esta historia... entonces, como que hubiera hecho un nexo ahí, entre tu... es decir, y si yo hago un nexo entre tu reacción, de, de estar participando de repente, en algo que era una especie de plan preconcebido... tú le mencionas la culpa a ella, y ella te menciona a alguien que también habló de un plan preconcebido... ¿no?, si está bien, pero..., ¿pero es curioso, no?

Finalmente, los elementos presentados disociados en el primer episodio se reorganizan por medio del reconocimiento de los afectos subyacentes y de los aspectos somáticos involucrados, en la escena *Una Integración*. En la terapia, esta integración es coronada por la paciente, que, fluctuando ahora entre la *Independiente* y la *Reflexiva*, puede explicarse su distancia

con lo relatado, relacionándola con dificultades para connotar y protegerse adecuadamente de la violencia.

T: En eso quiero que nos metamos porque ahí hay un tema, un tema que ha salido hartas veces acá que tiene que ver con cómo tú algunos momentos, pah! desconectas... como que disocias, ¿sí?... por eso que yo quiero que...

P: es que yo creo que es una cuestión de costumbre (interrumpe). De verdad noo...

T: ¿De negar la violencia dices tú?

P: de aceptarla, porque me es familiar... porque son vivencias que yo tuve, entonces yo pensaba que así eran todas las dinámicas... todas las dinámicas de pareja eran así... con violencia, con descalificación, con tirarse el pelo, pegarse cachuchazos, y que... y que siempre el papá y la mamá tenían ese tipo de conflictos, y que pucha: el hijo tiene esa mamá y ese papá...

En la segunda sesión de terapia analizada se produce la integración afectiva y se hace posible la exploración de los elementos disociados somatizados. La paciente asocia el dolor estomacal, *como de contracciones*, que darán paso a algo nuevo.

T: mmm... y después te dolió la guata en un minuto...

P: ¡sí!

T: ¿encuentras alguna relación?

P: yo creo que sí po... yo creo que tiene relación.

T: ¿cuál será la relación que tiene e-ese dolor tan agudo como-como de contracciones como decías tú, como contracciones de parto... con esto?

P: eso debe ser po...

T: ¿qué cosa? (ambas ríen)

P: que se está... (silencio 3s) se está iniciando otra cosa... (silencio 5s) yyy... y sacando yo creo todos los nervios y todos los miedos que no he sacado en todo este tiempo...

T: ¿sacándolos en el sentido de expresando?

P: mm... sí... manifestándolos corporalmente...

A partir del relato de cómo se resuelve en la sesión, se reordenan también en la supervisión los elementos desplegados, expresándose en recomendaciones clínicas que un supervisor *Profesor* hace a una supervisada que pasa de una posición de dependencia a un funcionamiento más reflexivo.

S^a: cómo lo devuelvo... cómo... ahí sí que te juro que estoy perdidísima... cómo hago paa...

S^o: yo usaría la secuencia de la que estabas hablando hace un rato...

porque es una secuencia en la que ella participa... ella coloca piezas de esa secuencia... ¿ya? Ella te dice lo de la junta de plata para el viaje a EEUU... tú tienes tu reacción... tiras ahí unaaa, ehh respondes ahí una pregunta sobre la-la culpa... eeehh... o sea, tú en el fondo conviertes tu reacción en una cosa más simbolizada... yyy... y ella, te alude a esta abogada... verdad? Sin... eeehh... sin pensar que la... o sea, ninguna de las dos ahí está uniendo por ejemplo, algo que podrías unir ahora tú... tu reacción emocional frente a eso, y la reacción emocional de la abogada

S^a: mmm... sí... efectivamente

S^{or}: y ella como un poco, eeeh...

S^a: ella uniéndola... poniéndola junta...

S^{or}: ella la-la-la pone junta...

S^a: ella la pone junta, claro

En la sugerencia final, que encamina el trabajo terapéutico venidero, el supervisor reorganiza los elementos dispersos, creando, con contenidos superpuestos de paciente y supervisada, una lectura integrada y menos disociada de lo desplegado en sesión:

S^{or}: lo que pasa es que yo creo que ahí hay un segundo paso... que es decir... usted participa en esta secuencia... colocando esto junto... y a mí, eso me hace pensar tal cosa... verdad?, por ejemplo, que yo me... tuve una reacción emocional así un poquito como... como enojada a partir de que usted me había ocultado algo... ¿ah? Y parece que la abogada también sintió lo mismo... qué será eso?... me entiendes? Como...

S^a: como mostrárselo para que ella...

S^{or}: pero-pero a partir de algo que ella también ha participado po... en la construcción de esta secuencia...

S^a: sí... porque yo... porque efectivamente como tú dices, yo en ningún momento pude hacer ese vínculo, hasta que me... de hecho ni siquiera ahora como que lo cuento... no, hasta ahora que tú me lo dices no, no había visto...

Este diálogo de integración contiene los elementos del modelo completo, esbozando que se ha producido, con diferentes grados de consciencia para los participantes, un tránsito de contenidos entre la terapia y la supervisión. Lo desplegado en los tres momentos se cristaliza en esta secuencia final que, de alguna manera, habla con la voz de la tríada. No se trata del discurso del paciente apareciendo linealmente en la supervisión, sino de los ecos del paciente que son portados y escenificados dialógicamente entre supervisado y supervisor, posiciones discursivas de los tres actores que participan en la construcción de un relato emergente.

7. Discusión

Leiman (2004) plantea que en psicoterapia la primera aparición de una voz generalmente está oculta en un signo o conjunto de signos cuya superficie observable no nos informa directamente acerca de aquello que está implicado. Un gesto involuntario, una palabra inusual, una entonación (Tomicic et al., 2009) delineando la sombra de una emoción. Puede también mostrarse en la experiencia subjetiva del terapeuta, dando forma a fantasías y sentimientos contratransferenciales (Leiman, 2004). Fragmentos, tenues pistas difíciles de entender que, sin embargo, tienden a confluir en alguna configuración significativa. Cuando la mente sintetizadora del terapeuta se topa con ellas, éstas comienzan a vivir, y finalmente la voz se integra en un cuerpo psicológicamente significativo con que el paciente pudiera tener alguna relación (Ogden, 1992). Para Leiman (1998) es justamente la presencia de un otro accesible y dispuesto hacia la escucha, lo que da vida a las voces silenciadas. En el modelo propuesto, este *otro* no es un hablante encarnado y específico, sino un sujeto colectivo que habla en el discurso producido en la relación terapéutica entendida como sistema, configurando un sentido de integración y de comprensión. El modelo propuesto organiza la multivocidad, acarreado un significado enunciativo que circula entre las posiciones discursivas de los participantes, la psicoterapia y la supervisión.

Leiman (1998) vincula la comprensión dialógica de la psicoterapia con la matriz transferencial planteada por Ogden, quien sugiere que existiría en el proceso analítico la posibilidad de que, en el interjuego dialéctico de estados de *reverie*, surja además del analista y el analizando un tercer sujeto de análisis, el *tercero intersubjetivo analítico* o *tercero analítico* (Ogden, 1998). En la construcción inconsciente intersubjetiva de esta *terceridad* participarían tanto paciente como terapeuta. Cada uno de ellos lo vivencia en el contexto de su propia forma de organización psicológica, lo que da lugar a que no se trate de un suceso único experimentado de la misma manera por dos personas, sino de un conjunto de experiencias intersubjetivas conscientes e inconscientes construido asimétricamente por ambos participantes (Ogden, 1998; Osatuke, 2004). En este entendido, la senda del nuevo discurso bien puede interpretarse desde la construcción en el proceso terapéutico de un tercero analítico, que a partir de la relación consciente e inconsciente de los actores involucrados, pero en un nivel recursivo superior, conduce hacia la cura y abre la posibilidad de alivio del dolor psíquico de la paciente.

Pero, ¿qué nos dice este tercero? En el discurso dialógico y polifónico producido en el conjunto de datos analizados, podemos atender ya no a los hablantes, sino a los enunciados categorizados entendiéndolos en el

entrelazado de sus aspectos pragmáticos y semánticos, en cuanto portadores de una cierta y particular mezcla entre praxis y contenido. Podemos escucharlo como un discurso polifónico articulado, secuencial y ordenador, que, al modo de lo planteado por Ogden, contiene elementos conscientes e inconscientes tanto del terapeuta como del paciente, y se constituye en la matriz intersubjetiva de significados sobre la que se basa el entendimiento (Ogden, 1996).

Iniciamos este artículo con la pregunta acerca de cómo lleva el terapeuta a su paciente a supervisión. Podríamos pensar que el sistema terapéutico se amplía para incluir en la construcción intersubjetiva a paciente, terapeuta y supervisor. Cuando la terapia está siendo supervisada, es el discurso colectivo de la triada el que habla, y que sigue portando el eco de las voces silenciadas que luchan por ser escuchadas, que ofrece un entramado en que éstas pueden articularse. Sigue siendo el tercero analítico (Ogden, 1998) que habla a través de las mismas posiciones discursivas en los tres momentos de los fragmentos analizados, y que resuelve más o menos del mismo modo, con una secuencia dialógica en que aparecen los mismos ingredientes y se desanudan del mismo modo. Desde una perspectiva psicodinámica, siguiendo las reglas del funcionamiento inconsciente: voces que se portan y reactivan como contratransferencia, como emoción, como proceso, reaparecen como lenguaje en la supervisión y se resuelven allí de manera especular –paralela– a como lo hacen en la psicoterapia.

El análisis de discurso como metodología ofrece la alternativa de *leer* el decir de un colectivo, e interpretarlo como polifonía. Del mismo modo es posible entender este discurso si se le atribuye a un *tercero* que habla, que lleva consigo la sabiduría inconsciente de los partícipes de la conversación terapéutica, pero que construye una trama propia y forma una nueva entidad. En el entendido de que cruza y concurre en las tres unidades de análisis, podemos armar la secuencia dialógica entendiéndola como el discurso del tercero. Esta secuencia se inicia con una condensación, que oculta afectos, motivaciones y somatizaciones. Detrás de esta condensación inicial, se desencadenan procesos investigativos, que se pueden comprender desde la transferencia y la contratransferencia. Los afectos disociados, la culpa y la desconfianza, se expresan en los sujetos discursivos correspondientes, y se desempeñan en la secuencia alimentando una serie de preguntas aclaratorias. La culpa escondida tras la duda inicial amalgama el disocie. Y su irrupción comunica con la historia abusiva y con el trauma. Con el alivio de la culpa se da paso a la transformación. Bajo el dolor de estómago de la paciente asoma la propia culpa por el sufrimiento de su hijo, un abuso que reactiva su funcionamiento traumático. La invisibilización de la violencia, la excul-

pación del responsable, la idealización; la historia del propio abuso que sirve de alimento a la culpa actual. Las referencias siempre dobles que la paciente hace de la situación de su hijo y de su historia abusiva, permiten confirmar la hipótesis de que hay allí un patrón relacional que se precipita de manera automática. La *detective* se activa con la culpa trasferida por la paciente, y las respuestas traen alivio en ambas escenas, para la culpa de la terapeuta y para la de la paciente. Y se integra una narrativa olvidada, perdida, se enlaza el eslabón que falta. La disociación inicial ya no se sostiene afectivamente, la culpa y la desconfianza han sido destrabadas, se pueden reorganizar los elementos para resignificar la experiencia condensada en el episodio inicial.

Es el tercero analítico es quien resuelve, el que arma un discurso con sentido en la dirección del alivio, tanto para el paciente como para el terapeuta, y luego para supervisada y supervisor. En las secuencias dialógicas descritas se puede vislumbrar una terceridad que se constituye en la relación, en la intersubjetividad, en el entrelazado de los participantes. Y que es más que la suma de sus partes, que tiene una voz propia, que ya no es eco, es este tercero que aparece en el espacio terapéutico y en el espacio de supervisión a propósito del dolor que la paciente busca aliviar. La psicoterapia genera una escena de relación que asume una voz, un discurso propio, y cuando describimos sus componentes podemos estar atribuyéndole un sentido, un orden semántico y pragmático a un proceso que se desenvuelve personificado en las voces diversas que dialogan y dialogizan en las sesiones analizadas. Entonces más que *un eco*, es la construcción de una voz relacional que ordena y encauza la cura, que desenrolla el nudo de pescador, dedicándose con paciencia a destrabar los planos superpuestos. Desde la desorganizada fragmentación inicial, se va re-simbolizando el discurso dialógico polifónico en una sola voz que indaga, intuye, ordena, pericia, emociona, profundiza y finalmente alivia y resuelve. Predicados, formas lingüísticas cargadas así de humanidad, décticas, plenas de sentido y de contenido emocional.

8. Limitaciones y futuros lineamientos

Esta propuesta se ve limitada por la naturaleza exploratoria de sus resultados. Es un primerísimo paso que es necesario seguir probando, aplicando el modelo a nuevas tríadas, durante más sesiones, e incluyendo otras aproximaciones clínicas. Lo anterior puede encaminarnos a nuevas preguntas y precisiones, como, por ejemplo, si existen ciertas secuencias dialógicas elaboradoras que puedan relacionarse con resultados psicoterapéuticos positivos para el paciente. Si se cuenta con mayor cantidad de datos puede

analizarse la significancia estadística de dichas secuencias y sus trayectorias en el transcurso del proceso terapéutico. Por último, también resultaría interesante profundizar en la comprensión de las características discursivas de la psicoterapia y la supervisión, pudiendo pensarse como expresiones de un género discursivo propio y específico, diverso del que se manifiesta en otros escenarios de interacción humana. En el caso de las psicoterapias supervisadas, podemos vislumbrar dispositivos de análisis que consideren ambos escenarios como un mismo sistema terapéutico, con un discurso propio, colectivo y polifónico. Una vez considerado así, queda abierta la posibilidad de hacer emerger los paralelismos, confluencias e isomorfismos con cualquiera de las metodologías con que se relevan los decires colectivos.

Referencias bibliográficas

- Alpher, V. (1991). Interdependence and parallel processes: A case study of structural analysis of social behavior in supervision and short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 218-231.
- Bernard, J. & Goodyear, R. (2004). *Fundamentals of clinical supervision* (3rd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Binder, J. & Strupp, H. (1997). "Negative Process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 121-139.
- Cashwell, T. & Dooley, K. (2001). The impact of supervision on counselor self-efficacy. *Clinical Supervisor*, 20(1), 39-47.
- Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Berthelot, N. & Parent K. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial, *Psychotherapy Research*, 23(5), 526-538.
- Fleming, J. & Benedek, T. F. (1966). *Psychoanalytic supervision*. New York: Grune & Stratton.
- Friedlander, M., Siegel, S. & Brenock, K. (1989). Parallel process in counseling and supervision: A case study. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 149-157.
- Grinberg, L. (1986). *La supervisión psicoanalítica. Teoría y práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Hill, C., Sullivan, C., Knox, S. & Schlosser, L. (2007). Becoming therapists: The experiences of novice therapists in a beginning graduate class. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 434-449.
- Jacobsen, C. (2007). A qualitative single case study of parallel processes. *Counseling and Psychotherapy Research*, 7, 26-33.
- Kaufman, M., Morgen, K. & Ladany, N. (2001). *Family counseling supervision*. In Bradley, L. & Ladany, N. (Eds.), *Counselor supervision: Principles, process, and practice* (246-268). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

- Kennard, B. Stewart, S. & Gluck, M. (1987). The supervision relationship variables contributing to positive versus negative experiences. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 172-175.
- Koltz, R., Odegard, M., Feit, S., Provost, K., & Smith, T. (2012). Parallel Process and Isomorphism: A Model for Decision Making in the Supervisory Triad. *The Family Journal*, 20, 233.
- Lambert, M., & Ogles, B. (1997). The effectiveness of psychotherapy supervision. In Watkins, C. Jr., (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 421-446). New York: Wiley.
- Leiman, M. (1998). Words as intersubjective mediators in psychotherapeutic discourse: The presence of hidden voices in patient utterances. En Lähteenmäki, M. (Ed.), *Dialogues on Bakhtin: Interdisciplinary Readings* (pp. 106-117) University Printing House, Jyväskylä.
- Leiman, M. (2002). Toward semiotic dialogism: The role of sign mediation in the dialogical self. *Theory and Psychology*, 12(2): 221-235.
- Leiman, M. (2004). Dialogical sequence analysis. En Hermans, H. & Dimaggio, G., *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 255-269). New York: Routledge.
- Leiman, M. & Stiles, W. (2001). Dialogical sequence analysis and the Zone of Proximal Development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11(3), 311-330.
- Martínez, C. (2011). *Regulación mutua y dialogicidad en psicoterapia: Un análisis empírico de la subjetividad e intersubjetividad en el discurso terapéutico*. Saarbrücken, Germany: EAE Publishing.
- Marx, R., (2011). Relational supervision: Drawing on cognitive-analytic frameworks *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 406-424.
- Ogden, T. (1992). *La frontera primaria de la humana experiencia*. Madrid: Julián Yébenes S. A. Editores.
- Ogden, T. (1996). *El concepto de acción interpretativa*. Cuadernos APdeBA , XVIII (3). Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Ogden1.pdf>
- Ogden, T. (1998). *Reconsiderando tres aspectos de la técnica psicoanalítica*. Cuadernos Psicoanálisis APdeBA , XX (1). Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Ogden.pdf>
- Ogden, T. (2005). On psychoanalytic supervision, *International Journal Psychoanalysis*, 86, 1265-1280.
- Osatuke, K. (2004). Hearing Voices. In H. J. M. Hermans, & G. Dimaggio (Eds.). *The Dialogical Self in Psychotherapy* (pp. 255-269). London, UK: Brunner & Routledge.
- Padel, J. (1985). Ego in current thinking. *International Review of Psychoanalysis*, 12, 273-283.
- Panhofer H., Payne H., Meekums B. & Parke, T. (2011). Dancing, moving and writing in clinical supervision? Employing embodied practices in psychotherapy supervision. *The Arts in Psychotherapy*, 38(1), 9-16.
- Patton, M., & Kivlighan, D., Jr. (1997). Relevance of the supervisory alliance to the counseling alliance and to treatment adherence in counselor training. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 149-154.

- Ryle, A. & Kerr, I. (2002). *Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice*. Chichester: John Wiley.
- Roth, A., Fonagy, P., Parry, G., Target, M. & Woods, R. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York, NY: Guilford Press.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Contus.
- Tomicic, A., Bauer, S., Martínez, C., Reinoso, A., & Guzmán, M. (2009). La voz como una herramienta psicoterapéutica: La perspectiva de los terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 197-207.
- White, M. & Russell, C. (1997). Examining the multifaceted notion of isomorphism in marriage and family therapy supervision: A quest for conceptual clarity. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 315-333.