

SUPERVISIÓN CLÍNICA
EN PSICOTERAPIA:
UNA GUÍA DE LAS
MEJORES PRÁCTICAS

Título de la obra: **Supervisión clínica en psicoterapia:
una guía de las mejores prácticas, 1ª Edición.**

© 2021 Vesalius, S.A. de C.V.

www.libreriavesalius.com

ISBN: 978-607-98828-1-5

Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del copyright.

Editor: **Juan Carlos Cabrera Medina @JCCMX**

Diseño editorial: **@m2mktdigitalMX**



CONTENIDO

Prefacio		XI
Introducción		XV
Capítulo 1.	Factores imprescindibles de la supervisión en la formación de psicoterapeutas	1
	<i>Antonio Tena Suck</i>	
Capítulo 2.	Perfil y competencias del supervisor clínico: ¿quién supervisa y cómo?	31
	<i>Ana Lilia Villafuerte</i>	
Capítulo 3.	Supervisión como parte de un programa de entrenamiento para psicoterapeutas	45
	<i>Diana Kirszman, Héctor Fernández-Álvarez</i>	
Capítulo 4.	Adaptando las herramientas de supervisión al contexto y nivel de desarrollo profesional de los supervisados; un ejemplo en la formación de psicoterapeutas	65
	<i>María Antonia Carbajal Godínez</i>	
Capítulo 5.	Perspectivas sobre el desarrollo de la supervisión clínica en Guatemala: contribuciones, oportunidades y eventos críticos.....	83
	<i>María del Pilar Grazioso, Meri Lubina y Ana Alicia Cóbar</i>	
Capítulo 6.	¿Si te tomas una selfie y me dices qué notas? Propuestas para supervisar la contratransferencia ...	101
	<i>Patricia García-Fernández</i>	

Capítulo 7. Práctica supervisada en el desarrollo de competencias profesionales de psicoterapeutas infantiles	131
<i>Verónica Ruíz González</i>	
Capítulo 8. Perfil profesional ideal y formación de terapeutas en México	149
<i>Paola Colunga Serralde, Juan Carlos Hurtado Vega y Ana Gabriela Mallet Flores</i>	
Capítulo 9. Revisión teórica del concepto de supervisión	167
<i>Sandra Irma Montes de Oca Mayagoitia y Myriam de Luna Jiménez</i>	

¿SI TE TOMAS UNA SELFIE Y ME DICES QUÉ NOTAS? PROPUESTAS PARA SUPERVISAR LA CONTRATRANSFERENCIA

García-Fernández, Patricia

◆ INTRODUCCIÓN

Los terapeutas¹, igual que cualquier otro ser humano, experimentan inseguridad, rechazo, soledad, desilusión, minusvalía, vergüenza, culpabilidad, ansiedad y tristeza, entre otras emociones. En este sentido, son sanadores que han sido heridos en mayor o menor medida, y es a través de reconocer, aceptar y elaborar las propias heridas, que pueden ayudar a otros a sanarse. No hay que escapar de ellas, sino ocuparlas como instrumentos para que el trabajo trascienda de ser una tarea meramente técnica, a convertirse en una experiencia reparadora, sensible y humana, llamada psicoterapia.

El concepto de sanador herido (Aponte & Kissil, 2014; Mahoney, 2006; Nouwen, 1979) se ha usado para explicar que las personas con historias de vida adversas escogen profesiones de ayuda.

¹ Aun cuando me siento comprometida con la equidad de género y el uso de un lenguaje no sexista, para facilitar la lectura de este capítulo, decidí escribirlo haciendo uso del genérico masculino sin aludir a un género en particular, sino refiriéndome indistintamente a las personas que ejecutan el rol de paciente, terapeuta, supervisada o supervisado y supervisora o supervisor.

Carl Jung (1961) estaba convencido de que los sanadores heridos a partir de sus experiencias pueden desarrollar alta empatía, buen insight y la suficiente resiliencia para ayudar a eliminar el sufrimiento de otros. Explicaba que solamente cuando son afectados por su paciente, pueden actuar, ya que sólo los heridos sanan; en cambio, cuando ~~hay~~ colocan una coraza personal, no pueden hacerlo.

Por el contrario, hay quienes afirman, a manera de crítica, que los sanadores heridos transfieren sus necesidades emocionales al espacio terapéutico, están más propensos a experimentar un trauma vicario, a caer en *Burnout*, o a actuar su contratransferencia (Conchar & Repper, 2014; Zerubavel & Wright, 2012; Zosky, 2013). Esto sucede cuando dichas heridas no se reconocen, no se trabajan y no se cicatrizan en un proceso de psicoterapia personal, el cual es indispensable pero no suficiente. Se requiere, además, de una adecuada supervisión que ayude al terapeuta en formación a autoobservarse para descubrir los pensamientos, sentimientos y reacciones que se despiertan al trabajar con sus pacientes, es decir, su contratransferencia. El supervisor es el encargado de señalar al supervisado los tópicos que su paciente aborda y que parecen incomodarle, con el propósito de que los trabaje en su terapia personal.

Así pues, el reto más grande con que me he encontrado al supervisar terapeutas en formación es tratar de equilibrar la doble tarea de entrenarlos para que mejoren sus habilidades técnicas y sus competencias clínicas y, paralelamente, contribuir a su desarrollo personal al ayudarlos a generar una percepción interna de sí mismos, a partir de la cual puedan construir su propio estilo terapéutico y su identidad profesional. Lo que ha resultado más complicado es capacitarlos para que reconozcan su contratransferencia y para que puedan ocuparla al servicio de sus pacientes; es por lo que me he dado a la tarea de poner a prueba distintas estrategias en la supervisión para conseguirlo. El objetivo de este capítulo es compartir lo que mejor me ha funcionado.

Comenzaré por definir qué es la contratransferencia y cómo puede articularse dentro de cualquier modelo terapéutico, para luego describir el contexto general en el que superviso a los terapeutas en formación. Expondré la metodología posmoderna que ocupó al supervisar tanto para cuestiones generales como específicamente para el desarrollo de las competencias de autoobservación, autorreflexión e introspección que permiten el reconocimiento de las reacciones contratransferenciales de los supervisados, eventualmente, la capacidad para ocuparlas en beneficio de sus pacientes. Finalmente, propondré algunas herramientas que otros supervisores podrán utilizar para facilitar el desarrollo de esta competencia de nivel avanzado.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La contratransferencia más allá de Freud

Tiempo atrás, hablar de contratransferencia implicaba referirnos a todas las conductas contaminadas y los deseos reprobables del terapeuta que surgían a partir de sus conflictos no resueltos (Norcross, 2001). Esta idea ha ido cambiando a través de los años y ha generado controversias respecto con su significado, de modo que aún hoy, el término resulta confuso para muchos, así que me gustaría empezar por delimitarlo.

Freud (1910) fue quien mencionó el término por primera vez para referirse a las reacciones inconscientes derivadas de los conflictos no resueltos del analista y que surgen como resultado de la transferencia de su paciente. Aclaró que los logros del tratamiento están limitados por los propios complejos y resistencias del psicoanalista puesto que restringen la comprensión que puede tener del paciente, y provocan que su conducta e intervenciones satisfagan sus necesidades, en lugar de atender aquello que el paciente necesita. Por lo tanto, era prioritario evitarla o superarla.

Posteriormente surgió una definición más amplia del término que incluye todas las reacciones del terapeuta hacia el paciente, conscientes o inconscientes, originadas en sus conflictos irresueltos o en la realidad, o producto de la transferencia del paciente o de cualquier otro tema surgido en la terapia. Lo importante es que el terapeuta lo note y lo comprenda para intervenir consciente e intencionalmente, evitando así la actuación de sus sentimientos contratransferenciales (Racker, 1986).

La definición amplia, además, añade la idea de que la contratransferencia es una herramienta útil para obtener pistas significativas acerca del funcionamiento psicodinámico del paciente, ya que tanto éste como el terapeuta contribuyen a su creación (Gabbard, 2001). Es común ver que las emociones que experimenta el terapeuta hacia el paciente son similares a las reacciones que el paciente tiende a provocar en otras personas; por ejemplo, puede narrar que otros suelen sobreprotegerlo y esto coincidir con un deseo de sobreprotección del terapeuta hacia él.

La contratransferencia dejó de ser un tema de estudio y trabajo exclusivo del psicoanálisis cuando los terapeutas sistémicos adoptaron las ideas de la cibernética de segundo orden. Ésta describe que el observador (terapeuta) es parte de lo observado (paciente individual o familia), y que su objeto de estudio no puede ser solamente lo observado, sino que hay que incluir al observador observando a lo observado, como un sistema. Ello implica que la

neutralidad del terapeuta es sólo una ilusión puesto que, al estar implicado, no puede conocer la realidad desde fuera, sino desde dentro del sistema y por lo tanto su subjetividad entra en juego. Con esto concluyeron que la persona del terapeuta es la mejor herramienta de trabajo, por lo que en su formación se debe incluir no solamente el conocimiento teórico, sino además un trabajo experiencial y emocional que le permita comprender su propia red de relaciones y cómo ella influye sobre sus pacientes (Boszormenyi-Nagi & Spark, 1973; Elkaïm, 1989).

Elkaïm (1989) introdujo los términos de resonancia y ensamblaje. La resonancia se refiere a que una regla que opera en el sistema del paciente, también opera en la familia nuclear o de origen del terapeuta; es decir, lo que sucede en la familia de nuestro paciente nos hace eco y refleja una idea o emoción personal. Y los ensamblajes son puentes que conectan el mapa del mundo del sistema del paciente y el mapa del mundo del sistema del terapeuta. Dichos mapas están formados por las creencias que desarrollamos en nuestras experiencias de vida trascendentales, pero brotan en el presente, aunque el territorio actual sea diferente a aquel donde surgieron. Concluye que “lo que siente el terapeuta remite no solamente a su historia personal, sino también al sistema donde este sentimiento emerge” (Elkaïm, 1989, p. 15). Bajo esta premisa el riesgo no es experimentar sentimientos intensos en la terapia, sino no comprender de dónde vienen, o esconderlos pensando que el paciente no los percibe.

Los modelos transteóricos de la psicoterapia también han dado cabida al uso de la contratransferencia (Hayes, 2004). Por ejemplo, la autorrevelación está fundamentada en la importancia que da el modelo humanista a la autenticidad, genuinidad y transparencia con que se muestra el terapeuta. Su objetivo es revelar algo que el clínico ha aprendido acerca de sí mismo que ya no le resulta conflictivo, para facilitar que el paciente entienda sus pensamientos, sentimientos o conductas y que pueda trabajar en ellos de manera profunda. Se insiste mucho que antes de autorrevelar alguna información se debe de analizar si será útil para el paciente o si solamente se busca desahogar alguna emoción personal. Si éste fuera el caso, hay que evitar hacerlo (Hill, 2014).

La inmediatez es otra habilidad clínica transteórica derivada de la contratransferencia. Se ocupa cuando el terapeuta percibe que él o el paciente no verbalizan sentimientos o pensamientos acerca de lo que está sucediendo en ese momento en la sesión; entonces, el terapeuta revela esa experiencia inmediata para sacarla a la luz y poder trabajarla (Hill, 2014). Se le puede decir, por ejemplo, “me parece que estamos estancados, quizá ayude hablar de lo que está pasando entre nosotros”. Como se puede apreciar, la contra-

transferencia puede articularse prácticamente dentro de cualquier modelo terapéutico. La ventaja de reconocerla y ocuparla eficientemente es que nos permite conocer el mundo interno del paciente, comprender sus interacciones con otras personas, develar material acerca de la relación terapéutica, e intervenir en las sesiones. Sin embargo, si ésta no es percibida o no se maneja adecuadamente se convertirá en un obstáculo.

En términos generales, hay dos tipos de reacciones contratransferenciales. Una es la sobreidentificación y el sobreinvolucramiento, y la otra es la evitación o el desapego del paciente y del proceso (Southern, 2007). A continuación, expongo algunos indicadores que nos señalan que la contratransferencia está bloqueando el proceso terapéutico y que necesitan ser reconocidos, comprendidos y superados (De Pablo Urban, 2017):

- Sentir reacciones emocionales intensas
- Tener dificultad para comprender al paciente
- Hacer cambios al encuadre
- Hacer intervenciones sarcásticas
- Discutir con el paciente
- Competir con el paciente
- Tratar de impresionar al paciente, o a colegas con el caso
- Necesitar hablar del paciente con alguien que no sea el supervisor o el propio terapeuta
- Ayudar al paciente de forma extraterapéutica
- Favorecer la dependencia del paciente por medio de apoyo excesivo
- Solicitar favores al paciente
- Sentir un interés o desinterés excesivo por el paciente
- Dar importancia personal a los comentarios positivos o negativos que el paciente emite sobre el terapeuta
- Soñar con el paciente
- Estar pensando en el paciente fuera de la sesión
- Evadir temas que tocan problemas similares a los del terapeuta
- Experimentar somnolencia durante la sesión

Otros obstáculos derivados de la contratransferencia pueden ser:

- Albergar la fantasía de querer salvar a la propia familia al ayudar a pacientes con problemas familiares. El modelo sistémico explica que el terapeuta puede sentirse fracasado al recibir un doble mensaje de su familia que le demanda: “‘Infórmate bien para poder resolver nuestras dificultades psicológicas, aun cuando con nosotros no lo podrás’; lo cual queda en perfecta

consonancia con lo que plantean las familias que atendemos: ‘Alivia nuestro sufrimiento pero sin cambiarnos’” (De Pablo Urban, 2017, p. 239).

- Aliarse a las resistencias del paciente. A esto se le llama contrarresistencia (Racker, 1986) e incluye cualquier bloqueo, silencio o evasión de los temas que evita el paciente por temor a herirlo o a incomodarlo, o porque se derivan de conflictos del terapeuta no resueltos. Me he encontrado que los terapeutas sienten un gran alivio y rompen su contrarresistencia cuando descubren la razón de su bloqueo y cuando comprenden que es un fenómeno que a todos nos pasa (García-Fernández, 2012).
- No registrar su contraidentificación proyectiva (Grinberg, 1975), la cual surge cuando el terapeuta no percibe la identificación proyectiva de su paciente, de modo que en la terapia actúa pasivamente las emociones o el rol que le demanda. Cuando esto sucede en la supervisión el supervisado cambia el rol de ser quien relata la experiencia de su paciente, a ser quien experimenta y actúa la identificación con su paciente frente al supervisor.
- Desear agradar a sus supervisores y compañeros, buscando tener intervenciones infalibles y procesos perfectos (Racker, 1986).
- Evitar reacciones emocionales del paciente por medio de la negación o de la intelectualización, puesto que le resultan amenazantes (García-Fernández, 2012).
- No poder establecer la distancia óptima de funcionamiento con el paciente lleva al terapeuta a sobre identificarse, a experimentar las emociones de manera muy intensa y a perderse dentro de la problemática del otro. También puede suceder lo contrario, es decir, mantenerse alejado afectivamente sin la capacidad para empatizar con su paciente y poder ayudarlo. (García-Fernández, 2012). Señalar esto y trabajarlo con el terapeuta es para mí uno de los retos más complicados en la supervisión.

Como se puede apreciar, la contratransferencia es inevitable. Si consideramos que toda interacción humana genera pensamientos, juicios, sentimientos, sensaciones corporales y conductas, la relación terapéutica no tendría por qué ser la excepción. Viéndolo así, el tema no es buscar la forma de eliminarla o ignorarla, porque terminará dominándonos, sino por el contrario, nos toca encontrar la forma de reconocerla, trabajarla y ocuparla en beneficio de la terapia.

Precisamente por eso considero que la supervisión no debe limitarse a comprender el funcionamiento del paciente y a escoger las mejores herramientas de intervención que lo ayuden a alcanzar sus metas, sino que debe incorporar el análisis de lo que sucede en la relación terapéutica, y de la realidad subjetiva del terapeuta en dicha relación. La supervisión debe señalarle sus emociones, sus identificaciones y sus resonancias para que pueda ubicarse en una distancia óptima que le permita observar al paciente, y observarse dentro de la relación ejecutando su función como terapeuta, y transformando sus obstáculos en instrumentos de ayuda.

La supervisión y la psicoterapia del psicoterapeuta: una frontera que merece respeto

Cuando en la supervisión se abordan temas personales, la línea que divide a la supervisión de la psicoterapia se torna muy delgada, razón por la cual es primordial trazar una clara frontera para delimitar ambos procesos; éste es el tema que trataré en los siguientes párrafos.

Comenzaré definiendo a la supervisión como un espacio de reflexión y análisis entre un supervisor y un psicoterapeuta, sobre lo que sucede en la práctica clínica del último, con el propósito de mejorar sus competencias profesionales al intervenir con sus pacientes. Ésta puede darse en un contexto individual o grupal.

Sus objetivos según la APA son “mejorar la competencia profesional y la práctica científica del supervisado, monitorear la calidad de los servicios que brinda, proteger al público, y vigilar su ingreso a la profesión” (American Psychological Association [APA], 2014, p. 2).

El paradigma moderno ve al supervisado como un aprendiz y al supervisor como un experto que enseña cómo hacer terapia. En contraste, los modelos posmodernos argumentan la necesidad de construir una relación colaborativa entre iguales que incluso debiera llamarse Co-visión o Colaboración en lugar de Super-visión, ya que el término mismo implica que la visión de uno está por encima de la del otro (Andersen, 2004; Anderson, 2000; Tarragona, 1999; White, 1997). Lo complicado de esto es que, sin duda, la supervisión implica una relación jerárquica (Bernard & Goodyear, 2014), al menos en contextos académicos de formación profesional donde el supervisor evalúa a sus supervisados.

Con frecuencia me he preguntado cómo hacer compatibles ambas posturas, y he llegado a la conclusión de que se trata de una relación vertical que con el paso del tiempo tiene que evolucionar para volverse cada vez más horizontal. Es una realidad que el supervisor tiene mayor jerarquía no

sólo porque le corresponde emitir una calificación cuantitativa y cualitativa acerca del desempeño del terapeuta, sino porque, gracias a sus años de experiencia, es capaz de compartir sus conocimientos para darle dirección y guía. Pero también es una realidad que el terapeuta llega al espacio de supervisión no como un inexperto, sino con una serie de recursos y de experiencias de vida que le han dado conocimiento; además, es él quien tiene la ventaja de vivir directamente el encuentro con su paciente, mientras que al supervisor solamente le toca enterarse de lo que sucedió en dicho encuentro a través de una narrativa o de un video de la sesión. Por esto, pienso que su contribución a la reflexión del caso es igualmente valiosa, así que hay que incluirlo activamente en el proceso; al principio y entre más novel sea el supervisado, va a requerir de mayor dirección y apoyo, pero conforme vaya ganando aprendizaje y mejorando sus competencias profesionales va a poderse generar una relación más equitativa en la que se construyan ideas en conjunto y se trabaje de un modo más colaborativo.

Teniendo esto en cuenta, me inclino a supervisar constructivamente (Guiffrida, 2015), asumiendo: a) que no hay una manera correcta de conducir las sesiones; b) que con guía y señalamientos tentativos el supervisado encuentra sus propias respuestas; c) que un lenguaje descriptivo es más útil que emitir juicios de valor; d) que se aprende más de los errores que de los aciertos, si se miran como recursos; e) que hay que generar un ambiente de aceptación y confianza; f) aunque a la vez, un monto moderado de ansiedad e incomodidad apremia la búsqueda de respuestas; g) y que es indispensable fomentar un pensamiento reflexivo que impulse el desarrollo del terapeuta.

Por todo lo mencionado, considero que el supervisor tiene la responsabilidad de mostrar al supervisado lo que no alcanza a percibir de su paciente, de sí mismo y de la relación terapéutica para reducir sus puntos ciegos. Asimismo, tiene la función de capacitarlo para que desarrolle y consolide las siguientes habilidades y competencias para poder ir soltándolo poco a poco:

- Establecer el ambiente terapéutico necesario para que su usuario aprenda a convertirse en paciente; es decir, a través de habilidades básicas pero fundamentales, crear rapport, establecer el encuadre, generar confianza, empatizar, desarrollar un vínculo terapéutico y enseñarle a trabajar en alianza terapéutica.
- Reunir la información necesaria para comprender clínicamente y en profundidad el caso que atiende; es decir, entrevistar, observar, escuchar activamente, preguntar, explorar, organizar los datos, analizarlos, obtener hipótesis de trabajo, corroborarlas o rechazarlas, y comprender su funcionamiento psíquico.

- Correlacionar la teoría con la práctica; es decir, explicar teóricamente lo que narra su paciente y lo que sucede en las sesiones.
- Diseñar un plan de tratamiento; es decir, plantear las metas a las que pretende llegar y las estrategias para lograrlo utilizando señalamientos, paráfrasis, síntesis, resignificaciones, confrontaciones, interpretaciones, preguntas reflexivas y circulares, y trabajando con los pensamientos y emociones; todo ello para promover el insight y el cambio en su paciente.
- Comprender lo que sucede en la relación terapéutica; es decir, desarrollar la capacidad de autoobservación, autorreflexión e introspección para que detecte las similitudes y las diferencias que tiene con su paciente; para que entienda los significados simbólicos que el paciente otorga al mundo, a la terapia y a él como su terapeuta; para que reconozca la intersubjetividad como una influencia recíproca inevitable en el encuentro terapéutico; para que perciba sus propias reacciones, emociones, ideas, sensaciones, conductas, expectativas y preocupaciones ante el paciente, ante los temas que aborda, y ante su personalidad, sus conductas, sus creencias y valores; e igualmente para que capte sus propias emociones, ideas y juicios ante su manera de conducir la sesión.

Este último punto define lo que yo entiendo como detección de la contra-transferencia, una competencia clínica de nivel avanzado que no puede desatenderse en la supervisión. La tarea del supervisor, en un primer momento, es ayudar al terapeuta a descubrirla, a señalársela cuando se manifiesta en sus conductas o en su lenguaje, y a hablar de ella cuando la reporta; posteriormente, el supervisor envía al supervisado a trabajarla profundamente en su terapia personal.

Tras dejar en claro qué es la supervisión, toca definir cuáles son sus límites con la psicoterapia. Según la APA, el propósito de la psicoterapia es “ayudar a las personas a modificar sus comportamientos, cogniciones, emociones u otras características personales en la dirección que las personas consideren deseables” (Norcross, 1990, p. 218-220, citado en APA, 2012). Busca eliminar síntomas y diseñar estrategias de afrontamiento ante las dificultades que aquejan a las personas para conseguir un mayor bienestar y salud mental.

Opino que esto no es suficiente cuando se trata de la terapia personal de un terapeuta. Adicionalmente, ésta debería perseguir con un nivel de profundidad mayor que el clínico adquiriera un amplio conocimiento de sí mismo para que pueda funcionar como un vehículo de cambio para sus pacientes.

Ya se ha dicho que el instrumento de trabajo de un psicoterapeuta es su propia psique, y como tal, debería de estar muy bien afinado.

Entonces, ¿cómo se distingue lo que el supervisado aborda en su terapia personal y lo que aborda en su supervisión?

Específicamente, el debate radica en determinar en dónde se debe trabajar con las reacciones contratransferenciales. Algunos opinan que en la terapia personal y otros que en la supervisión (Wiener, 2007); así que básicamente hay dos posturas.

La primera visualiza a la supervisión como un espacio de aprendizaje teórico y técnico de habilidades y herramientas, cuyo objetivo es mejorar el servicio que se brinda al paciente. El supervisor no está autorizado para indagar acerca de lo que le sucede al supervisado ni para formular interpretaciones al respecto, sino que limita su trabajo a observar el proceso que ocurre entre el supervisado y su paciente para retroalimentarlo. A lo más, tiene una función de enseñarle autocuidado y de proporcionarle un ambiente seguro para contener su ansiedad y para encontrar la distancia con la que pueda evitar el contagio emocional de su paciente (Edwards, 1997; Milne, 2007; Moreno Pérez, 2016).

La segunda postura, con la cual me identifico, concibe a la supervisión como un espacio en donde el terapeuta ha de identificar su contratransferencia y aprender a manejarla en beneficio de la terapia puesto que ésta brinda información relevante sobre el funcionamiento psíquico del paciente, del vínculo terapéutico y de la alianza de trabajo. El supervisor tiene la función de señalarla, abordarla y buscar su significado para invitar al supervisado a que complemente y profundice este trabajo en su propio espacio terapéutico. Entonces, es tarea del supervisor detectar cuándo el terapeuta ha dejado de ser sensible, ha perdido la empatía por su paciente, ha evadido algún tema, o ha tenido dificultad para manejar el estrés, las relaciones cercanas, el dolor y el sufrimiento (Lane, 2013; Berman, 2000); todo esto para que ejecute un buen trabajo, para impedir que dañe a su paciente al actuar sus necesidades contratransferenciales, y para evitar el *Burnout* (del inglés, síndrome de desgaste emocional).

En esta perspectiva de la supervisión es necesario generar una relación de confianza, íntima y profunda entre el supervisor y el supervisado pero enfocada a trabajar exclusivamente temas sobre el trabajo clínico del supervisado, incluyendo las ansiedades y afectos que surgen entre el supervisado y su paciente; en cambio, en la terapia personal del supervisado, no hay límite sobre los temas que se tratan y exploran.

A diferencia de lo que sucede en la terapia personal, el supervisor se presta como modelo profesional que le ofrece información teórica, consejos

técnicos y le comparte viñetas de su propia práctica (Lane, 2013). Igualmente, invita al supervisado a hablar libremente de cualquier tema relacionado con su paciente y su trabajo, incluyendo temas personales, valores y creencias, y contenidos emocionales y subjetivos para poder comprender lo que pasa entre él y su paciente. No obstante, el supervisor debe tener claro que su función no es ser el terapeuta del supervisado, de manera tal que lo que se detecta en la supervisión debe continuarse trabajando con detalle y profundidad en su terapia personal (Crowell, 2007).

Una sugerencia al respecto es que exista un acuerdo explícito entre ambos participantes acerca de que el supervisado puede explorar todo lo que quiera y requiera, pero a la vez tiene derecho de veto para suspender o retractarse de su exploración en el momento en que lo necesite (Rubens, s/f).

De acuerdo con la segunda postura, los supervisores deben aprovechar el proceso paralelo entre el terapeuta y el supervisor para enriquecer la comprensión de la problemática del paciente. Por proceso paralelo se entiende que los terapeutas repiten con su supervisor los conflictos que están enfrentando con su paciente (Lane, 2013; Searles, 1964, citado en Wiener, 2007; Sumerel, 1994); de tal manera que lo que perturba en la terapia, también incomoda en la supervisión. Es un tipo de isomorfismo en donde los patrones de relación se espejean (Rober, 2017). Toca al supervisor la tarea de señalarlo y de explorar lo que esto implica, para ayudarlo a desarrollar mayor autoobservación, agudizar su intuición y ganar mayor introspección sobre su quehacer clínico.

A pesar de que las directrices de la APA (2014) plantean que la supervisión se distingue de la psicoterapia en tanto que aquella se debe enfocar solamente en los temas relacionados con el paciente y con las reacciones del supervisado hacia su paciente, no especifica qué tan profundamente es válido adentrarse en esta cuestión.

Como se puede notar, sigue sin quedar resuelto hasta dónde, cómo y cuándo se trazan los límites entre la supervisión y la terapia personal del terapeuta, ni en cuál de estos espacios se deben abordar las reacciones contratransferenciales del supervisado. A mi parecer, la supervisión no puede concentrarse solamente en el aprendizaje de técnicas que ayuden a resolver el motivo de consulta del paciente, sino que además tiene que examinar las interacciones entre los tres personajes involucrados –paciente, terapeuta y supervisor– y tiene que trabajar con las emociones, deseos, necesidades, creencias, resistencias, transferencias y contratransferencias que surgen entre ellos (García-Fernández, 2012). Bajo esta premisa, considero que la supervisión es el espacio para reflexionar sobre todo lo que surge en el trabajo clínico del supervisado y no para abordar sus problemas personales; sin em-

bargo, cuando estos se manifiestan a través de sus reacciones contratransferenciales, se le señalan y se le invita a que los trabaje en su terapia personal. Así pues, la supervisión detecta y explora la contratransferencia del terapeuta hacia su paciente, y enseña estrategias para manejarla en su trabajo; pero es en su propia terapia donde la analiza para comprender su significado y para poder trascenderla.

SUGERENCIAS PRÁCTICAS

Contexto y encuadre para supervisar la contratransferencia

El encuadre es el marco de referencia que nos permite plantear los límites en los que podemos movernos. Además, nos da la oportunidad de tener observaciones más objetivas en tanto que se fijan y se mantienen bajo control ciertas variables. Al igual que en la terapia, un encuadre estable y constante brinda una sólida estructura al proceso de supervisión y da seguridad a sus participantes ya que saben con claridad qué esperar del encuentro.

En el encuadre se establece la definición de las cuatro esferas que orientan a cualquier ser humano y a cualquier relación: espacio, tiempo, persona y circunstancia. El espacio determina el lugar del encuentro; el tiempo implica fijar un horario y una duración; por persona se refiere a la definición de los roles, es decir, el quién eres y quién soy en la relación, a qué nos comprometemos en cuestiones de tareas, responsabilidades, ética y confidencialidad; y la circunstancia involucra plantear el qué hacemos aquí, es decir, qué objetivos perseguimos, qué supuestos teóricos y técnicos nos guían, qué esquemas de referencia orientan el proceso, y qué lineamientos, directrices y procesos de evaluación nos conducen a la meta.

Bajo ese principio, el proceso de supervisión debería comenzar planteando el encuadre. A continuación, voy a describir el contexto en el que superviso y mi encuadre de trabajo. Cabe mencionar que el enfoque metodológico que aquí propongo se fundamenta en una asimilación integrativa, la cual implica tomar como base un enfoque teórico principal –que en mi caso es el psicodinámico– e incorporar comprensiones teóricas y estrategias técnicas de otros modelos para ocuparlas flexiblemente de acuerdo con las necesidades específicas de cada paciente (Norcross & Goldfried, 2005). Los principales abordajes que he integrado a mi práctica son el enfoque sistémico posmoderno, la psicoterapia humanista existencial, el *counseling* con base en la justicia social, herramientas cognitivo-conductuales y principios de *mindfulness*.

Desde el año 2006 he sido titular de la Práctica Supervisada en la Maestría en Orientación Psicológica de la Universidad Iberoamericana [Ibero], Ciudad de México, y por supuesto que mi proceder ha ido evolucionando. En otoño de 2007 tuve un semestre muy complicado en cuestión de la supervisión de la contratransferencia, ya que nuestro escenario de práctica fue un hospital del Seguro Social en donde dábamos atención emocional a pacientes con enfermedades crónicas y terminales. Ahí fue cuando detecté la imperante necesidad de destinar tiempo y energía a trabajar con la contratransferencia de los terapeutas en formación. Me tomó cerca de tres años estudiar más profundamente sobre el tema y hacer un trabajo de introspección personal para poder escribir sobre dicha experiencia; sin embargo, no fue sino hasta dos años después cuando se logró publicar (García-Fernández, 2012). Desde el año de 2011 incorporé como modelo de supervisión al Equipo Reflexivo, lo cual favoreció en gran medida la posibilidad de observar en acción a los supervisados y de poder detectar directamente sus reacciones verbales y no verbales ante los pacientes que atendían en vivo.

El Equipo reflexivo es un modelo posmoderno de psicoterapia y supervisión fundamentado en el construccionismo social. A diferencia de la supervisión clásica de terapia familiar donde un grupo de colegas mira la sesión detrás de un espejo y le devuelve al terapeuta una intervención consensuada, en el Equipo Reflexivo todos los miembros comparten sus perspectivas. Así, a partir de la multiplicidad de sus voces, tanto el paciente como el terapeuta reciben una serie de alternativas que abren diferentes caminos a seguir tanto en la sesión como en la terapia (Andersen, 1994).

El grupo de supervisión está compuesto por cinco o seis terapeutas que cursan su primer año de formación en la maestría. Para algunos, ésta es la primera vez que se enfrentarán con un paciente real; mientras que otros ya han tenido algo de experiencia clínica. La materia se imparte en un salón de clases del campus universitario; el espacio no es acogedor ni muy silencioso, pero es amplio y la sesión se puede llevar a cabo satisfactoriamente. Acomodamos dos sillas, una frente a la otra, que son las que ocupan el paciente y el terapeuta; otras seis sillas son ocupadas por el Equipo Reflexivo y se acomodan en forma de semicírculo mirando hacia el terapeuta y paciente.

Tenemos tanto supervisión individual o triádica como grupal. Para las primeras, destinamos tres horas por semana para supervisar los casos que atienden en diversas instituciones, a partir de sus notas y sus narrativas. La supervisión grupal requiere de dos horas; en la primera recibimos a un paciente que atendemos en vivo en nuestro salón de clases y en la segunda, supervisamos la sesión inmediatamente después de que se termina, en cuanto se retira el paciente.

En la primera clase del semestre, estando únicamente los alumnos y yo -sin el paciente- definimos el encuadre de trabajo. Nos presentamos para conocernos, pregunto sobre sus intereses profesionales y pongo especial atención en explorar sus expectativas. Luego trazo en el pizarrón cuatro columnas donde anoto, a partir de una lluvia de ideas proveniente de ellos, a) qué expectativas tienen del curso, es decir, qué quieren que sí suceda en nuestro encuentro; b) qué no quieren que suceda; c) qué necesitan de mí como supervisora; y d) qué están dispuestos a dar. Al terminar, los ayudo a confrontar expectativas con posibilidades más realistas, y a partir de lo plasmado en el pizarrón formulamos un contrato-compromiso que guiará nuestro curso.

Igualmente, impulso un foro de discusión entre ellos para precisar qué es y qué no es la supervisión, así como sus fronteras con la psicoterapia. También definimos nuestros roles como supervisora y supervisados, y planteamos las directrices para la supervisión; es decir, cuáles son las reglas del juego. Aun cuando con cada grupo puedan surgir necesidades y pautas específicas, las reglas que no cambian son: tratarnos como equipo; privilegiar el respeto y tolerancia entre nosotros y hacia los pacientes; promover un ambiente seguro y de confianza que permita la apertura; revelar al grupo sólo la información con la que cada uno se sienta cómodo; guardar total confidencialidad sobre todo lo que se aborda en la supervisión; trabajar de manera colaborativa tratándonos como colegas responsables cuyas opiniones y perspectivas tienen el mismo valor; mantener una actitud proactiva, propositiva y a la vez receptiva; brindar retroalimentación constructiva que señale los aciertos, recursos y fortalezas, pero también los errores y las áreas de oportunidad, ante las cuales nos toca emitir una recomendación sobre cómo afrontarlos y mejorarlos.

Desde el primer encuentro con mi grupo preciso que, además de revisar sus casos clínicos y de apoyarlos en la aplicación de técnicas, uno de mis objetivos primordiales para nuestra supervisión es contribuir a que desarrollen las habilidades de autoobservación, autorreflexión e introspección. De tal manera que, con todo el cuidado y el respeto hacia sus personas, estaremos trabajando con sus reacciones contratransferenciales para que aprendan a reconocerlas y a hacer un uso adecuado de ellas en los procesos psicoterapéuticos que provean.

Asimismo, los invito a hacer un ejercicio de reflexión en el que escriban para sí mismos sus objetivos personales para el curso. En éste plasman tanto lo que quieren lograr a nivel de competencias clínicas, como las metas que tienen para la construcción de su identidad profesional; es decir, lo que quieren lograr al *hacer* psicoterapia y al *ser* psicoterapeutas.

En nuestra primera clase, además de introducir el modelo del Equipo Reflexivo para usarlo en la terapia con pacientes en vivo dentro de la Ibero, hablamos de cómo lo ocuparemos en el espacio de supervisión (García-Fernández, en prensa): una vez que el paciente se retira de la sesión, toma la palabra el terapeuta para asociar libremente acerca de su experiencia, sus reacciones ante el paciente, ante la problemática del paciente, y ante sí mismo, es decir, qué hizo, cómo lo hizo, para qué lo hizo, qué pudo haber hecho diferente, y qué emociones y pensamientos tuvo a lo largo de la sesión; lo dejamos hablar sin interrupciones para promover su autoobservación, autoanálisis y autoevaluación. Con toda esta información ya se revelan pautas sobre su contratransferencia.

Luego doy la palabra al Equipo Reflexivo para que cada uno comparta sus puntos de vista y a través de un diálogo con el terapeuta, preguntan sobre las intervenciones ocupadas y brindan propuestas de lo que cada uno hubiera hecho estando en el lugar del terapeuta. Posteriormente, tomo el turno para expresar de modo tentativo mi perspectiva sobre la sesión y la supervisión. A través de preguntas reflexivas y circulares analizamos los puntos con los que estoy o no de acuerdo, pongo sobre la mesa las dudas y controversias para conversarlas entre todos, y dejo abierto el debate de ideas, recordándoles que lo valioso del modelo es la multiplicidad de voces que enriquecen la experiencia. Utilizo, además, diversas estrategias para señalar la contratransferencia y para ayudarlo a que poco a poco el terapeuta mismo vaya detectándola. Este punto lo desarrollaré con amplitud más adelante en este capítulo.

Para concluir la supervisión hablamos del paciente y entre todos vamos construyendo el caso clínico para comprender lo que le sucede y para planear cómo alcanzar las metas terapéuticas.

Como tarea, todos los integrantes le escriben al terapeuta una lista de las habilidades que ocupó y una breve retroalimentación cualitativa. El terapeuta revisa la videograbación de la sesión –previa autorización del paciente a través de un consentimiento informado– para contrastar lo que originalmente percibió con los comentarios de sus pares y míos durante la supervisión, y analizando también lo que observa en el video. Finalmente, tras esta metarreflexión, elabora un diario de campo que también yo retroalimento por escrito.

Para la supervisión de los casos que atienden individualmente sin Equipo Reflexivo, en diversas clínicas e instituciones, ocupo la misma metodología; sin embargo, como el terapeuta no es observado en vivo y en directo, superviso con base en la narrativa que describe libremente acerca de lo que sucedió en la sesión.

En un artículo previo (García-Fernández, en prensa) mencioné que la evaluación cuantitativa es una cuestión incómoda y complicada porque pone en evidencia la diferencia de poderes en la supervisión. Ante esto empiezo poniendo el tema sobre la mesa, definiendo mi trato hacia ellos como colegas en formación y a la vez como alumnos que requieren de una calificación. Abro el espacio para que expresen sus fantasías y ansiedades que generalmente giran en torno a salir mal evaluados, y yo expreso las mías acerca de que nieguen o escondan sus dudas, sus desaciertos y sus afectos por esa causa. Les explico que esto va en detrimento de su formación y les recuerdo que sus ansiedades y resistencias son inevitables de manera que prefiero abordarlas frontalmente (García-Fernández, 2012); también enfatizo que la apertura y la confianza son importantes, ya que entre más material para supervisar brindan, mayores retroalimentaciones reciben, lo cual contribuye a su desarrollo profesional. Subrayo, además, que la postura posmoderna, en la que fundamentaremos nuestra supervisión, considera que cada uno tenemos nuestra propia versión de la realidad y, por ende, podemos ser transparentes y compartir nuestras ideas de manera tentativa sabiendo que no hay una sola manera de intervenir correctamente, lo cual favorece que incrementen su confianza y que reduzcan sus resistencias.

Adicional a esto, les entrego el primer día de clases las rúbricas de evaluación que detallan el modo en que serán calificados en cada uno de los rubros que abonan a su promedio final: diarios de campo, reportes de casos, reflexiones sobre lecturas, desarrollo de competencias clínicas, y también su desempeño en la supervisión evaluado a través de sus autoobservaciones, autoanálisis, apertura para recibir y dar retroalimentación a sus pares (García-Fernández, en prensa).

Así es como con todas las ideas y expectativas de los supervisados, los requisitos institucionales y mis lineamientos de trabajo, delimitamos nuestro encuadre para el proceso de supervisión.

Algunas propuestas técnicas para supervisar la contratransferencia

Como se mencionó, uno de los desafíos más grandes de la supervisión de la contratransferencia es favorecer que el supervisado encuentre una distancia óptima en la que pueda maniobrar terapéuticamente sin perder la conexión afectiva y la empatía con su paciente y a la vez, sin llegar a sobre involucrarse ni a sobre identificarse con él. El reto aquí es ayudarlo a reconocer lo que le sucede en la sesión para poder comprender el mundo interno del paciente y el propio, para distinguir sus necesidades de las de su paciente,

y para evitar la actuación inconsciente de su contratransferencia; todo esto ayuda a proteger al paciente, al terapeuta y a la profesión.

Es común que los terapeutas procuren no compartir lo que sienten y piensan sobre sí mismos para evitar mostrarse vulnerables en la supervisión, ya sea porque se perciben inexpertos e inseguros, o porque quieren mostrarse demasiado confiados y competentes. En ambos casos se resisten a indagar dentro de sí mismos lo que experimentan ante su paciente y eso los vuelve propensos a que sus reacciones contratransferenciales interfieran en su quehacer terapéutico (Southern, 2007).

Las investigaciones han revelado que la capacidad de introspección del terapeuta, así como su autoconocimiento, autopercepción, coherencia en la estructura de su personalidad y la integración de su *self*, reducen las consecuencias negativas de la contratransferencia, fortalecen la alianza de trabajo y promueven desenlaces terapéuticos exitosos (Hayes, 2004). Por ello es primordial desarrollar la capacidad de autoobservación.

Para esto resulta sumamente útil enseñarles a ocupar el diario de campo de sus sesiones como un primer ejercicio de autosupervisión. Les explico que dicho diario de campo abarca dos secciones: en la primera tienen que hacer una descripción breve de la sesión, exponiendo los temas abordados y lo que el terapeuta hizo y dijo, y para qué; en la segunda se reporta autoobservación. Éste es el espacio en donde hablan de sí mismos, por lo que tienen que reportar qué emociones e ideas brotaron en ellos ante el contenido de la sesión y ante las conductas, pensamientos, sentimientos, decisiones, valores y personalidad de su paciente. Igualmente tienen que reportar su autopercepción acerca de la manera en que condujeron la sesión, es decir, cómo se sintieron, qué pensaron, qué callaron, qué desearon hacer, cuáles fueron sus preocupaciones y expectativas, y cómo suponen que todo esto impactó en la sesión y en la relación terapéutica. Les expongo que, con esta tarea, ellos relatan la sesión, describen sus reacciones hacia su paciente y hacia ellos mismos para reflexionar acerca de su contratransferencia.

Considero que este ejercicio brinda la oportunidad de desarrollar las competencias de autoobservación, autorreflexión e introspección que permiten el reconocimiento de las reacciones contratransferenciales de los supervisados, eventualmente, la capacidad para ocuparlas en beneficio de sus pacientes.

Generalmente realizan esta actividad en seguida de las sesiones que lleven a cabo a solas con sus pacientes en las instituciones donde los atienden; es decir, lo hacen antes de tomar la supervisión para que su reflexión sea lo más autónoma posible. En cambio, cuando la sesión es en vivo, con Equipo

Reflexivo, en la Ibero, elaboran su diario de campo después de tener la supervisión grupal, la cual es inmediatamente después de la sesión terapéutica.

Mi tarea ante este ejercicio es retroalimentar por escrito sus diarios de campo abordando tres rubros: a) aspectos técnicos y prácticos que los ayuden a desarrollar competencias clínicas, b) temas relacionados con la comprensión del funcionamiento psíquico de sus pacientes que los ayuden a planear sus tratamientos, y c) señalamientos por medio de preguntas reflexivas, sobre sus intervenciones o sobre el reporte de su autoobservación que les ayuden a detectar y a comprender su contratransferencia.

En el encuentro de supervisión propiamente dicho que sucede cuando estamos reunidos de forma individual, en triada o en grupo, mantengo el foco en los tres rubros recién mencionados para retroalimentar lo que escucho y lo que observo, principalmente por medio de señalamientos y preguntas reflexivas. Aquí aprovecho la narrativa del supervisado para prestar atención a su comunicación verbal y no verbal, así como a mis propias reacciones contratransferenciales. Cuando la supervisión no es individual, pido a los demás participantes que también pregunten, opinen y comenten.

Una propuesta que me resulta muy útil es psicoeducar a los supervisados sobre la contratransferencia para que pierdan el temor a reconocerla. Les explico qué es y por qué surge; enfatizo que es inevitable puesto que en todo encuentro interpersonal –no sólo en los terapéuticos– sentimos y pensamos cosas respecto con el otro y hacia nosotros en la relación, por lo tanto, siempre está presente con todos los pacientes y a lo largo de todas las sesiones. Luego les doy ejemplos de cómo, en cualquier interacción mientras hablamos con el otro, conversamos también con nosotros mismos. Esto ayuda a normalizarla y a explicarles que las reacciones contratransferenciales pueden ser negativas e incómodas o positivas y agradables; que pueden ser leves o muy intensas, conscientes o inconscientes y que pueden favorecer el flujo de la terapia u obstaculizarlo. Asimismo, recalco que en la supervisión lo único que haremos es detectarla, señalarla e intentar buscar una correlación entre su contratransferencia, sus temas personales y los temas que el paciente aborda; esto con el fin de obtener más información acerca de lo que sucede en el mundo interno del paciente y también con el fin de que el terapeuta lo lleve a su propio espacio terapéutico para ahí trabajarlo.

Aunque eventualmente no lo revelan por sentirse avergonzados, he notado su preocupación cuando experimentan reacciones negativas hacia su paciente, por ejemplo, rechazo. En este caso trato de que comprendan qué lleva al paciente a conducirse de la manera en que provoca rechazo; les pido que imaginen si ésta es una reacción que también provoca en otras personas; les solicito que busquen desde dónde ellos están sintiendo lo que sienten;

y que además descubran cuando menos alguna reacción positiva que les permita empatizar con su paciente para poder integrar una imagen del otro, libre de escisiones.

Considero fundamental señalarles la correlación directa que existe entre reconocer su contratransferencia y evitar actuarla, ya que mientras no la detecten, se mantiene inconsciente y buscará manifestarse. La enmarco como una reacción ante nuestras necesidades psicológicas por lo que de ninguna manera debe de ser satisfecha por nuestro paciente. Sin importar si dichas necesidades coinciden con las del paciente, es nuestro deber ético satisfacerlas fuera de nuestra vida profesional. Les pongo y les pido varios ejemplos, entre ellos: la necesidad de reconocimiento, de poder, de atracción sexual, de tener la razón, de sentir amor, y de sentirnos necesarios, entre otros. A través de preguntas reflexivas y de ejemplos prácticos (como el tener una paciente dueña de una agencia de viajes y pedirle un descuento en boletos, o como el sentir atracción hacia un paciente y aprovechar que se siente solo para seducirlo), los invito a tomar consciencia acerca de su rol en la relación terapéutica, de su posición de poder y de la responsabilidad que ésta conlleva para que brinden un trato humano y respetuoso con base en los códigos éticos que nos rigen.

Les recomiendo cuatro lecturas que he encontrado valiosas y que tratan sobre la contratransferencia, pero no desde el punto de vista teórico, sino de aplicación. Las dos primeras narran cómo los autores, que son terapeutas, lidian con su vida personal y profesional (Kottler, 2010, capítulo 3; Mahoney, 2006, capítulo 11). Otra más trata sobre la contratransferencia que experimenta un terapeuta ante una paciente en particular (Yalom, 2000, capítulo 4). La cuarta lectura plantea una serie de preguntas personales que el terapeuta puede hacerse cuando atiende pacientes con enfermedades crónicas y terminales, o a sus familiares (Rolland, 2000, capítulo 11).

De igual modo, para sensibilizarlos en temas de multiculturalidad y justicia social, así como de las reacciones contratransferenciales que surgen en el trabajo con minorías y con poblaciones distintas a las suyas, los animo a que cuestionen sus propios valores, creencias, prejuicios, sesgos, posición de poder, y cómo estos impactan en su trabajo. Para esta tarea adapto algunas de las preguntas de discusión del libro de Chung y Bemak (2012), por ejemplo, ¿qué privilegios derivados de tu grupo social gozas tú, pero tu paciente no?, ¿qué privilegios goza tu paciente y tú careces?, ¿qué valores y prejuicios se desprenden de esto?, ¿cómo impactan en tu abordaje terapéutico?

Me parece imprescindible que el trabajo personal sobre la contratransferencia no se quede en el plano cognitivo de la psicoeducación y que úni-

camente sirva a la racionalización. Para ello insisto constantemente a que recurran a su autoobservación y que hagan caso a su intuición. Uno de los ejercicios que más me agradan para facilitar esta tarea es hacerles la pregunta de: “Y si te tomas una *selfie*, ¿qué notas?” Les pido que respondan con lo primero que se les ocurra y luego hablamos de nuestra tendencia y entrenamiento para observar, escuchar, analizar, deducir, hipotetizar y concluir sobre el otro, ya sea que se trate de un paciente o de cualquier otro interlocutor, pero que muy pocas veces volteamos la mirada hacia nuestro interior. Les muestro con ejemplos de sus propias narrativas cómo mientras dialogamos con alguien, paralelamente hablamos con nosotros mismos, y cómo tendemos a ignorar esa información que es rica en emociones, creencias, valores y significados. Les pido entonces metafóricamente que dirijan la cámara de su teléfono celular hacia sí mismos, para observar y sentir todo lo que sucede dentro de su interior. También recurro a otras preguntas similares, y las trabajo de igual forma, como, por ejemplo, “¿qué te dicen tus tripas en este momento?, ¿y tu corazón?”; “¿qué sentiste en el cuerpo cuando tu paciente te dijo tal cosa?”; “¿cómo reaccionas si contrastas tus valores con los de tu paciente?”; “Si escuchas a tu intuición, ¿qué te dice que hagas?”.

He visto que este ejercicio no funciona si sólo se queda en dar respuesta a estas preguntas, por lo que en seguida invito al supervisado a trabajar en su terapia personal los hallazgos que obtuvo con este cuestionamiento y, adicionalmente, intento ir un nivel más allá en el proceso de autoobservación para encontrar cómo dichas respuestas están relacionadas con su paciente, usando la siguiente frase: “Mírate para poder descifrar qué pasa dentro de ti. Esto que te pasa, ¿es tu tema y tiene que ver con tu historia, o te está dando información de tu paciente?” Esta pregunta da mucha luz que puede ayudar al terapeuta a discernir lo que es de él y lo que pertenece a su paciente, a trazar límites entre su *self* y el de su paciente, a detectar su identificación con el paciente, a registrar si se trata de una contraidentificación proyectiva, a conectarse emocionalmente de manera profunda sin temor a fusionarse, y a mantener una distancia óptima para trabajar con la mayor neutralidad posible.

La propuesta sistémica (Bowen, 1978; Luna, Portela & Rojas, 2003, citado en De Pablo Urban, 2017) acerca de que los terapeutas en formación trabajen un proceso de diferenciación de sus propias familias, también me ha resultado de mucha utilidad. No estoy planteando que éste deba de hacerse en la supervisión; más bien me refiero a que cuando los problemas familiares del paciente están dificultando la labor del terapeuta, los insto a que elaboren su genograma e indaguen dentro de su familia de origen los mismos temas que aborda su paciente para que los trabajen en su propia

terapia y puedan diferenciarse de su paciente, sin llegar a perder su perspectiva profesional.

Cuando un terapeuta se siente estancado con un paciente en particular, sigo la recomendación de Rubens (s/f) y lo invito a abundar en ese caso exponiéndolo de la manera más espontánea posible por medio de la asociación libre y tratando a la vez de reflejar lo más fielmente posible la experiencia vivida en el consultorio. Le pido que no recurra a sus notas, sino que se fundamente en su recuerdo subjetivo y emocional. En este ejercicio también asocio libremente sobre lo narrado, para trabajar con la inmediatez de lo que sucede en la sesión entre el terapeuta y su paciente, y a su vez con la inmediatez de lo que sucede entre el supervisado y la supervisora. Generalmente descubrimos temas contratransferenciales que luego trabajará en su terapia.

Eventualmente sucede que algún terapeuta abusa de la autorrevelación en sus sesiones, lo que puede reflejar la intrusión de su contratransferencia. Ante esta situación, se lo señalo y le ayudo a buscar la necesidad que tiene de hacerlo preguntándole de qué manera cree que lo que reveló beneficiará a su paciente. De acuerdo con su respuesta, promuevo que lo lleve como tema a su terapia personal y le brindo información sobre el uso adecuado de la autorrevelación; es decir, compartir solamente un tema que el terapeuta ya superó cuando se tiene la convicción de que traerá algún beneficio a su paciente, e indagar su sentir al abrir temas personales con él (Newcomb, Burton, Edwards & Hazelwood, 2015).

Bajo la premisa de que los terapeutas efectivos necesitan una muy buena habilidad de introspección y de autorreflexión, se han creado algunas técnicas de supervisión que trabajan con el *self* del terapeuta para ayudarlo a desarrollar dichas habilidades, y ayudarlo además a mejorar su autoobservación y a incrementar la autoconfianza en su intuición acerca de aquello que sucede en la sesión y que no se expresa en palabras. En caso de que se quiera abundar en este tópico, sugiero revisar las propuestas originales de sus autores (Aponte & Kissil, 2014; Guiffrida, 2015; Mikes-Liu, Goldfinch, MacDonald & Ong, 2016; Neimeyer, Woodward, Pickover & Smigelsky, 2016; Presbury, Echterling & McKee, 1999; Rober, 2017) debido a que siguen métodos de aplicación muy específicos.

Por mi parte, debido a razones prácticas, he adaptado estas técnicas de supervisión del *self* del terapeuta a las condiciones de mi grupo. Vale mencionar que aún sin apegarme estrictamente a los pasos sugeridos, me han dado muy buenos resultados. A continuación, describo la manera en que las he adecuado a mis supervisiones.

La “exploración del diálogo interno” (Mikes-Liu, Goldfinch, MacDonald & Ong, 2016) ayuda a hacer consciente los pensamientos y sentimientos que

son difíciles de detectar. Tiene fundamento en el supuesto de que lo que expresamos verbalmente refleja tan solo una pequeña parte de todo lo que pensamos, y que cuando escuchamos experimentamos una gama enorme de ideas y emociones que no compartimos. Este ejercicio intenta que el supervisor descubra esas voces internas para entender las reacciones que tiene hacia sus pacientes y para afinar el reconocimiento y uso de su intuición. Comienzo pidiéndole al terapeuta que anote algunos aspectos de su persona, por ejemplo, su género, edad, rol en la familia de origen, estatus económico, situación de pareja, y cualquier otro rasgo distintivo que sea valioso para sí. Luego le digo que imagine que cada uno de estos, es una voz que le dice por ejemplo “yo como mujer percibo que mi paciente...”, “yo como la hija responsable en mi familia pienso que mi paciente...”, “yo como promotora de la no violencia siento hacia mi paciente...”. En seguida le pido que complete las frases con lo que dichas voces le dicen sobre su paciente, para que en última instancia reflexionemos colaborativamente sobre lo que descubre de sí y de su paciente.

El método de “la conversación interna del terapeuta” (Rober, 2017) se enfoca en detectar el dialogo silencioso que lleva el terapeuta consigo mismo durante las sesiones haciéndose la pregunta de “¿qué me está pasando?”. Al principio del proceso, los supervisados novatos no saben cómo responderla, entonces en la supervisión les ayudo a que se pregunten qué observaron, qué pensaron, qué sintieron, qué recordaron, qué imagen evocaron, qué sensación corporal experimentaron, qué dijeron, y qué hicieron. Generalmente les resulta más sencillo responder a esto cuando no están en la sesión, por lo que les explico que estando frente al paciente tienen mucha información que atender y que es común desatender lo que sucede dentro de ellos, pero tomando distancia y perspectiva, es más fácil evocar los recuerdos, las imágenes, las sensaciones y las conversaciones de lo que pasó dentro de ellos.

Este método sugiere transcribir, tan pronto como pueda, un extracto de la sesión en donde el terapeuta se sintió bloqueado. En seguida escribe lo que recuerde de su conversación interna de ese momento. Y después, tratando de tomar perspectiva, escribe sus reflexiones sobre la conversación interna como si fuera su propio supervisor. Finalmente, en la supervisión, indagamos juntos qué descubre de su conversación interna y de sus reflexiones. Lo que he notado es que la conversación interna está repleta de reacciones contratransferenciales que, al reflexionarlas y hablarlas en la supervisión, dejan de ser inconscientes.

La técnica de “cuestionar nuestras preguntas” (Guiffrida, 2015; Neimeyer, Woodward, Pickover & Smigelsky, 2016) es similar a la anterior y también sirve para hacer una exploración profunda de las emociones e ideas

del terapeuta que subyacen a sus verbalizaciones. Le solicito que narre un fragmento de la sesión en la que no se sintió cómodo y le planteo algunas de las siguientes preguntas pidiéndole que responda de manera descriptiva y sin emitir juicios de valor: a) ¿Qué pregunta hiciste a tu paciente en ese momento?; b) ¿Qué pretendías obtener con dicha pregunta?; c) ¿Cómo respondió verbal y no verbalmente?; d) ¿Cómo crees que reaccionó internamente a tu pregunta?; e) ¿Qué pasaba dentro de ti cuando se lo preguntaste?; f) ¿Cómo te sentías con respecto a él en ese momento?; g) ¿Cómo crees que tu paciente te percibió?; h) ¿Cómo querías que el paciente te percibiera?; i) Si se pudiera regresar el tiempo, ¿qué harías diferente y por qué?

Examinó con él sus respuestas para que detecte su intuición, afectos, pensamientos, sesgos y reacciones contratransferenciales; para que comprenda la manera en que sus intervenciones pudieron haber afectado la dirección de la sesión; y para que recabe información relevante sobre la relación terapéutica.

El “entrenamiento de la persona del terapeuta” (Aponte & Kissil, 2014), parte de la premisa de que los terapeutas llegamos a la sesión con toda nuestra naturaleza humana, incluyendo pendientes y preocupaciones, temas personales, conflictos psíquicos, y dificultades familiares entre otras cosas. Todo nuestro *self* impacta en el paciente, en la sesión, en la terapia y en la relación terapéutica. Indudablemente, nos corresponde trabajar nuestros problemas en un espacio de terapia personal para irlos resolviendo. Sin embargo, esto no es algo que se logra de una vez por todas, ni para siempre; la psique es dinámica y los conflictos centrales regresan. Entonces, al atender a nuestro paciente lo hacemos así, tal cual como somos, con nuestros recursos e historias de éxito y también con nuestras heridas y vulnerabilidades. Como terapeutas tenemos la responsabilidad de reconocerlos y ocuparlos como recursos para mejorar nuestra efectividad. Y, por añadidura, como supervisores obviamente tenemos la responsabilidad de mantenerlos muy bien reconocidos y profundamente entendidos para trabajar con ellos y para promover que, a su vez, el terapeuta los detecte y comprenda con el propósito de que adquiera la capacidad de usarlos de manera proactiva en su práctica profesional.

Dichos temas centrales, que son denominados por Aponte y Kissil (2014) como “*signature themes*” (del inglés, “temas firma”) aludiendo a temas que nos definen o marcan, son conflictos con los que hemos batallado a lo largo de nuestra vida. No se trata de eventos particulares (como la muerte de un familiar), sino patrones de pensamientos, de sentimientos, y de relaciones que se repiten en el tiempo. Subyacentes a estos temas se encuentran necesidades básicas y universales como el temor a la vulnerabilidad o al recha-

zo, la necesidad de control o sentimientos de inadecuación. Para ayudar al supervisado a detectarlos les hago preguntas similares a las siguientes: ¿cuál es tu mayor miedo?, ¿qué dificultades te provoca tu manera de lidiar con el estrés?, ¿qué característica personal te limita en tu vida diaria?, ¿cómo haces para que la gente no se entere de algo personal que te molesta?, pensando en tus experiencias de vida, ¿qué patrón recurrente de relación o de funcionamiento te ha causado problemas? Para responderlas, les pido que revelen solamente aquello con lo que se sientan cómodos, pero que detecten lo que no quieran revelar para que lo trabajen en su espacio personal de terapia.

Una vez que identifican los “temas firma”, ponemos sobre la mesa un caso con el que sientan atorados y buscamos si hay correlaciones con su paciente para entender la manera en que estos temas están interfiriendo. Luego los exhorto a que busquen la forma en que estos dejen de ser obstáculos y se conviertan en recursos terapéuticos. Esto no es algo sencillo que se logra rápidamente, pero poco a poco, con ayuda de su propia terapia y con un registro continuo de sus autorreflexiones, llegan a normalizarlos, aceptarlos e incorporarlos, lo cual les ayuda a empatizar, a sentir compasión, y a buscar creativamente modos de manejarlos.

Al trabajar con su *self*, el terapeuta afina sus autoobservaciones, profundiza sus autorreflexiones, aprende a confiar en su intuición, y mejora la comprensión de su contratransferencia. Además, se permite ir evolucionando desde una postura en la que el supervisor es su referente externo, hacia otra postura en la que consigue internalizarlo e integrarlo, con lo cual logra ganar autonomía al consolidar a su propio supervisor interno (Bell, Dixon & Kolts, 2017).

Vale la pena mencionar, que cuando es evidente la dificultad del supervisado de autoobservarse, cuando noto un bloqueo en su autorreflexión, cuando sus resistencias son intensas, y cuando mi intuición me indica que es conveniente, pido a los demás terapeutas en supervisión que compartan sus observaciones y su sentir. De igual modo, yo pido su permiso para compartir brevemente alguna información personal que pueda beneficiar el proceso, o para compartir mi contratransferencia hacia su paciente, hacia él y hacia nuestra relación de supervisión. Obviamente cuido de hacerlo con todo el respeto y la honestidad posible por medio de señalamientos tentativos para que se sienta libre de discutirlos. Esta es una buena oportunidad para modelar el reconocimiento y uso de la contratransferencia y de la autorrevelación, y para ayudarlo a destrabar lo que el supervisado no lograba percibir.

Aunque muy probablemente existen más formas de supervisar la contratransferencia, propongo una última, no por ello es menos relevante. Me

refiero a la importancia de que el supervisor esté atento a cualquier señal que advierta un *Burnout* potencial, pero que no sea hasta entonces cuando promueva el autocuidado físico, emocional, social y espiritual del terapeuta. Además de asistir a su psicoterapia personal, les sugiero que para ser congruentes con lo que promueven en sus pacientes, procuren una buena higiene de sueño, una alimentación sana, actividad física placentera, periodos de meditación y relajación, actividades de esparcimiento, relaciones saludables y espacios en donde no se traten temas de psicología (García-Fernández, 2019).

CONCLUSIONES

Considero que la supervisión no se trata solamente de revisar los casos clínicos y de enseñar la aplicación correcta de las técnicas, sino que trata de contribuir al desarrollo personal del supervisado para que vaya ganando consciencia de su mundo interno y lo convierta en su instrumento de trabajo, pues, es a partir de éste que construye el vínculo terapéutico con sus pacientes. A mi parecer, un terapeuta eficiente no es aquel que utiliza las competencias más avanzadas, las destrezas más audaces, o las técnicas más innovadoras, sino aquel que logra conectarse profundamente, que es sensible y compasivo en las relaciones interpersonales, que facilita la intersubjetividad reconociendo al paciente como a un “otro”, y que trabaja con ética y profesionalismo. Estas habilidades dependen en gran medida de que sea capaz de poner sus recursos internos –muy bien trabajados y muy bien afinados– al servicio de sus pacientes en su práctica profesional. Sin duda, el trabajo más intenso y relevante hacia el mundo interno del terapeuta se lleva a cabo en su espacio de psicoterapia personal; no obstante, la supervisión es un complemento significativo que contribuye a esta tarea, en tanto que es ahí donde por medio de las reacciones contratransferenciales, se manifiesta el mundo interno del terapeuta al trabajar con sus pacientes. Si el supervisor lo pierde de vista, no se lo señala y no lo entrena para trabajar con su autoobservación, autorreflexión e introspección, difícilmente conseguirá llevar ese material de trabajo a su propia terapia.

La contratransferencia son esos anteojos de subjetividad a través de los cuales miramos al paciente; por lo mismo necesitamos que tengan una buena graduación para verlo con la mayor nitidez posible. Son la psicoterapia personal y la supervisión quienes hacen las veces del oftalmólogo y del optometrista que nos ayudan a lograrlo.

Vale insistir en que la contratransferencia no puede evitarse, ni debe de ser superada. Por el contrario, se pretende que el terapeuta la reconozca y la comprenda para que la ocupe en su ejercicio profesional, ya que ésta brinda información relevante sobre el paciente, sobre el terapeuta y sobre la relación terapéutica. Al señalar elementos contratransferenciales, el supervisor ha de hacerlo siempre de manera tentativa; en primer lugar por respeto a su supervisado quien siempre conserva el derecho a decidir qué tanto quiere revelar en el proceso de supervisión; en segundo lugar porque la opinión del supervisor no tiene más valor que la del terapeuta, en tanto que todo lo que piensa y dice como supervisor no es más que una contratransferencia secundaria ante lo que el supervisado expone, y por eso ambos se apoyan para concebir una idea más amplia de lo que sucede en el encuentro terapéutico (Rubens, s/f); en tercer lugar, porque se busca que el terapeuta vaya ganando autonomía, vaya creando su propio estilo de hacer terapia, vaya consolidando su identidad profesional, y vaya desarrollando un supervisor interno propio (Presbury, Echterling & McKee, 1999).

Aun cuando el paciente es quien despierta la contratransferencia del terapeuta, la tarea de este último es reconocerla y usarla responsablemente sin actuarla. Le toca al supervisor poner especial cuidado en señalársela, encontrar correlaciones entre lo que sucede al paciente y al supervisado, y promover que la trabaje en su terapia personal. Todo esto ayuda a proteger al paciente, al terapeuta, al supervisor, y a la profesión.

Para finalizar, me gustaría mencionar que he ido desarrollando esta serie de ideas a lo largo de catorce años de experiencia como supervisora, no de manera fortuita, sino a partir de una reflexión crítica y profunda de lo que he estudiado, de propuestas que otros clínicos han probado, y de la retroalimentación que he recibido de mis supervisados. De esta manera, las sugerencias prácticas que aquí expongo son las que han demostrado tener beneficios tangibles en el desarrollo profesional de estos últimos, y por lo tanto considero que son viables, pertinentes y generalizables para la supervisión de otros terapeutas en formación de diferentes contextos. No obstante, para cerrar este capítulo y siendo fiel a los modelos posmodernos, del mismo modo como el terapeuta le dice a su paciente y como el supervisor le dice a su supervisado, yo le digo a mis lectores: tomen lo que les haga sentido y puedan ocupar, y desechen lo que no les sirva.



Puntos a destacar

1. La contratransferencia brinda información relevante acerca del mundo interno del paciente, de sus relaciones interpersonales, del vínculo terapéutico y de la alianza de trabajo; sin embargo, si ésta no es detectada o no se maneja adecuadamente se convierte en un obstáculo para la terapia.
2. La contratransferencia es inevitable, por lo que es tarea del supervisor facilitar que el terapeuta la reconozca, la comprenda y la ocupe en beneficio de la terapia que brinda.
3. A través de la supervisión es posible favorecer el desarrollo de las competencias de autoobservación, autorreflexión e introspección que permiten el reconocimiento de las reacciones contratransferenciales de los supervisados.
4. Se proponen varias herramientas para que los supervisores puedan facilitar el desarrollo de esta competencia de nivel avanzado llamada contratransferencia.

REFERENCIAS

- American Psychological Association [APA]. (2012). *Recognition of Psychotherapy Effectiveness*. Recuperado de: <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*. Recuperado de: <http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>
- Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (2004). Una colaboración: Algo llamado supervisión. En: G. Licea, I. Paquettin & H. Selicoff (Eds.), *Voces y más voces II. Reflexiones sobre supervisión*. México: Alinde.
- Anderson, H. (2000). "Supervision" as a collaborative learning community. *American Association for Marriage and Family Therapy Supervision Bulletin, Fall*, 7-10.
- Aponte, H. & Kissil, K. (2014). "If I can grapple with this, I can truly be of use in the therapy room": Using the therapist's own emotional struggles to facilitate effective therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40, 2, 152–164. DOI: 10.1111/jmft.12011.
- Bell, T., Dixon, A. & Kolts, R. (2017). Developing a Compassionate Internal Supervisor: Compassion-Focused Therapy for Trainee Therapists. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24, 632–648.
- Berman, E. (2000). Psychoanalytic Supervision: The Intersubjective Development. En A. Lewis & A. Harris (Ed.). *Relational Psychoanalysis. Vol 2: Innovation and Expansion*. London: Routledge.
- Bernard, J. & Goodyear, R. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5th. Ed.). New Jersey: Pearson.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (1973). *Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowen, M. (1978). De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Barcelona: Paidós, 1991.
- Chung, R. & Bemak, F. (2012). *Social Justice Counseling. The Next Step Beyond Multiculturalism*. Thousand Oaks: Sage.

- Conchar, C. & Repper, J. (2014). "Walking wounded or wounded healer?" Does personal experience of mental health problems help or hinder mental health practice? A review of the literature. *Mental Health and Social Inclusion*, 18, 1, 35-44. DOI: 10.1108/MHSI-02-2014-0003.
- Crowell, M. (2007). Some Thoughts on the Countertransference Resistance of the Psychoanalytic Supervisor. *Psychoanalysis*, Vol. 32, No. 1.
- De Pablo Urban, J. (2017). De la Contratransferencia a las Resonancias: Las emociones del profesional en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 28, 108, 229-247.
- Edwards, D. (1997). Supervision Today: The Psychoanalytic Legacy. En G. Shipton (Ed.). *Supervision of Psychotherapy and Counselling. Making a place to think*. Suffolk: Open University Press.
- Elkaïm, M. (1989). *Si me amas, no me ames*. Barcelona: Gedisa.
- Freud, S. (1910). *El porvenir de la terapia psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva. Vol. II, 1564-1570.
- Gabbard, G. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 8, 983-991.
- García-Fernández, P. (2012). Supervisión de la contratransferencia en la orientación psicológica de enfermos crónico-terminales hospitalizados. En L. Hernández & L.R. Lozano (Eds.), *Psicólogos y psicoanalistas en hospitales. Formación, experiencia y reflexiones*. México: Manual Moderno.
- García-Fernández, P. (en prensa). Un modelo de supervisión con Equipo Reflexivo para la formación de terapeutas con enfoque integrativo.
- Grinberg, L. (1975). *La supervisión psicoanalítica. Teoría y práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Guiffrida, D. (2015). A constructive approach to counseling and psychotherapy supervision. *Journal of Constructivist Psychology*, 28, 1, 40-52. DOI: 10.1080/10720537.2014.922911
- Hayes, J. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research* 14, 1, 21-36. DOI: 10.1093/ptr/kph002.
- Hill, C. (2014). *Helping Skills: Facilitating exploration, insight and action* (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Jung, C. (1961). *Memories, dreams and reflections*. London: Fontana.
- Kottler, J. (2010). *On Being a Therapist*. San Francisco: Jossey Bass. 4th. ed.
- Lane, R. (2013). (Ed.). *Psychoanalytical approaches in Supervision*. New York: The Society for Psychoanalytical Training.
- Mahoney, M. (2006). *Constructive psychotherapy: Theory and practice*. New York: Guilford.
- Mikes-Liu, K., Goldfinch, M., MacDonald, C. & Ong, B., (2016). Reflective Practice: An Exercise in Exploring Inner Dialogue and Vertical Polyphony. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37, 256-272. DOI: 10.1002/anzf.1166
- Milne, D. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 46, 4, 437-447.
- Moreno Pérez, A. (2016). *Teoría y Práctica de la Supervisión. Análisis del Discurso de los Supervisores y Psicoterapeutas*. Madrid: Universidad de Alcalá. Tesis Doctoral.
- Neimeyer, R., Woodward, M., Pickover, A. & Smigelsky, M. (2016). Questioning our questions: A constructivist technique for clinical supervision. *Journal of Constructivist Psychology*, 29, 1, 100-111. DOI: 10.1080/10720537.2015.1038406
- Newcomb, M., Burton, J., Edwards, N. & Hazelwood, Z. (2015). How Jung's Concept of the Wounded Healer Can Guide Learning and Teaching in Social Work and Human Services. *Advances in Social Work & Welfare Education*, 17, 2, 55-69.
- Norcross, J. (2001). Introduction: In search of the meaning and utility of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 981-982. DOI: 10.1002/jclp.1064.
- Norcross, J. & Goldfried, M. (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2nd. ed.). New York: Oxford University Press.

- Nouwen, H. (1979). *The wounded healer*. New York: Image.
- Presbury, J., Echterling, L. & McKee, J. (1999). Supervision for inner-vision: Solution-focused strategies. *Counselor Education & Supervision*, 39, 2.
- Racker, H. (1986). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Rober, P. (2017). Addressing the Person of the Therapist in Supervision: The Therapist's Inner Conversation Method. *Family Process* 56, 487–500.
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa.
- Rubens, R. (s/f). *Thoughts on Psychoanalytical Supervision*. Recuperado de: <http://www.rlrubens.com/Supervision.html>
- Southern, S. (2007). Countertransference and Intersubjectivity: Golden Opportunities in Clinical Supervision. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14, 4, 279-302. DOI: 10.1080/10720160701480808
- Sumerel, M. (1994). *Parallel process in supervision*. Greensboro: Education Resources Information Center. ERIC Digest, No. ED372347. Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED372347.pdf>
- Tarragona, M. (1999). La supervisión desde una postura posmoderna. *Psicología Iberoamericana*, 7, 3, 68-76.
- White, M. (1997). *Narratives of Therapists' Lives*. London: Dulwich Centre Publications.
- Wiener, J. (2007). The analyst's countertransference when supervising: friend or foe? *Journal of Analytical Psychology*, 52, 51–69.
- Yalom, I. (2000). *Verdugo del Amor. Historias de psicoterapia*. Buenos Aires: EMECÉ.
- Zerubavel, N., & Wright, M. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy*, 49, 4, 482–491.
- Zosky, D. (2013). Wounded healers: Graduate students with histories of trauma in a family violence course. *Journal of Teaching in Social Work*, 33, 3, 239–250.