



# Psicología clínica y psicoterapia en adultos. Módulo IV



[www.isfap.com](http://www.isfap.com) – [info@isfap.com](mailto:info@isfap.com)

# TEMA XX. LA SUPERVISIÓN CLÍNICA

## Introducción

En el proceso de supervisión de la práctica psicológica, el profesional que lleva a cabo esta tarea se toma como responsabilidad la de asegurar la protección de los pacientes que consultan sobre su estado psicológico; ciertamente, esta condición se logra mediante un supervisor habilitado.

El profesional que se encarga de la tarea de supervisar debe contar con los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para el ejercicio de esta función; lo que parece conllevar que el supervisor tenga una formación específica en supervisión y experiencia clínica.

La supervisión es una relación profesional muy particular que se establece entre el supervisor, el supervisado y el paciente/s que ha demandado atención psicológica. Desde el punto de vista universitario, al que también apuntan determinadas orientaciones psicológicas, el supervisor es el responsable de que cada uno de sus supervisados mantengan una relación profesional con sus pacientes; lo cual implica que el supervisor vigile y mantenga una relación próxima con sus supervisados.

Corey señala que la supervisión demanda que los supervisores posean un número elevado de habilidades y conocimientos procedimentales que van desde la habilidad para iniciar y mantener una relación de supervisión positiva, la habilidad para evaluar tanto al supervisado como a los pacientes, el manejo de procedimientos de observación, planeación y retroalimentación entre otros.

Corey plantea cuatro metas principales de la supervisión:

1. Auspiciar el crecimiento y desarrollo de los supervisados.
2. Proteger el bienestar del paciente
3. Monitorear la competencia del supervisado, y actuar como muro de contención de la profesión.
4. Facultar al supervisado para auto supervisarse para alcanzar la independencia profesional

# I. Cómo se conceptualiza la supervisión

Para Bernard y Goodyear (2019), la supervisión es un sistema de tres patas de relaciones que se modifica con el tiempo y la experiencia; estas relaciones se transforman en la medida en que los supervisados se arman con mayor competencia profesional, perfeccionando las habilidades de la profesión, y precisan de menor dirección supervisada.

Por su parte, Corey y colaboradores definen a la supervisión clínica como un proceso de observación y evaluación del proceso de consulta, y que es dado por un profesional tanto entrenado como experimentado, además de ser un competente profesionalmente en conocimientos y habilidades para el desarrollo profesional. La supervisión requiere de un equilibrio del supervisor respecto las oportunidades de desarrollo profesional para los supervisados, y la protección del paciente.



A la vez que los postulantes a adquirir competencias como terapeutas supervisados adquieren conocimientos en el arte de la práctica terapéutica, los profesionales que supervisan se desempeñan en el monitoreo en torno a la calidad del cuidado que

reciben los pacientes.

Así, uno de los principales objetivos en la supervisión es el andamiaje de un contexto en el que el supervisado pueda alcanzar la experiencia necesaria para ser un profesional independiente. Ciertamente, en la relación supervisor-supervisado no se trata de una relación equitativa sino jerárquica, siendo la evaluación la piedra angular.

La supervisión en su sentido más amplio incluye tanto la enseñanza como la consulta y la evaluación, en donde la relación de supervisión se extiende en el tiempo. La supervisión como especialización ha tenido una importante evolución; aquel que tuviera una experiencia clínica y habilidades para la consulta podía calificarse como supervisor. Los requisitos eran mínimos y el

énfasis estaba ubicado en los aspectos formales, véanse el cubrir un número de horas de entrenamiento y títulos de acreditaciones.

En muchas situaciones, los supervisores no alcanzan a disponer de un entrenamiento en supervisión, más allá de que existe una demanda como área de especialización en los programas de pregrado y posgrado.

Según la Association of State and Provincial Psychology Boards (s/f) de los Estados Unidos para poder ejercer la profesión de psicólogo, es preciso que se hayan cubierto un mínimo de 1500 horas de supervisión, e incluir un doctorado o posdoctorado.

## **II. Modelos de supervisión**

Podemos distinguir al menos tres categorías en el ámbito de la supervisión clínica y de la salud. En primer lugar, aquellos que fueron construidos desde los supuestos, principios e implicaciones prácticas de modelos de psicoterapia. Están inscritos los modelos de supervisión de terapia cognitivo conductual, la supervisión de la terapia psicodinámica, la supervisión narrativa, y la supervisión de la terapia familiar sistémica entre otros. Seguidamente se inscriben los modelos de los roles sociales, circunscritos a la descripción de los diferentes roles que el supervisor donde pueda ubicarse y, por tanto, adoptar; entre ellos, señalamos el modelo de discriminación.

En el tercer grupo de modelos de supervisión se encuentran los modelos de desarrollo; se caracterizan tanto en los terapeutas principiantes como en los supervisores en transición; estos se desarrollan por diferentes etapas, antes de alcanzar en convertirse en supervisores expertos.

Los autores Gonsalvez y Cavert (2014) indican que los modelos de competencias representan una cuarta categoría dentro de la supervisión psicológica; estos modelos parten y se sustentan en los avances de la pedagogía y la educación.

Por nuestra parte, vamos a enfatizar tres modelos. El subyacente a la teoría cognitivo-conductual, el modelo basado en las competencias y finalmente, el modelo más divergente y que trabaja en el propio vínculo que se produce en la intervención terapéutica en sí: nos referimos a la supervisión desde la mirada del psicoanálisis.

### III. La supervisión desde el modelo cognitivo-conductual

La supervisión en terapia cognitivo-conductual se encuentra en una etapa temprana de desarrollo, sobre todo si la ponemos en relación a la terapia psicoanalítica que cuenta con un dispositivo desde el inicio de su modelo terapéutico.

En este modelo cognitivo-conductual es importante la estimulación del aprendizaje y la retroalimentación mutua entre el supervisado y el supervisor; este último busca la formación y evaluación del supervisado a través del desarrollo de las competencias necesarios para la ejecución de la práctica, de la participación activa del alumno (mediante la experiencia del aprendizaje), de la utilización de medios y métodos de transmisión, y de la evaluación del conocimiento, enfatizando la retroalimentación mutua.

#### III.1. Evaluación de la supervisión

La supervisión precisa de una evaluación en la medida en que forma parte de una función formativa, ya que sus características de mejora y de ajuste del aprendizaje precisan sustentarse para alcanzar la función de adición; eso es, al final del programa, determinar el logro de ellos objetivos previstos al inicio.

Existen inconvenientes si no contamos con un proceso de supervisión; por ejemplo, el control de calidad del trabajo en salud mental depende de la capacidad de profesionales para proceder a la autoevaluación de sus competencias.

Al inicio y debido a la escasa experiencia profesional, los profesionales que se inician en la profesión sobrevaloran sus competencias alcanzando implicaciones negativas para la intervención ya que el novel corre el riesgo de tomar casos para los que aún no está preparado o quizá, también abordarlos de manera de ausencia de eficacia.

Igualmente, es preciso señalar que se las investigaciones evidencian que la autoevaluación es insuficiente como predictor de las competencias. El psicólogo que está en fase de entrenamiento no ha desarrollado un nivel adecuado de competencias no tiene la capacidad de identificar con precisión si él mismo o algún compañero alcanza o no las competencias precisas.

La capacidad de evaluar el desempeño ocupa un lugar central en la práctica, sin que exista dudas de que la supervisión es el contexto más apropiado para ello. Por tanto, la autoevaluación añadida a la evaluación por un supervisor confiere ser un método valioso para auspiciar precisión, profundidad y efectividad de las competencias.

Según Tsong y Goodyear (2014), la supervisión implica a todos los participantes en el proceso que conforman la triada en la supervisión: el supervisor, el supervisado y el paciente. Pero es preciso indicar que el proceso de evaluación tiene ventajas e inconvenientes; véanse que las competencias del supervisado durante su intervención pueden ser evaluadas tanto por el



supervisor como por el propio profesional, sin embargo, no por la persona que es atendida ya que está fuera de su ámbito de conocimiento de las competencias específicas necesarias para una intervención eficaz.

La evaluación con base en la autoevaluación (por el supervisado) puede convocar sesgos en la medida en que los profesionales aun inexpertos precipitan un exceso de optimismo sobre sí mismos que incumben a la exageración de sus competencias.

En las investigaciones se han expuesto tres criterios para la evaluación de la efectividad de la supervisión; el primero, la evaluación del supervisado. La segunda, el supervisor, y la tercera, la del paciente. Hemos indicado que la supervisión auspicia el aprendizaje de los supervisados, que alcanzará el criterio ubicado en los resultados que se dejan sentir como cambio en la ejecución profesional del supervisado debido efectivamente a la supervisión.

Estos cambios pueden incluirse tanto en asuntos personales como la motivación, autoeficacia y autoconciencia y en la implicación en el desarrollo de habilidades señalados en el SSI de Riggio donde se trata de un autoinforme que mide las habilidades básicas en la comunicación emocional

no verbal, al igual que las habilidades sociales verbales vinculadas con la competencia social. Finalmente, los cambios que influyen en los resultados en la capacidad para realizar intervenciones. Para ello, se puede instrumentalizar mediante la versión revisada del *Cognitive Therapy Escale* (CTS-R), donde es posible evaluar la adherencia al método de terapia como la habilidad de profesional de la salud

Desde el supervisor, la finalidad de la evaluación es que los supervisados valoren la satisfacción y efectividad del supervisor como colaborador del cambio en el interior de la supervisión. Para ello, se encuentra a nuestra disposición la escala *Supervision Evaluation and Supervisory Competence* (SE-SC). Esta escala se utiliza para medir la gama de competencias del supervisor mediante la apertura y el apoyo, conocimiento y experiencia como profesional, planificación de la supervisión, supervisión dirigida por objetivos, competencias restaurativas y conocimientos de la dinámica profesional-paciente.

Respecto de la evaluación que incumbe a la persona atendida, algunos estudios han medido los efectos del tratamiento en el paciente a través del Brief Symptom Inventory (BSI), Inventario de Depresión Beck (BDI-II).

### **III.2. Supervisión en terapia Cognitivo-conductual**

El objetivo de la supervisión es aumentar las habilidades de evaluación, conceptualización e intervención clínica del supervisado, igual que auspiciar la autoobservación y aprendizaje continuo desde el enfoque. Los objetivos específicos están dispuestos, desde el inicio, en la evaluación inicial hasta la aplicación terapéutica, estableciendo áreas de oportunidad que implican con contar con el momento para modificar las conductas necesarias durante el proceso y avance del supervisado.

Para sostener las fortalezas e identificar las áreas de oportunidad (habilidades, patrones de pensamiento o conductas específicas que una persona puede desarrollar con el objetivo de mejorar su bienestar) los objetivos se proponen a partir de la evaluación de las competencias que el supervisado tiene en su haber en su actualidad. por tanto, la supervisión tiene en cuenta el lugar en el que se encuentra en términos de aprendizaje, desarrollo y capacitación. A partir de este supuesto se alcanzan acuerdos acerca de las necesidades del supervisado y de las posibilidades del supervisor.

La existencia de sustento empírico para la descripción de los componentes específicos en la supervisión bajo el modelo del TCC es realmente escasa. La supervisión se entiende como la cooperación sistemática entre el supervisor y el supervisado bajo el objeto de mejorar las competencias profesionales del profesional novel con el fin de asegurar la realización eficaz del servicio al paciente que se atiende.

Las pautas de supervisión sugieren el uso de agendas, tareas, técnicas de resolución de problemas y retroalimentación.

Los supervisores tienen variadas responsabilidades entre las que se suman el bienestar de las personas y al mismo tiempo ayudar a los supervisados a entrenar las habilidades para convertirse en profesional que puedan ofrecer una atención competente. Ciertamente, no existe un perfil específico de un buen supervisor, pero las investigaciones apuntan a una serie de características que implican una buena práctica de esta tarea. Por ejemplo, el supervisor requiere ser un experto en su profesión que incluye contar con las habilidades adecuadas para la enseñanza y evaluación de las competencias que se precisan para la formación del futuro profesional de la salud. Por tanto, el supervisor debe de ser atento y comprensivo que cuente con un buen grado de empatía y apertura para dar una base segura de éxito de la relación y adecuada comunicación entre el supervisor y el supervisado.

Los supervisores en terapia asumen responsabilidades tanto como docentes, mentores y evaluadores; se precisa de rigor para el ejercicio de la supervisión. Russel y Petrie describen tres áreas en la que los supervisores precisan capacitarse:

1. Los modelos teóricos de supervisión
2. La literatura empírica sobre los procesos de supervisión
3. Los resultados esperados de un programa de supervisión, al igual que cuestiones éticas y legales.

El comportamiento del supervisor precisa de incluir ejemplos y modelos requeridos como el respeto, aceptación, empatía, seguridad, aprecio, aliento, congruencia, optimismo y franqueza. esta propuesta es en tanto el supervisor es el primer ejemplo para el supervisado de cómo se

debe de tratar a las personas que demandan atención psicológica. Se deriva que su actitud sirve como modelo para el supervisado.

Podemos añadir que el proceso de supervisión demanda apoyo, la evaluación objetiva, la enseñanza y considerar que la retroalimentación del supervisado es imprescindible. La demanda alcanza tanto a ser experto en la teoría, así como la identificación de los límites e incluso del conocimiento de la existencia de situaciones que requieren la búsqueda de ayuda externa.

### **III.3. Competencias del supervisado en la TCC**

Otra de las patas en las que se sustenta la supervisión son las competencias del supervisado. No



existen características estandarizadas acerca del supervisado; en cambio sí existe un consenso acerca de actitudes y comportamientos del profesional que pueden alimentar los propósitos de la psicoterapia TCC.

Desde el conocimiento se arma la competencia, siendo vital para el perfil del

profesional en formación. Las competencias previas son importantes en la formación en terapia, constituyendo una pieza central para la supervisión. Su evaluación se constituye como referencia para valorar el desempeño del supervisado a lo largo del proceso de supervisión.

La profesionalización conlleva la característica del entrenamiento, constituyéndose como vehículo por donde se desarrollan las competencias. El entrenamiento será el resultado de un proceso de aprendizaje que conllevará la integración de habilidades, conocimiento, actitudes y responsabilidades que demandan los perfiles profesionales.

Dentro de las competencias necesarias que se requieren en el profesional son reconocidas el conocimiento teórico, el comportamiento de calidad hacia el paciente atendido, la capacidad de utilización de estrategias terapéuticas concretas para mantener una relación, alcanzar el cambio y cumplir con las exigencias éticas.

En 2005, Rodolfa añade cuatro competencias para la terapia:

1. Relación terapéutica
2. Conceptualización del caso
3. Intervención
4. Autoconocimiento

Todas ellas como referentes de un campo de conocimiento y habilidades prácticas necesarias para la acción profesional dentro del ámbito de la Terapia cognitivo-conductual (TCC).

1. Es esencial para la terapia, implica el establecimiento de la llamada alianza terapéutica, esta es el mejor predictor del éxito en psicoterapia. Se evidencia en que la adherencia a las técnicas no es suficiente para alcanzar el éxito en resultados, al igual que una terapia competente requiere que los pacientes perciban a sus terapeutas como empáticos bajo una actitud de no ejercer juicio y congruente.

2. Es considerada una habilidad que se sustenta en el estudio de la teoría, pero también en el desarrollo de la experiencia práctica. Se ponen en juego en habilidades como la evaluación de fenómenos, la formulación significativa de hipótesis, la capacidad de vincular materiales, y la capacidad de preguntar sin sugerir un significado concreto.

3. Esta proviene de la conceptualización del caso. La competencia incluye:

1. La necesidad de evaluar una necesidad específica en una situación dada.
2. La capacidad de evaluar su efectividad y la de prever las respuestas a la intervención
3. Establecer procedimientos para afrontar la variedad de respuestas posibles
4. Este responde a la capacidad del terapeuta para identificar sus tareas de oportunidad en la práctica clínica, al igual que acceder al saber de abordar o no una situación, implicando el reconocimiento de las propias emociones y su regulación.

#### **III.4. Instrumentos de evaluación**

La Escala de Supervisión Clínica de Manchester (MCSS). El objetivo es medir la percepción de los supervisados sobre la efectividad de la supervisión. es mediante una escala Likert. Tiene siete sub-

escalas; sus puntuaciones altas reflejan un alto grado de calidad y efectividad en las dimensiones evaluadas.

□ El Cuestionario de Alianza (HAQ-II), de Luborsky, Barber, Siqueland, Johnson, Najavits, Frank y Daley en 1996. Su objetivo es medir la Alianza terapéutica mediante una escala Likert.



□ La Escala de Terapia Cognitiva (CTS) de Young y Beck en 1980. Pretende evaluar la competencia del terapeuta en la terapia cognitiva para la depresión. es una escala respondida por un observador, el supervisor. Esta escala busca dar cuenta del cumplimiento y habilidad para aplicar los métodos de la terapia cognitiva al igual que las habilidades terapéuticas relacionadas con la Alianza terapéutica.

□ La escala de Adherencia y competencia de YAÑE (YACS), de Carroll y colaboradores en el año 2000. Es un sistema utilizado para calificar la adherencia y competencia del terapeuta en la puesta en juego de las TCC para los trastornos por el uso de sustancias. Se componen de 55 ítems, de tres escalas que pretenden evaluar tres aspectos generales del tratamiento del abuso de drogas.

□ La Escala de resultados de supervisión (SOS). Utiliza la visión del supervisado para evaluar la efectividad de la supervisión. Tsong y Goodyear construyen el instrumento a partir del objetivo de su evaluación que son los resultados de la supervisión. estos autores generaron un conjunto de reactivos que a fortiori fueron evaluados por tres jueces expertos mediante la técnica de Delphi, para recabar sus opiniones acerca de redacción, escala y claridad.

Esta prueba tiene una escala tipo Likert en no es útil en lo absoluto hasta extremadamente servicial; opera con cinco elementos centrados en la percepción del supervisado sobre el impacto de la supervisión en su crecimiento profesional.

## IV. Modelo de supervisión de competencias

Los modelos de competencias ponen el énfasis en la definición sistemática de las competencias (véanse los resultados del aprendizaje que se ponen en juego en el proceso de supervisión; se identifican las habilidades, los conocimientos y los valores que forman una competencia profesional, al igual que las estrategias de aprendizaje y procedimientos de evaluación). Ello facilita la identificación de estándares de competencia sustentado en la llamada evidencia.

El corpus teórico que subyace a estos modelos se basa en que las capacidades complejas e integradas tienen la opción de ser examinadas en términos de sus elementos constitutivos, de sus efectos combinados e interactivos. De ahí que tenga la derivada de que las competencias pueden representarse en una matriz de dimensiones, dominios de competencia y niveles de formación.

#### **IV.1. Características del enfoque de supervisión basado en competencias (APA, 2014)**

A continuación, señalamos las características que han sido articuladas desde la APA.

- "1. Implica la creación de un marco y método para iniciar, desarrollar, implementar y evaluar el proceso y los resultados de la supervisión.
2. Supone que los supervisores tienen el conocimiento, las habilidades y las actitudes para llevar a cabo una supervisión de calidad.
3. Los supervisores tienen los conocimientos, las habilidades y los valores con respecto al multiculturalismo, la diversidad, las cuestiones legales y éticas; y en su caso para tomar decisiones respecto a los supervisados que no cumplan con los criterios de desempeño.
4. Los supervisores tienen el conocimiento y las habilidades respecto a las teorías y los procesos implicados en la supervisión grupal, individual y a distancia.
5. Es un enfoque meta teórico que identifica explícitamente los conocimientos, habilidades y actitudes que comprenden las competencias clínicas, las estrategias y procedimientos de evaluación.
6. Cumple con criterios de competencia, estándares consistentes con las prácticas basadas en la evidencia (regulaciones), y las normas locales/culturales en el ambiente clínico".

La supervisión en competencias implica una relación de colaboración que tiene componentes facilitadores y evaluativos, y que se desarrollan a lo largo del tiempo, algunos de los objetivos que tienen como finalidad garantizar una práctica psicológica eficaz, segura, ética y basada en la evidencia, promoviendo el desarrollo progresivo del psicólogo en formación y protegiendo el bienestar de los pacientes, son:

### **1.Desarrollo de competencias clínicas centrales**

- ☐ Adquirir y consolidar competencias en evaluación psicológica, diagnóstico clínico y formulación de casos
- ☐ Integrar teoría psicopatológica, modelos explicativos y práctica clínica
- ☐ Desarrollar habilidades de intervención psicológica ajustadas al caso y al contexto

### **2. Garantía de seguridad del paciente y calidad asistencial**

- ☐ Prevenir intervenciones inadecuadas o iatrogénicas
- ☐ Asegurar el respeto a los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia
- ☐ Supervisar la adecuación de las técnicas utilizadas a la evidencia científica disponible
- ☐ Detectar riesgos clínicos (suicidio, violencia, descompensaciones graves)

### **3. Desarrollo del razonamiento clínico y la toma de decisiones**

- ☐ Entrenar el razonamiento clínico complejo, evitando la aplicación mecánica de protocolos
- ☐ Mejorar la capacidad de:
- ☐ Formular hipótesis clínicas
- ☐ Revisarlas a la luz de la evolución del caso
- ☐ Tomar decisiones terapéuticas fundamentadas
- ☐ Diferenciar síntomas, síndromes y diagnósticos diferenciales

### **4. Competencia en evaluación y formulación clínica**

- ☐ Aprender a seleccionar e interpretar adecuadamente:

- ☐ Entrevistas clínicas
- ☐ Pruebas psicométricas
- ☐ Instrumentos proyectivos (cuando proceda)
- ☐ Integrar información multifuente
- ☐ Elaborar informes psicológicos claros, precisos y responsables

## **5. Competencia relacional y alianza terapéutica**

Desarrollar habilidades de:

- ☐ Escucha clínica
- ☐ Empatía profesional
- ☐ Comunicación terapéutica
- ☐ Gestionar dificultades en la alianza terapéutica
- ☐ Reconocer y trabajar fenómenos transferenciales y contratransferenciales (recogido del corpus teórico de la teoría psicoanalítica)

## **6. Integración de la ética y la deontología clínica**

- ☐ Garantizar el cumplimiento del Código Deontológico del Psicólogo
- ☐ Supervisar la confidencialidad, el consentimiento informado y los límites profesionales
- ☐ Ayudar a identificar y resolver dilemas éticos complejos
- ☐ Prevenir prácticas negligentes o fuera del ámbito competencial

## **7. Regulación emocional del clínico y autocuidado profesional**

- ☐ Ayudar al supervisado a manejar el impacto emocional del trabajo clínico

Detectar signos de:

- ☐ Burnout

- ☐ Fatiga por compasión
- ☐ Implicación emocional excesiva
- ☐ Fomentar estrategias de autocuidado y supervisión continuada

## **8. Ajuste al rol profesional y al contexto sanitario**

- ☐ Clarificar funciones y responsabilidades del psicólogo clínico



### Facilitar la adaptación a:

- ☐ Dispositivos sanitarios
- ☐ Trabajo interdisciplinar
- ☐ Marco institucional y legal
- ☐ Desarrollar una identidad profesional sólida y realista

## **9. Evaluación del progreso competencial**

- ☐ Valorar de forma sistemática el nivel de competencia clínica alcanzado
- ☐ Identificar áreas de mejora específicas
- ☐ Diseñar planes individualizados de desarrollo profesional
- ☐ Fundamentar decisiones formativas y acreditativas

## **10. Promoción de la autonomía clínica responsable**

- ☐ Facilitar el paso progresivo de una práctica tutelada a una práctica autónoma
- ☐ Fomentar la responsabilidad profesional
- ☐ Consolidar la capacidad de autocritica y aprendizaje continuo
- ☐ Preparar para el ejercicio independiente de la psicología clínica

## **IV. 2. Características de la supervisión basada en competencias**

La supervisión está sustentada en competencias se define por un enfoque estructurado, evaluativo y formativo, orientado a garantizar que el profesional en formación adquiera, demuestre y consolide las competencias necesarias para una práctica clínica eficaz, ética y segura.

A continuación, señalamos algunas de estas características:

### **1. Orientación explícita a competencias observables**

Se centra en competencias claramente definidas, no solo en conocimientos teóricos.

Las competencias incluyen:

- ☐ Saber (conocimientos)
- ☐ Saber hacer (habilidades)
- ☐ Saber estar (actitudes profesionales)
- ☐ El desempeño es observable y evaluable en la práctica clínica real.

### **2. Enfoque progresivo y evolutivo**

- ☐ Considera el desarrollo profesional como un proceso gradual
- ☐ Adapta la supervisión al nivel de competencia del supervisado
- ☐ Promueve una transición progresiva:
- ☐ Dependencia → autonomía supervisada → autonomía responsable

### **3. Evaluación sistemática y continua**

- ☐ Incorpora evaluación continua del desempeño, no solo al final del proceso formativo
- ☐ Utiliza criterios explícitos y compartidos

Permite identificar:

- ☐ Fortalezas
- ☐ Déficits competencias

- ☐ Necesidades formativas específicas

#### **4. Retroalimentación estructurada y formativa**

- ☐ La supervisión incluye feedback regular, específico y constructivo
- ☐ La retroalimentación se basa en:
  - ☐ Conductas observadas
  - ☐ Casos clínicos reales
  - ☐ Indicadores de competencia
- ☐ El feedback tiene una función formativa, no punitiva

#### **5. Integración de teoría y práctica clínica**

- ☐ Favorece la aplicación del conocimiento teórico a situaciones clínicas reales
- ☐ Promueve la formulación clínica frente a la aplicación mecánica de técnicas
- ☐ Facilita la transferencia del aprendizaje al contexto asistencial

#### **6. Centralidad del razonamiento clínico**

Da prioridad al desarrollo del razonamiento clínico complejo, analiza:

- ☐ Toma de decisiones
- ☐ Hipótesis diagnósticas
- ☐ Elección de intervenciones
- ☐ Evita la supervisión centrada únicamente en procedimientos técnicos

#### **7. Atención prioritaria a la ética y la seguridad del paciente**

Integra de forma explícita:

- ☐ Principios éticos
- ☐ Normativa legal

- ☐ Código deontológico
- ☐ La protección del paciente es un objetivo central
- ☐ Supervisa la gestión del riesgo clínico (suicidio, violencia, crisis)

## **8. Uso de múltiples fuentes de información**

Se apoya en diversas evidencias:

- ☐ Observación directa
- ☐ Grabaciones (cuando es éticamente viable)
- ☐ Informes clínicos
- ☐ Discusión de casos
- ☐ Autoevaluación del supervisado
- ☐ Evita valoraciones basadas en una única fuente

## **9. Promoción de la autorreflexión profesional**

- ☐ Fomenta la reflexión crítica sobre la propia práctica

Desarrolla metacompetencias:

- ☐ Autocrítica
- ☐ Reconocimiento de límites
- ☐ Aprendizaje autorregulado
- ☐ El supervisado es un agente activo del proceso formativo

## **10. Claridad en roles, objetivos y expectativas**

Define de forma explícita:

- ☐ Los objetivos de la supervisión
- ☐ Responsabilidades del supervisor y del supervisado

- ☐ Criterios de evaluación
- ☐ Reduce la ambigüedad y aumenta la transparencia del proceso

### **11. Individualización del proceso supervisor**

Ajusta la supervisión a:

- ☐ Características personales del supervisado
- ☐ Estilo clínico
- ☐ Contexto asistencial
- ☐ Reconoce que no todos los profesionales adquieren competencias al mismo ritmo

### **12. Orientación a la práctica profesional real**

- ☐ Está directamente vinculada al ejercicio profesional
- ☐ Prepara para contextos reales de intervención clínica
- ☐ Facilita la inserción laboral y la práctica independiente responsable

## **IV.3. Los siete dominios de la supervisión basada en competencias (APA, 2014)**

La supervisión basada en competencias se estructura en dominios fundamentales que permiten organizar, evaluar y desarrollar el desempeño profesional del psicólogo clínico de manera sistemática y segura.

### **A. Dominio de la competencia clínica y técnica**

Este dominio incluye el dominio de técnicas, modelos terapéuticos y procedimientos clínicos.

Se refiere a la capacidad del supervisado para realizar una evaluación psicológica adecuada, para formular hipótesis diagnósticas coherentes, diseñar e implementar intervenciones basadas en la evidencia y ajustar la intervención a la evolución del caso.

### **B. Dominio del razonamiento clínico**

Es un dominio central que diferencia la práctica experta de la aplicación mecánica de protocolos.

Hace referencia a la capacidad para integrar información compleja, a la elaboración de formulaciones clínicas, de tomar decisiones terapéuticas fundamentadas y de revisar hipótesis a



la luz de nuevos datos

### **C. Dominio de la relación terapéutica y competencias interpersonales**

Este dominio reconoce que la relación terapéutica es un factor esencial del cambio clínico.

Incluye el establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica, las habilidades de comunicación clínica, la empatía profesional y

escucha activa y el manejo de dificultades relacionales en terapia

### **D. Dominio ético, legal y deontológico**

La supervisión en este dominio protege tanto al paciente como al profesional.

Abarca tanto el conocimiento y aplicación del Código Deontológico como el respeto a la confidencialidad y al consentimiento informado, a la Identificación y manejo de dilemas éticos y a la actuación ajustada al marco legal y sanitario

### **E. Dominio del manejo del riesgo y la seguridad clínica**

Es un dominio crítico en Psicología Clínica.

Se centra en la capacidad para detectar y valorar riesgos clínicos (suicidio, violencia, autolesión), para actuar de forma preventiva y proporcionada, para derivar o coordinarse con otros profesionales cuando es necesario y el priorizar la seguridad del paciente

### **F. Dominio del desarrollo profesional y autorreflexión**

Este dominio favorece la consolidación de una identidad profesional madura.

Incluye la capacidad de autoobservación y autocrítica, el reconocimiento de límites competenciales, el uso constructivo del feedback y el compromiso con el aprendizaje continuo

### **G. Dominio del autocuidado y gestión emocional del profesional**

La supervisión reconoce que el bienestar del profesional es un requisito para una buena práctica clínica.

Hace referencia a la regulación emocional del clínico, al manejo del impacto del trabajo terapéutico, a la prevención del burnout y la fatiga por compasión y, finalmente, al establecimiento de límites saludables en la práctica clínica

## **V. La supervisión desde la orientación psicoanalítica**

Haciendo una analogía, el pensamiento psicoanalítico es un ser vivo, heterogéneo, abierto a los diversos discursos que se producen en el mundo al igual que se alimenta del contexto donde se pone en juego. Se relaciona y convive con diversas teorías, con diferentes prácticas, construcciones clínicas y teóricas etc. Si no se nutriese y viviese en este contexto, su devenir llevaría a su propia de-construcción, tal como concurre en los sistemas vivos que dejan de alimentarse y de estar abiertos y vinculados a lo que viene del contexto. En la actualidad, conviene reconocer la existencia de una pluralidad de prácticas que tienen lugar bajo el nombre del psicoanálisis.

La supervisión es una de las tres patas e las que se sustenta el aprendizaje del oficio del psicoterapeuta de orientación psicoanalítica. En ese espacio se maneja con una versión de lo acontece en otro espacio que es la consulta del paciente con el supervisando.

No se ocupa de una visión superior del trabajo clínico llevado a cabo por el supervisando, sino de otra visión. En ese espacio se ponen en juego las visiones de los sujetos que conforman esta escena, esto es el supervisando, el supervisor y el paciente. Entre estos actores se producen vínculos, como en el proceso psicoterapéutico supervisado donde se va armando esta trama intersubjetiva. Lo que ocurra en esta escena conllevará un reflejo en el proceso terapéutico y viceversa.

En el proceso de supervisión, se dan transferencias y contratransferencias que giran entre el paciente, el supervisando y el supervisor. En el caso de que la supervisión se encuentre inscrita en un Curso de Postgrado, igualmente se precipitarán transferencias con la institución, y viceversa. Es un espacio de reflexión que abre la posibilidad de un análisis crítico de la clínica psicoterápica psicoanalítica.

Supervisar implica escuchar a un psicoterapeuta en formación, también que demanda otra mirada con el objeto de alcanzar un desarrollo de su capacidad terapéutica, mediante un proceso de investigación tras las sesiones tenidas y que formaliza de lo ocurrido en la sesión, del juego de transferencias y contratransferencias, de las psicopatologías en juego, del vínculo con el paciente.

En este juego intersubjetivo permite revisar las complejidades que se precipitan en el padecimiento subjetivo que se actualiza hoy en día para dar un sentido al sufrimiento individual, en el contexto de que la cultura actual también está en crisis. Esto conlleva nuevas precipitaciones sintomáticas que demandan un escuchar diferente del sujeto en análisis, del supervisando y del supervisor.

Si algo emerge es la presentación de una subjetividad que se caracteriza por lo negativo, patologías en las que prevalece el vacío, la nada, un destino trágico del funcionamiento psíquico y el pasaje al acto. Tomamos contacto con los efectos de lo desligado y lo no ligado de la pulsión de muerte en la violencia destructiva y autodestructiva, la sensación de vacío, la nada, fundamentalmente en pacientes límites.

la supervisión tiene como primer objetivo proteger al profesional para que lleve a cabo lo mejor posible su trabajo optimizando sus funciones, compartiendo responsabilidades y debatiendo dificultades y, como segundo objetivo disponer de un aprendizaje vivencial en el que se pueda articular teoría y técnica, de tal que permita sostener la actividad asistencial en un continuo aprendizaje y desarrollo de la profesión.

### **V.1. ¿Qué es supervisar?**

La palabra supervisión deviene del latín super y videre, que significa “ver por encima”. Nos lleva a decir que es una actividad de vigilancia, de inspección. Su origen etimológico ha precipitado un debate sobre si es acertado referirse a ella de este modo, porque evoca un aspecto superyoico.

Daurella (2011) propone: “Quizás podríamos cambiarle el nombre y hablar de que es para sugerir una experiencia más relacionada con el placer del descubrimiento compartido, de celebrar la aparición de dudas, de cuestionamientos, como estímulo para ir aproximándonos a una comprensión, aceptando que nunca será completa”.

Para Carroll (2009) la súper-visión es pensada como una manera de maximizar las posibilidades y dar un enfoque nuevo ("nueva visión"). Para este autor, se trata de una oportunidad especial, "súper", que nos permite volver a pensar sobre nuestro trabajo, también para evitar repeticiones que empobrecen nuestra actividad profesional.

La supervisión es pensar juntos, bajo la característica de que esta actividad está vinculada a una jerarquía y verticalidad. Esto es, al supervisor se le reconoce una experiencia y un saber. Ciertamente, se va a producir ansiedades que devienen de la interacción de ambos actores y la



forma en que se resuelvan pueden ofrecer una experiencia enriquecedora o no. Quizá puede devenir que, dada la situación jerárquica que se tiene como supervisor, tenga prevalencia la crítica y el enjuiciamiento, alcanzando a convertirse en una experiencia que no va a ayudar a la libertad de pensamiento, o de pensamiento entre-dos, sino a lo

opuesto, y que va a derivar en un pensamiento inhibido (Balint, 1947).

También desde el posicionamiento del supervisado se pueden precipitar ansiedades primitivas porque en estas circunstancias está en una situación de extrema sensibilidad frente a los signos de aprobación o desaprobación. El buen supervisor es aquel que conociendo esta situación puede contribuir a disminuir las ansiedades que pueden ser un obstáculo para el aprendizaje de la experiencia.

En la supervisión el profesional explica una situación elegida de su experiencia, que el supervisor ciertamente no puede observar, sino escuchar, teniendo la ventaja de la retrospección. Esto para Carroll "consistiría en la habilidad de pensar sobre el pasado, en el presente, para el futuro".

Existen dos situaciones que se entretajan en la misma; primero, la experiencia relacional que se presenta, que es la que se recuerda y la segunda que es la que sucede en el aquí y ahora con el supervisor.

Además, la relación con el supervisor, del mismo modo que otra relación personal, está teñida de relaciones transferenciales, es decir, con ambivalencias, resistencias, conflictos y presiones externas e internas entre agentes de la escena. Ambos están expuestos a los aspectos inconscientes de la comunicación.

La presencia de estos aspectos metacomunicacionales puede irse resolviendo o acentuando en función de la interacción y la capacidad del supervisor para abordar el aprendizaje. Vale decir que tal cómo se desarrolle la relación, puede ser una experiencia creativa y formativa o puede desviarse a otras posibilidades, alcanzando a una experiencia de pseudo-aprendizaje, en una imitación y repetición del pensamiento y de la técnica del supervisor o también que desde el posicionamiento del supervisor use el material presentado para afianzar sus puntos de vista teóricos.

Para el autor ya mencionado Carroll (2009) supervisar es una ciencia y un arte: "es una de aprendizaje. No es alguien llamado supervisor que hace o dice algo a otro llamado supervisado. Es un proceso de dos".

Si pensamos en la supervisión como en un espacio para reflexionar sobre la tarea asistencial no solo es vital en los inicios de la profesión, sino que también da para ser una actividad constante en el quehacer cotidiano del trabajo con personas. Permite un proceso de madurez del profesional estando presente una relación de cooperación. Desde esta perspectiva, es un continuo enriquecimiento en la comprensión de las relaciones humanas. Por el contrario, su ausencia puede derivar a una actitud rígida, a pérdidas de competencias en la actividad asistencial y, por tanto, a un obturamiento tanto personal como profesional.

Otros autores toman la supervisión (Horn, 1957) señalando que "es un proceso complejo realizado por un analista experimentado cuyo objetivo es capacitar a otro analista con menor experiencia a ser lo más efectivo posible en su tarea de beneficiar al paciente".

En su caso, Russel-Anderson y McLaughlin (1963) consideran que "es una experiencia de aprendizaje en la que un analista está compartiendo con un colega los frutos de su conocimiento clínico, así como clarificando su pensamiento y su técnica".

Blomfield dice que “La supervisión debe funcionar como un proceso capacitador, actuando el supervisor como elemento que facilita el desarrollo técnico como personal” (1985).

Grinberg (1986) habla de que la supervisión es incrementar el instrumento clínico del estudiante, integrando teoría y clínica. Para él se trata de un aprendizaje vivencial que produce valor en el supervisado y también al supervisor.

Para concluir sobre los pesadores sobre la supervisión Murphy (2009) aporta una visión metafórica formulando que es “sencillamente la pareja de baile de nuestro trabajo”.

Concluyendo, la supervisión es una tarea clave en nuestro trabajo, un espacio que permite el cuestionamiento, el pensamiento abierto, la asociación, los interrogantes que permiten avanzar o al hacer de Freud, siempre al tanto de las posibles revisiones, que se inscribe en una relación que da lugar a un aprendizaje experiencial y transformador.

## **V.2. Abordaje de la supervisión**

Inicialmente, tanto el supervisor como supervisado se ubican ante una situación novedosa. Este momento demanda del supervisor un conocimiento de la dinámica de esta relación con el objeto de llevarla a cabo lo mejor posible.

En la medida que se instale una buena relación, el supervisado se defenderá menos, aumentará su capacidad de observación y el material que traiga resultará más fructífero. Ciertamente, el proceso se desarrollará en dependencia del estilo, filosofía y personalidad del supervisor.

La función en la que está inscrito es la creación de un espacio de reflexión productiva. El supervisor tendrá el lugar de ocupar adicionalmente un espacio de pensamiento, pero en ningún sustituir el pensamiento del supervisado. Le podrá ayudar a relacionar el material clínico con aspectos teóricos.

Existen diferentes posibilidades de acceso para abordar la tarea de supervisar. Es viable focalizar la atención en el objeto supervisado (paciente-grupo-institución) enfatizando las intervenciones en la técnica y en la comprensión teórica; o bien, prestando nuestra atención en la interacción de lo que está sucediendo en el aquí y ahora (véase los puntos ciegos y los movimientos transferenciales y contras transferenciales), y el enactment; este es como una forma de comunicación inconsciente entre paciente y analista, donde se enfatiza el aspecto expresivo del mismo. Se lo ha

diferenciado del acting out freudiano, que se caracteriza por manifestarse a través de conductas burdas o impulsivas, en contraposición con las sutiles actividades interpersonales que definen los enactment).



Esta perspectiva se la debemos a las aportaciones de Klein y de los autores postkleinianos sobre los fenómenos inscritos en la proyección: identificación proyectiva-introyectiva, transferencia/contratransferencia, enactment. La posibilidad de identificar en el aquí y ahora la repetición de los movimientos y matices relacionales de lo que pasó en la escena original del tratamiento, aportando la posibilidad de que sea una ocasión

única para hacer de la supervisión una experiencia vivencial y que realice una apertura a nuevas posibilidades de comprensión.

Para Canestri (2012), la supervisión es el escenario de los enactments donde se actúa la relación supervisada. Por ejemplo, en una supervisión individual, donde el objeto es una sesión de psicoterapia individual y el foco de la consulta se centraba en el estancamiento del proceso terapéutico. Ciertamente en la supervisión se promueven muchos elementos presentes en la sesión y terapeuta supervisados, pero destacamos el siguiente aspecto para ayudar a visualizar lo que estaba funcionando en la relación terapéutica y que se transfirió al espacio de supervisión.

El terapeuta detalla su desorientación por la gran cantidad de detalles y comentarios de su paciente. En esta comunicación, el supervisor, fuera de su estilo habitual, se percibe ofreciendo un exceso información técnica y teórica al supervisado. De ello, se puede observar cómo

inconscientemente, en el aquí y ahora de la relación, se volvía a poner en juego, por medio del enactment, una situación equivalente.

Ambos enfoques tienen ventajas y desventajas. También pueden ser dos actitudes opuestas que pueden precipitar una limitación para el aprendizaje. Si tomamos como objeto solo el ocuparse del paciente, corremos el riesgo de descuidar la relación terapéutica entre terapeuta y paciente; en este enfoque el supervisor despliega su forma de entender el caso ausentándose la relación terapéutica.

El otro extremo se sitúa en señalar las propias dificultades contratransferenciales, corriendo, en este caso, el riesgo de ser intrusivo o de acaso poder convertir la supervisión en un espacio terapéutico. A este filo, Grinberg (1986) señala que conviene tener claro que hay una distancia corta entre supervisar e interpretar. También, que señalar no es interpretar. Por ello, su recomendación pasa por diferenciar los procesos comunicativos del paciente vinculados con la relación paciente-terapeuta y que devienen en ser intervenidos en la supervisión, de otros tipos de comunicación que movilizan sentimientos contratransferenciales que se vinculan con la personalidad del supervisado; es justamente esto que pertenece a otro espacio para que pueda ser dilucidado en tanto pertenece a la intimidad del supervisado.

Schlesinger (1981), restringe a que el supervisor pueda señalar la posible dificultad de los aspectos personales del terapeuta en el momento en que el terapeuta se muestre incapaz de hacer efectivo el uso de la información para corregir lo que está obstaculizando su funcionamiento como terapeuta.

Ya Racker (1957) puso en observación que una fuente de la contratransferencia del terapeuta con el paciente emerge de su relación con los supervisores y maestros. La definió como contratransferencia indirecta.

En definitiva, conviene indicar que las intervenciones en general facilitan aclarar los puntos ciegos en la relación con el paciente, donde esta eficacia es en beneficio tanto para el terapeuta como para el paciente. Estas circunstancias hacen de la supervisión una experiencia vivencial con capacidad de transformación y aprendizaje. Es posible bajo la figura de un supervisor sensible,

con acceso a los aspectos inconscientes de esta relación y en un marco de honestidad ética a la tarea a llevar a cabo.

### **V.3. Formación académica, supervisión y experiencia**

Es, realmente, una minoría de Universidades que incluyen la Supervisión clínica en psicología como parte del proceso formativo. Sin embargo, nos parece incuestionable la pertinencia de esta inclusión porque representa una parte fundamental del proceso formativo. En la instancia de la supervisión convergen aspectos didácticos que se han puesto en juego a lo largo de la formación y la intervención terapéutica que se genera en el contexto de la praxis.

Entre la didáctica y la acción terapéutica transita la experiencia. Algo que es demandado por la sociedad para con los noveles profesionales, o para profesionales en ejercicio, es que tengan experiencia por anticipado para que puedan operar con los sujetos en dificultades. También la ciencia aporta la experiencia de los sabios, detentores de un saber que no es cuestionable, y, por fin, los noveles que desean tener experiencia y los terapeutas ya rodados que desean compartir espacio en el Olimpo de los sabios.

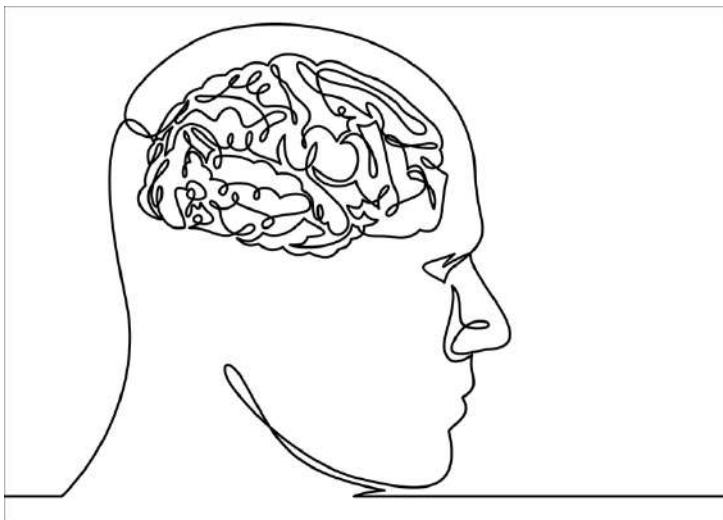
Una vez que queremos transitar por la experiencia, nos topamos con inquietudes que se tornan obstáculos.

Uno de los más directos con los que se topa la experiencia se precipita a partir del deseo de controlar a través del saber académico y, además, ante la emergencia de la angustia por no saber.

En el ámbito académico, las ciencias y sus postulados van por delante de cualquier otra consideración, hasta el punto de que se establecen pares antitéticos: saber popular-saber técnico/intelectual, saber objetivo-saber subjetivo. El resultado de ello es que se pone en juego un dispositivo académico de enseñanza que confronta al sujeto respecto de la ciencia y de su subjetividad, alcanzando a proponer dos modelos de saber muy distintos. No solo está la propuesta de dos saberes, sino que se estimula la erradicación del saber subjetivo, y, por tanto, de la concepción del sujeto.

La psicología vinculada a esta visión científica, positivista, opera con el saber apegado a una verdad de corte absoluto. Esta verdad viene dada por una constatación externa al sujeto, bajo la

consecuencia de que el terapeuta se convierte en un consignatario de la verdad, a un paso de traducirse en fedatario.



Esta consignación se le otorga al terapeuta mediante la autoridad de un saber que ya está prefijado de antemano (por eso es absoluto) sin permitir atajo alguno. Esto se confronta con la propia posición del postulante en formación al escuchar el relato del consultante porque no puede hacerlo bajo la consigna de conceptos, clasificaciones y

categorías. Si lo hiciese bajo este supuesto, se ubicaría en la parte didáctica, pero no en la clínica y es entonces cuando la intervención no va. Conviene que ante la emergencia de la escucha ocupe el lugar de la atención flotante. Y, entonces, el supervisor, terapeuta ya consignado, ¿no tendría que hacer algo equivalente con el supervisado?

Si el supervisor actúa como consignatario de la verdad, se puede convertir en la verdad misma, bajo la fórmula de un notario que constata el proceder del practicante novel con el consultante, es decir, mediciones y la certeza.

Esta consecuencia positivista sobre el lugar del terapeuta es contrapuesta a la postulación de Lacan del Sujeto Supuesto Saber (s.s.s.). Durante un trayecto largo el terapeuta se ubica en esta posición s.s.s. para *finalmente destituir-se* del lugar del saber.

La ciencia y el modelo social actual apuntan a la certeza. Esta debe de ser absoluta, o si se quiere medible, evaluable, cuantificable. El ideario de la formación en Psicología de la Salud parte del postulado de que lo subjetivo no es estandarizable, queda fuera de lo medible, y desde ahí ya directamente queda expulsado y denostado.

El problema, que nos dice muy bien Agamben, es que *la experiencia es incompatible con la certeza*. Si convertimos la experiencia en medible y certera, la experiencia pierde absolutamente su particularidad y autoridad.

En el ideario de la ciencia está la expropiación de la experiencia (Agamben). En su nacimiento, la ciencia se ha apoyado en la desconfianza hacia la experiencia tal como ha sido entendida tradicionalmente.

Este mismo autor postula la pobreza de la experiencia en la época actual; no porque el pasado forme parte de la nostalgia o sea mejor, o lo idealicemos, o porque en el presente las experiencias sean insignificantes; más bien al contrario: la actualidad es rica en acontecimientos significativos; en cambio, existe una incapacidad de pasar dichos acontecimientos a la experiencia. Por ello, resulta insoportable la cotidianidad, nos dice Agamben; *la insoportable levedad del ser*, apunta el escritor Milan Kundera.

Este achicamiento de la experiencia se expresa en lo cotidiano, teniendo sus implicaciones en distintos ámbitos sociales, siendo de forma marcada y privilegiada en el marco de la producción y transmisión del conocimiento.

Hay que aclarar que la experiencia es algo que va más allá de ser un proceso de conocimiento, de eso hay mucho, y de implementación de habilidades y destrezas. En el campo que nos ocupa, psicológico-clínico, es la capacidad de preguntarse sobre aquellos aspectos inconscientes que se precipitan como obstáculos en el lazo transferencial. Por eso, a la experiencia le corresponde la inquietud de la pregunta.

La inflexión a la que nos apunta Agamben es que esta travesía actual de lo social y de la ciencia a partir de la postulación de la verdad científica y de su sobrevaloración nos exilia como sujetos de la experiencia misma y nos aboca a la desobjetivización.

Por fin, nos encontramos en el tramo de indicar que la apuesta positivista conforma la supervisión psicológica en psicología bajo el auspicio de una intervención clínica, terapéutica, mediable y cuantificable erradicando lo subjetivo y la experiencia.

Así, es habitual definir y contextualizar la supervisión como un tipo de intervención evaluativa acerca del desempeño del terapeuta. Esta intervención se propone alcanzar varios objetos:

- Mecanismo de control de calidad de las intervenciones realizadas en el marco terapéutico
- Un espacio que facilita la eficiencia del trabajo clínico
- Indicación de las competencias anudadas al trabajo clínico
- Despliegue de soporte emocional al terapeuta.

Este último objeto no debe confundirse como parte que sustituye a la terapia propia del terapeuta.

#### **V.4. Supervisión y transferencia**

La posición del terapeuta alcanza todo su valor cuanto adquiere la capacidad de diferenciarse, y separarse, de la propuesta científica, médica o psiquiátrica. Se separa para transitar por un discurso propio. Esta capacidad le sobreviene por *la transferencia*, aquello que es más peculiar y propio del trabajo terapéutico. El terapeuta se propone, ocupa el lugar, que permite que el consultante deposite en su persona las expresiones de lo reprimido, además de lo que escapa a la rememoración.

Este lugar permite acceder a la propuesta de entender la supervisión de casos clínicos como un dispositivo que no se ubica en posición de evaluar la eficiencia del terapeuta en el trabajo psicológico, sino que se dirige a los agujeros que tiene la escucha del terapeuta en su posición frente al consultante. El supervisor tomará como trabajo el operar en torno al lazo transferencial entre el terapeuta y el consultante.

El supervisor podrá articular el lazo transferencial anudado a las intervenciones que realiza el terapeuta frente al consultante, incluyendo la función de cuestionar-escuchar como forma de soportar el trabajo psicológico frente al relato del consultante.

#### **V.5. Transferencia y experiencia**

Leff postula que escuchar el lazo transferencial implica advertir las marcas del tizne que deja la operación de *“estar juntos en la misma chimenea”*. Estar advertido conlleva el tener la capacidad de leer los efectos de esta posición que nos ayudará a intervenir sobre ella.

La experiencia será aquello que nos deja como marca el lazo transferencial, a ella tenemos que dirigir nuestra lectura, tanto desde el lado del supervisor como desde el terapeuta que escucha

el relato. Larrosa indica que es incapaz de experiencia aquel a quien no le pasa nada, a quien nada le toca y *no se deja tocar*.



La experiencia supone un acontecimiento cuando descubrimos que estamos impregnados en el lazo transferencial. Esta experiencia se abre a un pensamiento listo para la

acción, se presenta opuesto a la repetición, transforma posiciones; no hay imposiciones externas sobre este marco, no están definidas por ese exterior dando lugar a un proceso subjetivo único.

Al inicio de este texto indicábamos la pertinencia de indicar las dos posiciones posibles en supervisión, la académica y la propiamente clínica; ciertamente, en la primera también va a ser intervenida por la clínica, en cambio hay que tener en cuenta los efectos de los requerimientos del marco formativo-didáctico. Aun así, bajo la posibilidad de introducir la Supervisión en el proceso formativo de la Psicología postulamos la propuesta de presentar ante los que se encuentran en formación la apuesta clínica: reelaborar el decir de su propio decir. Por supuesto, esta propuesta siempre estará encima de la mesa cuando nos ubiquemos en la Supervisión psicológica clínica no inscrita en el proceso docente-formativo.

## Bibliografía básica

- American Psychiatric Association (2022). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5-TR. Arlington, VA: APA Publishing.
- Beck, J. (2020). Terapia cognitiva: Teoría y práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bion, W. R. (2014). Aprendiendo de la experiencia. Madrid: Ed. Paidós.
- Caplan, G. Principios de psiquiatría preventiva. (1978). Buenos Aires: Paidós.

- Corey, G. (2021). Teoría y práctica de la psicoterapia. Boston: Cengage Learning
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La Alianza Terapéutica: historia, investigación y evaluación. Revista Anales de Psicología.
- Caballo, V.E., Salazar, I.C., Carrobbles, J.A. (2014). Manual de Psicopatología y trastornos mentales. Madrid: Pirámide
- Freud, S. (1993). Escritos sobre técnica psicoanalítica. Madrid: Alianza Editorial.
- Isaac, A., Fernández, C., Pérez Marino. (2003). Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Editorial Pirámide.
- Kernberg, O. (2006). Trastornos graves de la personalidad. Barcelona: Paidós.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2018). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- McWilliams, N. (2011). Psicoanálisis y diagnóstico clínico. Barcelona: Paidós.
- Obiols, J.E. (2017). Manual de Psicopatología general. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Organización Mundial de la Salud (2021). Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición (CIE-11). Ginebra: OMS.

## Bibliografía complementaria

- Abend, S. M. (2000). The problem of therapeutic alliance. En S. T. Levy (Ed.), The therapeutic alliance US: International Universities Press
- Blashfield, R. K., Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & Miles, S. R. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. Annual Review of Clinical Psychology, 10, 25-51.
- Byung-Chul Han (2012). La sociedad del cansancio. Barcelona: Herder.
- Cohen, G. D. (1991). Envejecimiento cerebral. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Exner, J. E. (2003). The Rorschach: A Comprehensive System. New York: Wiley.
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). Psicoanálisis y teoría del apego. Madrid: Morata.
- Gabbard, G. O. (2014). Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington: APA

- Hammer, E. F. (2012). Manual de técnicas proyectivas. Buenos Aires: Paidós.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2022). Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Kohut, H. (2009). La restauración del self. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mannoni, M. (1985) Un saber que no se sabe. La experiencia analítica. Buenos Aires: Gedisa, 1986.
- Miller, J.A. (1985). "Esquizofrenia y Paranoia", artículo en: Psicosis y Psicoanálisis. Buenos Aires: Manantial.
- Pally, R. (2000). The mind-brain relationship. London: Routledge.
- Roudinesco, E. (2016). ¿Por qué el psicoanálisis? Buenos Aires: Paidós.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Negotiating the therapeutic alliance. New York: Guilford Press.
- Van Egmon, J. El beneficio secundario y la necesidad de estar enfermo. (2005). Holanda: Hospital Psiquiátrico Brinkgreven (artículo).
- Wechsler, D. (2008). WAIS-IV. Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos. Madrid: TEA Ediciones.
- Yalom, I. D. (2010). El don de la terapia. Barcelona: Emecé.

## Cuestiones

1. Qué cuatro metas principales de la supervisión plantea Corey.
2. En las investigaciones sobre la supervisión en el campo de las TCC se han expuesto tres criterios para la evaluación de la efectividad de la supervisión; indica cuáles son.
3. La supervisión basada en competencias se estructura en dominios fundamentales. Señálalos.

4. Qué es el enactment, en la teoría psicoanalítica y qué lugar tiene en la supervisión.
5. Indica la incompatibilidad de la experiencia según Agamben

**Texto realizado por Enrique de la  
Torre M.  
ISFAP**