

01941



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

4  
205

EL MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN PROCESOS DE SUPERVISION : DE UNA ALIANZA EDUCACIONAL A UNA ALIANZA TERAPEUTICA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN PSICOLOGIA CLINICA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO EN INSTITUCIONES PRESENTA : JULIO VELAZQUEZ RUIZ

DIRECTORA: MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

- MTRA. ASUNCION VALENZUELA COTA
MTRA. IRMA LORENTZEN GORDILLO
DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ
MTRO. JORGE PEREZ ESPINOZA



MEXICO, D.F.
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1996



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## RECONOCIMIENTOS

### **A Elena:**

Con todo el amor que una mujer puede inspirar en un hombre,  
por su compañía, por su solidaridad  
y por su presencia que da a los días de mi vida un sentido.

### **A Erick:**

Quien tiene la misma edad que este trabajo.  
Por permitirme vincularme con mi pasado y mi futuro,  
por enseñarme lo hemoso que puede ser el sentirse padre.

### **A mis padres:**

Como un reconocimiento de lo que sembraron en mí.

### **A mis hermanos :**

A quienes nunca he podido expresarles  
lo importantes que son para mí.

### **A mis compañeros de generación:**

Por permitirme a través de sus ojos, crecer.

### **A mis asesoras: Fayne, Asunción, e Irma.**

Por el amor que responsablemente ofrecen a la Psicología,  
y que compartieron conmigo.

### **A la Facultad de Psicología:**

Por haberse cruzado en mi vida.

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

METODOLOGÍA .....	5
-------------------	---

## CAPÍTULO 1 LA SUPERVISIÓN

A) ANTECEDENTES .....	10
B) CONCEPTUALIZACIÓN .....	14
C) LA SUPERVISIÓN COMO SITUACIÓN DIDÁCTICA .....	21

## CAPÍTULO 2 LA CONTRATRANSFERENCIA

A) CONCEPTO DE TRANSFERENCIA .....	26
B) CONCEPTO DE CONTRATRANSFERENCIA .....	29
C) LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA EN EL PROCESO TERAPÉUTICO.....	32
D) LA CONTRATRANSFERENCIA EN LA CONSTRUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS .....	36
E) LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA EN EL PROCESO DE SUPERVISIÓN .....	41

## CAPÍTULO 3 LA SUPERVISIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO EN INSTITUCIONES

A) ESTRUCTURA METODOLOGICA DE LA SUPERVISION:	
ASPECTO FORMAL-DESCRIPTIVO	
SUPERVISORA 1. ....	43
SUPERVISORA 2. ....	46

**B) ESTRUCTURA METODOLÓGICA DE LA SUPERVISIÓN  
PERCEPCIÓN DE LOS ALUMNOS**

SUPERVISIÓN .....	49
CLASIFICACIÓN .....	51
DEFINICIÓN .....	52
FUNCIONES .....	52
ASPECTO TERAPÉUTICO .....	53
CONTRATRANSFERENCIA .....	54
PERCEPCIÓN DEL TRABAJO DE LA SUPERVISORA 1 .....	55
PERCEPCIÓN DEL TRABAJO DE LA SUPERVISORA 2 .....	56
TRANSFERENCIA CON LAS SUPERVISORA .....	57

**C) CONCEPTUALIZACIÓN Y OPINIÓN QUE LAS SUPERVISORAS  
TIENEN SOBRE EL TRABAJO DE SUPERVISIÓN EN EL CURSO DE  
LA ESPECIALIDAD**

SUPERVISORA 1 .....	59
DEFINICIÓN DE LA SUPERVISIÓN .....	59
ASPECTOS TERAPÉUTICOS .....	59
DEMANDA DE LOS ALUMNOS .....	60
HISTORIA DEL MODELO .....	62
DIFICULTADES .....	65
AJUSTES AL MODELO .....	65
SOCIALIZACIÓN DE LA SUPERVISIÓN .....	66
LA CONTRATRANSFERENCIA .....	67
SUPERVISORA 2 .....	
DEFINICIÓN DE LA SUPERVISIÓN .....	68
ASPECTOS TERAPÉUTICOS .....	69
DEMANDA DE LOS ALUMNOS .....	70
HISTORIA DEL MODELO .....	70
DIFICULTADES .....	71
AJUSTES AL MODELO .....	72
SOCIALIZACIÓN DE LA SUPERVISIÓN .....	72
LA CONTRATRANSFERENCIA .....	73

## **CAPÍTULO 4**

### **MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN SESIONES DE SUPERVISIÓN**

#### **A) MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA:**

CONTEXTOS DE TRABAJO Y CONTRATRANSFERENCIA EN LA PRACTICA DE LA SUPERVISION:	
SUPERVISORA 1 .....	74
SUPERVISORA 2 .....	77
DESCRIPCION Y ANALISIS DEL MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN SESIONES DE SUPERVISION	
SUPERVISORA 1 .....	80
SUPERVISORA 2 .....	100
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>122</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>127</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>139</b>

## INTRODUCCIÓN

La finalidad del presente trabajo es mostrar un contexto específico de la formación de terapeutas de grupo en la Facultad de Psicología. Este contexto se define como espacio de supervisión.

Es una convicción compartida el hecho de que el ejercicio de la psicoterapia, tanto fuera de una institución educativa, como en el ámbito de formación, requiere de tres condiciones: una estructura conceptual, el análisis propio y la práctica supervisada.

Un supuesto, del que también parte este trabajo, es que la supervisión es una experiencia de aprendizaje, y como tal puede ser analizada como una situación didáctica. La estructura básica de esta situación constaría de 3 elementos:

- El docente: el supervisor, quién propone y dirige situaciones de aprendizaje.
- El alumno: un sujeto en formación.
- El contenido: en este caso dicho contenido es la psicoterapia grupal.

Cuando uno se aboca a estudiar estos elementos descubre que dicha situación es una experiencia de encuentro entre personalidades con expectativas mutuas. ¿Qué es lo que los vincula?, pues precisamente el contenido, el objeto de conocimiento, es decir, la psicoterapia.

Este trabajo pretende precisamente dar el rango de objeto de conocimiento a una práctica pedagógica, la supervisión, en un ámbito de formación de psicoterapeutas de grupo. Una pretensión más es la de poder vincular la investigación educativa con la investigación clínica.

Dentro del marco de la supervisión se destaca el manejo que hace el supervisor de la contratransferencia, entendiendo por ésta el conjunto de afectos, sentimientos y pensamientos que se despiertan en el terapeuta ante el paciente. Con respecto a ésta podrían señalarse tres sentidos. En primer lugar, el sentido adjudicado clásicamente por

Freud, como un obstáculo para el desempeño del terapeuta. En segundo lugar, estaría la posición desde la cual se considera a la contratransferencia como un instrumento privilegiado de diagnóstico y tratamiento en la relación terapéutica. El tercer sentido, que es el que se intenta analizar en este trabajo, es el de la contratransferencia como instrumento para la didáctica de psicoterapia.

El trabajo está estructurado en 4 capítulos. El capítulo 1, La Supervisión, aborda los antecedentes de dicha actividad, así como algunas conceptualizaciones sobre la misma, además del papel del supervisor y las expectativas que puede llegar a depositar el estudiante en formación ante la experiencia de ser supervisado. En este mismo capítulo se hace un breve ensayo sobre La Supervisión como una Situación Didáctica, los componentes de tal situación y el grado de complejidad de la misma.

El capítulo 2 trata del Concepto de la Contratransferencia, partiendo de la definición, en primer lugar de la transferencia y los antecedentes de la misma. Posteriormente se aborda a la contratransferencia en varias dimensiones:

- La contratransferencia dentro del proceso terapéutico, es decir, la función que tendría dentro del proceso de la cura.
- La contratransferencia dentro de la construcción de conocimientos. Aquí se sugiere una vinculación entre el concepto de contratransferencia y la epistemología, analizando la posición del sujeto frente a los objetos de conocimiento.
- La Contratransferencia dentro del proceso de supervisión. Este apartado no es más que una llamada de atención sobre la falta de literatura sobre experiencias de supervisión. Se espera que el presente trabajo sea una aportación en ese sentido.

El capítulo 3 se aboca a la percepción de la supervisión y la contratransferencia desde tres diferentes lugares:

- Desde el nivel descriptivo-formal, explicitado en los programas.
- Desde la percepción que tiene los alumnos en formación de los modelos de supervisión y
- Desde la propia percepción que tiene el supervisor de su propio modelo de supervisión.

En este capítulo se concentra gran parte de la información derivada de los instrumentos aplicados. Tanto de las entrevistas a los alumnos en formación como a las supervisoras.

En el capítulo 4 se presentan las síntesis de 10 sesiones de supervisión, con lo cual se trata de mostrar el sentido de algunas de las intervenciones de las supervisoras y las movilizaciones en los dos grupos de formación, destacando el manejo que hacen de la contratransferencia en varios contextos.

La supervisión en la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones es un espacio en el cual los alumnos depositan gran parte de sus expectativas y fantasías en el ánimo de convertirse en terapeutas. Tales fantasías son contrastadas en el transcurso de la formación, haciendo evidentes temores relacionados con la imagen ideal que se cree debe tener el terapeuta ante el paciente, en ocasiones también aparecen elementos persecutorios con respecto a la observación o plantean la dependencia ante figuras de autoridad. Tienen que pasar cuatro semestres y vivenciar diversas experiencias, tales como la "terapia didáctica", los seminarios teóricos, las prácticas en Institución y, desde luego, la supervisión, para que tales expectativas lleguen a integrarse en una actitud diferente ante la tarea, o arte, de la terapia. Los alumnos sintetizan este cambio como la posibilidad de reconocer cómo su propia personalidad está latente en la situación terapéutica y cómo ese reconocimiento posibilita trabajar en beneficio del paciente. También manifiestan que la supervisión permite la integración de elementos teóricos a la práctica clínica.

Este trabajo sería demasiado ambicioso si pretendiera discernir de qué manera se lleva a cabo esta transformación. En este sentido, no puede dar una respuesta contundente, más bien, sugiere que dichos cambios son posibles por el manejo que las supervisoras hacen de la contratransferencia. De esta manera son dos los objetos de estudio, el contexto de la supervisión y el manejo que se hace, en él, de la contratransferencia.

Se ha tratado, hasta donde ha sido posible, conservar cierta orientación etnográfica, es decir, intentar mostrar cuáles son las concepciones del otro, *el noi*, a través de la

descripción de los contextos y del sentido del discurso. Esto permitiría, idealmente, que el lector reconstruyera, a partir de las descripciones, su propio objeto de conocimiento.

Finalmente, quiero hacer patente mi reconocimiento a las dos supervisoras que me permitieron, y se permitieron, abrir su espacio y compartirlo desde otro lugar. Sólo queda la expectativa de que este trabajo alimente el entusiasmo que han sostenido durante varios años y que lo que en estas páginas se escribe aporte algo a las nuevas generaciones de psicoterapeutas.

## **METODOLOGÍA**

Este trabajo forma parte de un proyecto general de investigación que se lleva a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. El propósito es de ese proyecto es rescatar la experiencia clínica que se lleva a cabo en dicho Centro.

### **DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

Este trabajo pretende conocer cómo se llevan dos modalidades de supervisión en el ámbito de formación de la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones, en la Facultad de Psicología. Específicamente se trata de explorar el manejo de la contratransferencia en ambas modalidades, ya que se conjetura que este manejo es uno de los fundamentos de la didáctica de la psicoterapia.

### **CONTEXTO**

Las prácticas de supervisión se llevan a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología. Este es un ámbito de Servicio pero también de Formación de Psicoterapeutas de Grupo.

### **MUESTRA**

Se trabajó dos Grupos de Alumnos en Formación (GAF) de la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones en diferentes niveles de formación, cada uno de los cuales tiene una materia enfocada a la psicoterapia de grupo, con diferentes profesoras.

#### **GAF 1.**

Es un grupo de 10 alumnas del segundo semestre de la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones.

La profesora a cargo de la materia Teorías de la Personalidad, imparte un seminario Teórico los dos primeros semestres. También, durante el segundo semestre, los alumnos y

la docente se conforman como equipo terapéutico para atender a alumnos de la Facultad que solicitan atención en el Centro de Servicios Psicológicos. La constitución del equipo terapéutico es la siguiente:

- La terapeuta: que también funge como supervisora al término de la sesión, y es la maestra titular.
- Dos coterapeutas: uno de la generación anterior y uno de la presente.
- Grupo de observación: lo conforman en su mayoría alumnos del GAF1, sin embargo también hay algunos observadores del GAF2.

Al término de la sesión terapéutica se reúnen por espacio de una hora para discutir lo más relevante de la sesión y hacer un registro de la misma.

## **GAF 2.**

Es un grupo de 10 alumnos, 8 mujeres y dos hombres, de cuarto semestre de la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones.

La profesora a cargo de la materia Psicoterapia de Grupo bajo Supervisión, imparte un seminario los dos últimos semestres. Dividiendo éste en varias fases, una referida a los contenidos teóricos, otra en tomo a la conformación de Grupos Terapéuticos con Objetivos Focalizados y Tiempo Limitado (GTOFTL), y la última, orientada a la psicoterapia de en dichos grupos. Estas dos últimas fases, bajo supervisión.

La primer fase se trabaja de manera grupal exponiendo temas referentes a la psicoterapia de grupo.

En la segunda fase los alumnos trabajan en pareja, rotándose el papel de entrevistador y observador. La finalidad de esto es ir conformando Grupos Terapéuticos con Objetivos Focalizados y Tiempo Limitado.

La tercer fase se trabaja en equipos de 4 alumnos, dos coterapeutas y dos observadores, además del supervisor. Este puede intervenir en la sesión via telefónica.

Las sesiones de supervisión general de todo el grupo duran dos horas mientras que las supervisiones de las parejas terapéuticas tienen una duración no mayor a una hora.

## **INSTRUMENTOS Y TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Se utilizó una entrevista semiestructurada (anexo 1) para los alumnos del GAF2\*, con el objetivo conocer cuál era la percepción que se tenía de los modelos de supervisión, así como para conocer cuáles eran sus nociones sobre supervisión y contratransferencia. Las entrevistas fueron transcritas y los datos derivados de las mismas, se ubicaron en las 8 categorías de análisis siguientes:

- **La supervisión**
  - Fantasía de la supervisión.
  - Expectativas de la supervisión.
  - Contraste de las expectativas.
  - Definición de la supervisión.
  - Clasificación de la supervisión.
  - Funciones de la supervisión.
  - Aspectos terapéuticos de la supervisión.
  
- **La contratransferencia**
  - Definición de la contratransferencia.
  - Función de la contratransferencia.
  - Manejo de la contratransferencia.
  
- **Percepción del trabajo de las supervisoras.**
  - Elementos básicos de la supervisión.
  - Jerarquización de los aspectos teóricos, técnicos, prácticos, etc.
  - Manejo de la contratransferencia en cada modelo.

---

\* Se realizó la entrevista sólo con este GAF porque era el único grupo que conocía ambas modalidades de supervisión.

- **Elementos transferenciales en el proceso de la supervisión.**

- Transferencias positivas
- Transferencias negativas.

Esta categorización permitió conformar la parte del capítulo 3 referente a la percepción de los alumnos sobre los modelos de supervisión.

Para complementar dicho capítulo, con la percepción de los supervisores sobre su propio modelo, se elaboró también una entrevista semiestructurada (anexo 2). Las entrevistas también fueron transcritas pero el tratamiento de la información, en este caso, fue diferente, pues lo que se trató de hacer, conservando la literalidad del discurso, fue dar una secuencia lógica y una estructura para los propósitos del presente trabajo, evidenciando los siguientes tópicos:

- Definición de la supervisión
- Aspectos terapéuticos de la supervisión
- Demanda de los alumnos hacia la supervisión.
- Historia del modelo de supervisión.
- Dificultades para llevar a cabo el modelo de supervisión.
- Ajustes al modelo de supervisión.
- Socialización de la supervisión.
- La contratransferencia definición y manejo en la supervisión.

Con el fin de tener un referente práctico del proceso de la supervisión, y el manejo de la contratransferencia, se grabaron 25 sesiones de supervisión, 15 del GAF1 y 10 del GAF2 y se seleccionaron 5 de cada grupo, tratando de abarcar diferentes momentos o contextos del proceso en ambas modalidades de supervisión. Dichas sesiones fueron transcritas, sin embargo para los propósitos del presente trabajo se hicieron síntesis.

Para que el lector tenga una idea general del proceso de obtención de información y el tratamiento de la misma se propone el siguiente esquema.

**OBJETO DE ESTUDIO:**  
 EL MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN DOS MODELOS DE SUPERVISIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO EN INSTITUCIONES.

REFERENTES	INSTRUMENTO	TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN
PERCEPCIÓN DE LOS ALUMNOS SOBRE LOS MODELOS DE SUPERVISIÓN	ENTREVISTA A ALUMNOS DEL GAF2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GRABACIÓN</li> <li>• TRANSCRIPCIÓN</li> <li>• PROPUESTAS DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.</li> <li>• CATEGORÍAS DE ANÁLISIS FINALES</li> <li>• CONFORMACIÓN DEL CAPÍTULO 3</li> </ul>
PERCEPCIÓN DE LOS SUPERVISORES SOBRE SUS MODELOS DE SUPERVISIÓN	ENTREVISTA A SUPERVISORAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GRABACIÓN</li> <li>• TRANSCRIPCIÓN</li> <li>• PROPUESTAS DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS</li> <li>• CATEGORÍAS DE ANÁLISIS FINALES</li> <li>• FORMALIZACIÓN DEL DISCURSO (RESPECTANDO LA LITERALIDAD)</li> <li>• CONFORMACIÓN DEL CAPÍTULO 3</li> </ul>
PROGRAMAS DE LAS MATERIAS	PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TRANSCRIPCIÓN (CAPÍTULO 3)</li> </ul>
SESIONES DE SUPERVISIÓN	REGISTRO DE 25 SESIONES DE SUPERVISIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SELECCIÓN DE 10 SESIONES DE SUPERVISIÓN.</li> <li>• TRANSCRIPCIÓN</li> <li>• SÍNTESIS DE LAS SESIONES</li> <li>• SEÑALAMIENTO DEL MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA.</li> <li>• CONFORMACIÓN DEL CAPÍTULO 4</li> </ul>

## Capítulo 1

### LA SUPERVISIÓN

#### A) ANTECEDENTES

Es importante señalar que en este trabajo se parte del supuesto de que los modelos de supervisión a estudiar son modelos con una orientación psicodinámica, independientemente de las variaciones que pudieran hacerse evidentes, sin negar, desde luego, que otros abordajes puedan tener formas particulares de supervisar un proceso terapéutico o pedagógico. Es por ello que el lector puede encontrar un uso restringido de la supervisión, aplicándose éste sólo a los modelos de orientación psicodinámica, donde la misma supervisión se coloca como objeto de análisis.

La primer pregunta que surge respecto al concepto de supervisión, o mejor dicho a la práctica de la supervisión, es sobre sus orígenes. Si remitimos éstos al nacimiento del psicoanálisis se tendrán algunas vertientes de discusión. Por un lado los trabajos de Freud respecto a la socialización del psicoanálisis, y por el otro, la forma en que él buscó una retroalimentación de sus ideas.

En lo que respecta a la primer vertiente, se puede partir de la conceptualización que hacen Laplanche y Pontalis (1983) sobre el psicoanálisis. Ellos refieren tres niveles fundamentales:

- El psicoanálisis como un método de investigación que consiste en evidenciar los significados inconscientes.
- El psicoanálisis como un método psicoterapéutico, basado en la investigación y caracterizado por la interpretación de la resistencia, la transferencia y el deseo.
- El psicoanálisis como un conjunto de teorías psicológicas en las que se sistematizan los datos aportados por los niveles anteriores.

Haciendo una breve revisión de los momentos en los cuales Freud quiso socializar sus descubrimientos se hace patente un trabajo paralelo en los niveles anteriores.

Si bien Freud no planteó explícitamente a la supervisión como una práctica fundamental, sí trató de prolegar su descubrimiento, haciendo evidentes, en primer lugar, las resistencias y las malas interpretaciones, así como el ejercicio "silvestre del psicoanálisis".

En lo que se refiere al tema del presente trabajo, se destacarían los "Trabajos sobre la Técnica Psicoanalítica", (Freud 1911-13) subdivididos en tres apartados, bajo el rubro de "consejos". El primero, "*Sobre la Iniciación del Tratamiento*", referido a lo que hoy se denominaría encuadre, o como Freud mismo llamó "reglas de iniciación de la cura". En este trabajo destaca la importancia del diagnóstico, las primeras sesiones como período de prueba del paciente ante el método terapéutico y los aspectos prácticos, como el espacio, el tiempo y el pago. Menciona brevemente también lo desfavorable que puede ser para la terapia el que exista un vínculo de amistad o consanguíneo entre paciente y terapeuta.

El segundo apartado, "*Recordar, Repetir y Elaborar*", destaca el sentido del olvido, dentro del contexto de las resistencias, la compulsión a la repetición, en este sentido subraya que no se debe tratar a la enfermedad como un fenómeno aislado sino como un poder actual. Comenta que la transferencia crea un espacio intermedio entre la enfermedad y la vida, y que cuando la ligazón transferencial se ha hecho viable la repetición y lo que de ella se deriva se convierte en material para el trabajo terapéutico.

En el tercer trabajo sobre la técnica, "*Puntualizaciones sobre el Amor de Transferencia*", llama la atención sobre el hecho común del enamoramiento del paciente hacia el terapeuta, va orientado a subrayar la contratransferencia a través de la cual el médico prepara a la paciente para el enamoramiento. Explica también cuáles son los efectos que dicho enamoramiento tiene sobre el proceso terapéutico.

Sería exhaustivo sintetizar en qué otros momentos Freud intentó hacer asequibles, a los "legos", sus descubrimientos. Aunque se reconoce la claridad de las síntesis de su obra, tanto en las "Conferencias" de 1916-1917 como en las "Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis" (1932-36), el papel de la supervisión no es tocado sino en

forma indirecta como "llamadas de atención" a los que desean incursionar en la nueva disciplina.

En lo que se refiere a la forma en la que Freud buscó cierto grado de retroalimentación, otros autores ubican la práctica de cierta forma de supervisión en el contexto de la relaciones de Freud y sus primeros discípulos. Ernest Jones (1984) destacará, por ejemplo, la particular relación que estableció Freud con Wilhelm Fliess. De dicha relación sólo quedará evidencia concreta en las cartas escritas por Freud, ya que éste destruyó las de Fliess. Aunque la primer carta fechada en 1887 planteaba abordar asuntos de orden profesional dejaba entrever la profunda fascinación que ejercía la personalidad de Fliess en Freud. Al leer algunas de sus cartas el lector podrá adentrarse a una faceta desconocida del fundador del psicoanálisis. El espacio creado por estos dos personajes, Freud y Fliess, aparece como un espacio de interlocución en donde Freud se permite recapitular su construcción teórica junto con las preocupaciones, casi existenciales, derivadas de este trabajo. La actitud de dependencia de las opiniones de Fliess llevaron a Ernest Jones (1984) a calificar a éste como "censor", con una doble función, la de suprimir lo objetable y la de "sancionar con silencio aquello que ha dejado pasar sin objeción".

Como fecha específica de la "institucionalización" de la supervisión, dentro de los ámbitos de formación, se da la de la fundación del Instituto Psicoanalítico de Berlín. En 1920 se definen tres actividades fundamentales dentro de la formación de analistas y terapeutas (Daltel, 1992):

- El análisis didáctico.
- El aprendizaje académico de la teoría, de la psicopatología y de la técnica.
- El trabajo clínico supervisado.

Tratando de hacer una revisión histórica del concepto de supervisión, el Dr. Luis Lazarini (1992) destaca en primer plano las objeciones de quienes consideraban, en los cincuenta, a la supervisión una práctica que iba en contra de los principios psicoanalíticos, "estar libre y encadenados", era la forma de sintetizar su posición. Sin embargo, la práctica de la supervisión fue ganando adeptos y, desde luego, tanto la práctica como su conceptualización se fue diversificando.

Desde este momento supervisión y formación serían dos entidades complementarias. El reflejo de esto es que en la literatura aparece más la supervisión dentro de los procesos de formación que dentro de la práctica clínica ya establecida.

## B) CONCEPTUALIZACIÓN

De las definiciones que da Lazarini (1992,) puede destacarse la de De Bell (1983). Esta definición es retomada por permitir contextualizar el presente trabajo. Según ese autor, "la supervisión es esencialmente una experiencia de aprendizaje, (tanto para el supervisor como para el supervisado) en donde un colega comparte con otros los frutos de su propio conocimiento clínico y experiencia terapéutica, a la vez que trata de ayudarte a clarificar sus propias técnicas de acuerdo a su pensamiento" (Lazarini, 1992, pág. 65)

Lazarini cita a Chagoya, quien considera que el objetivo fundamental de la supervisión es que el terapeuta en formación "obtenga una visión clara del tratamiento, y en consecuencia pueda vivenciar la posibilidad de provocar un cambio efectivo en su analizado, así como hacer que el estudiante se desarrolle como instrumento terapéutico, mostrándole interpretaciones diagnósticas de tipo pedagógico sobre los obstáculos que va a encontrar en su aprendizaje" (Lazarini, 1992). Esta definición no excluye un examen de las relaciones y reacciones ante los pacientes y ante el supervisor.

Lazarini también retoma la definición de González Nuñez, definición que enfatiza que "el supervisor es básicamente un instructor de la técnica". Braler (1984) llama la atención sobre este punto, haciendo alusión a la necesidad del supervisor de señalar las contradicciones técnicas en las que puede incurrir el estudiante.

Foulkes (1986) comenta que negar la necesidad de supervisión en la terapia es negar que la terapia es una disciplina profesional con un cuerpo de procedimientos basados en la experiencia acumulada. Aunque no explica cómo se lleve a dicha práctica si menciona que la supervisión, "a parte de contribuir a la solución de algunas dificultades, funciona como una experiencia de aprendizaje". Además de una supervisión adecuada este autor recomienda que, para el ejercicio de la terapia grupal, debe haber una capacitación previa en terapia individual y tener experiencia como paciente.

Yalom (1986), por su parte, destaca algunos elementos defensivos que se exhiben cuando el estudiante en formación no tiene el respaldo de la supervisión, por ejemplo, que el estudiante, al sentir ansiedad ante el grupo, pueda tender a buscar cierto grado de

seguridad en un enfoque muy estructurado, a expensas de la espontaneidad. Destaca también que la supervisión en grupo es un contexto relacional, en donde se analiza el comportamiento y desempeño del estudiante y que, tanto el comportamiento como el desempeño de éste, debe de ser contrastado con el papel que juega como terapeuta con el grupo a su cargo. En la supervisión en grupo se analiza también la gama de sentimientos reales y la contratransferencia.

Maisonneuve (1985) plantea que el supervisor debe de estimular la sensibilidad del estudiante con respecto al valor del discurso latente y manifiesto del paciente. También subraya la importancia de la adquisición de la consciencia de "esquemas", tanto del paciente como de los propios, dado que ambos van a moldear las relaciones terapéuticas. Agrega que dichos esquemas también operan en referencia a la noción de enfermedad.

Dallal y Castillo (1992), sugiere algunos elementos a considerar por parte del supervisor al "formar" o capacitar a los futuros terapeutas, éstos son:

- La comprensión de su desarrollo profesional del estudiante.
- Los conocimientos teóricos que requiere el alumno.
- Los conocimientos de la personalidad del estudiante como instrumento terapéutico.
- Los conocimientos sobre las técnicas que el alumno puede utilizar con su propio paciente.
- Conocimiento del estilo personal del terapeuta.
  - La forma de abordar un problema.
  - La forma de comunicarse con el paciente.
  - Las formas de relación que establece con el paciente.

Para este autor, la función del supervisor es que el terapeuta en formación internalice "la supervisión como consciencia de su *self profesional* en acción, o sea que adquiera la capacidad de identificar los contenidos y las etapas del tratamiento del paciente, incluida la consciencia de su propia persona en las interacciones".

Es de suma importancia destacar esto, dado que puede dar mucha claridad sobre el foco de práctica de la supervisión en los ámbitos de formación. Por ello se sugiere al lector

que los siguientes aspectos sean vistos como expectativas y no como objetivos con respecto al terapeuta en formación.

Así pues, tenemos que Braier (1984) hace énfasis en:

- Una captación de la problemática del paciente.
- Conocimiento y manejo de emociones contratransferenciales.
- Combinación de recursos terapéuticos.
- Elaboración propia de conflictos básicos, especialmente triangulares.
- Capacidad de establecer relación empática con el paciente.
- Tolerancia a la frustración.

Bellak y Small (1990) subrayaron, por su parte, la importancia de que exista cierta capacidad para ser paciente, es decir, que el terapeuta pueda asumir el rol de paciente es un proceso terapéutico propio. Esto, según dichos autores, sensibilizaría otras capacidades como:

- La capacidad de escucha.
- La capacidad de asumir cierto grado de responsabilidad del bienestar del paciente.
- Valor para elegir el tipo de intervención a seguir.
- Específicamente señalan el tipo de capacidades a estimular durante su formación.
- Capacidad para poner en práctica conocimientos sobre psicodinamia.
- Capacidad para la elaboración del psicodiagnóstico.
- Capacidad para usar medidas auxiliares, otras técnicas de intervención terapéutica.
- Capacidad de experimentar regresión al servicio del Yo.

Para González Nuñez (1986), un buen manejo contratransferencial, requeriría las siguientes cualidades:

- La tolerancia a la frustración.
- El fortalecimiento del Yo observador.

El control de impulsos

La mayor parte de los autores coincide en que debe de darse un énfasis a la experiencia como paciente. Palacios (1975) argumenta que dicha experiencia "humaniza". Según él, "quien se ha asomado a sus propios monstruos, es capaz de ver al paciente con la humildad y respeto que se merece".

Dallal y Castillo (1992) considera a la supervisión como una experiencia integradora para la adquisición de una identidad profesional. La importancia de las aportaciones de este autor radica en que sugiere un paralelismo entre la relación paciente-terapeuta y supervisor-supervisado. Para él, esta última relación determinará en gran medida el avance del proceso terapéutico.

Este autor considera que los factores institucionales, ideológicos, teóricos, etc., deben de ser tomados en cuenta para un análisis de la dinámica interna de la relación supervisor-supervisado.

Un aporte más del autor es la tipificación de varios métodos de supervisión.

- En la primera, el supervisor trata al paciente del terapeuta en formación como si fuera su propio paciente recetando interpretaciones, confrontaciones, etc. El supervisado aquí utilizará casi literalmente dichas intervenciones, mientras que el supervisor utiliza como marco de referencia su comprensión del proceso terapéutico.
- Otro método, "con un abordaje pedagógico", es enfocar la atención hacia la teoría y la técnica para ayudar a que el supervisado logre una integración de las mismas. La función del supervisor sería la de "mostrar al terapeuta cómo su intervención, su parte en la relación, puede propiciar, apoyar, o bien estorbar el movimiento del paciente.
- A la tercer modalidad de supervisión la califica el autor como "centrada en el paciente". La finalidad de este tipo de supervisión es la de analizar cómo el diagnóstico y el conocimiento del paciente explican su psicopatología y cómo esto permite una comprensión del contenido de la sesiones.

Dallal y Castillo (1992) destacará como un problema fundamental de la supervisión la necesidad de comprender "cuándo el supervisor funciona como maestro, como analista el paciente o como analista del supervisado". Explica que muchos de los obstáculos y trampas del diálogo supervisor-supervisado es porque no han sido clarificados dichos momentos.

Tratando de definir la participación del supervisor, González y Simo (1995), enumeran tres dimensiones de trabajo:

- **El supervisor-instructor.** Se refiere aquí al plano de la enseñanza de lo que ocurre con el paciente, aunque no se excluye que existan en la relación supervisor-supervisado estados depresivos en relación a los contenidos tratados.
- **El supervisor-terapeuta.** Cuya función sería contener y metabolizar las ansiedades del supervisado, y ayudar a desarrollar el insight.
- **El instructor-terapeuta.** En un rol integralivo de las funciones anteriores ya que permite trabajar sobre el paciente y el supervisado.

Los autores sugieren que el supervisor debe señalar, confrontar y modular los factores que faciliten u obturen el proceso de enseñanza y aprendizaje. Retomando a Grinberg (1975), plantean tres fases de la supervisión.

- **Fase inicial.**
  - Escuchar con tensión flotante.
  - Inferir interpretaciones sin enunciarlas.
  - Estimar el grado de ansiedad del supervisado a través de la empatía con su estado regresivo.
- **Fase intermedia.**
  - Juicio del momento de la dosificación de las respuestas.
  - Captación de las reacciones transferenciales y contratransferenciales.

- **Fase final.**

**Reconocimiento de las líneas y dinámicas de las sesiones y del proceso total.**

Para los propósitos de esta investigación, los elementos aportados por los autores mencionados permitirán conformar un esquema que sintetiza cuáles podrían ser las funciones fundamentales de la supervisión.

Se destacaría, en primer lugar, la noción de **espacio de aprendizaje mutuo**, en el cual se hace evidente el bagaje acumulado de la experiencia clínica del supervisor. Dentro de esta misma noción se plantea la dimensión didáctica, es decir una intencionalidad, aparentemente consciente, del supervisor de compartir dicha experiencia. Aunque, según Jackel (1982), la naturaleza pedagógica de la supervisión se ha perdido. Este autor sugiere que para recuperar dicha dimensión no sólo se debe de plantear una alianza terapéutica sino también una alianza pedagógica.

Esta dimensión didáctica, a su vez, puede subdividirse en varias acciones: a) las referidas a la relación del supervisado y el supervisor y, b) las referentes al proceso terapéutico en el cual el estudiante en formación es responsable directamente.

**A) En relación a la diada supervisor-supervisado se señalan las siguientes acciones:**

- La instrucción de la técnica.
- La socialización de la teoría por parte del supervisor.
- La propia interpretación que el supervisado hace de la teoría, y su cuestionamiento.
- La clarificación del "estilo propio" del terapeuta en formación, y el cuestionamiento del mismo.
- El análisis de las relaciones y reacciones ante el supervisor.

**B) En los que se refiere a las acciones dirigidas al proceso terapéutico del paciente se señalarían.**

- La presentación y discusión de los casos.

- El análisis de las relaciones y reacciones ante los pacientes.
- Los señalamientos diagnósticos.
- La escucha del paciente, en lo que se refiere al sentido del discurso y al significado que el paciente da al mismo.
- El establecimiento de objetivos terapéuticos y planeación.
- Señalar puntos de urgencia de las sesiones.

Además se agregarían acciones dirigidas a un trabajo "terapéutico" con el supervisado:

- Análisis de su comportamiento en su rol de terapeuta, respecto a su actitud en el grupo de supervisión.
- Clarificación de las reacciones transferenciales y contratransferenciales en el grupo de supervisión.
- Señalamiento de recursos del supervisado.
- Reconocimiento de un estilo propio de intervención terapéutica del supervisado.

## C) LA SUPERVISIÓN COMO SITUACIÓN DIDÁCTICA

La supervisión en los ámbitos de formación se ha convertido en una práctica institucionalizada. Sin embargo, son pocos los trabajos que rescatan experiencias concretas de cómo se lleva a cabo la supervisión.

Al hablar de ámbitos formación nos manejamos bajo el supuesto de que existe una dimensión pedagógica o didáctica, por lo que es estas líneas se abocarán analizar a la supervisión como una situación didáctica.

En este apartado partiríamos de que la didáctica no es un método establecido o un conjunto de recursos con los cuales el supervisor proyecta en el estudiante una serie de conocimientos sobre el ejercicio de la psicoterapia, más bien, la didáctica en este trabajo será conceptualizada como una situación construida en el ámbito de interacción de varios sujetos. Lo que uniría a dichos sujetos sería un objeto de conocimiento, en este caso, la psicoterapia.

Una situación didáctica, básicamente, se podría descomponer en tres elementos:

- El docente.
- El alumno.
- El contenido.

En el caso de la formación de psicoterapeutas se tendría que equiparar de la siguiente manera:

- El docente: El psicoterapeuta-supervisor experimentado.
- El alumno: El psicoterapeuta en formación.
- El contenido: La teoría y la práctica de la psicoterapia.

Una característica fundamental común a estos tres elementos es que todos son productos de una historia y que ésta se exhibe en la interacción.

El estudio del docente ha conducido a explicar como éste traduce a términos didácticos o pedagógicos su propia historia o cómo ha llegado a su propia construcción en referencia a su objeto de conocimiento. También ha permitido reconocer estilos particulares derivados de su propia historia, por ejemplo Simo y González (1995), mencionan algunas "cualidades" con las que debe de contar el supervisor, tales como el sentimiento maternal y la excitación y entusiasmo en la tarea, tales características las ubican también como defensas ante interpretaciones automáticas que llevarían al fracaso la relación supervisor-supervisado.

Por otro lado, la investigación centrada en el alumno ha permitido hacer evidentes tanto procesamientos de información de los alumnos, así como el efecto que tienen sus expectativas y percepciones en la aprehensión del objeto de conocimiento.

La investigación educativa no ha relegado el elemento de contenido y ha incurrido sobre la naturaleza del mismo. De ahí se han derivado líneas de trabajo interesantes como el análisis curricular y las lógicas intrínsecas de los programas de formación.

La tendencia, quizás simplista, de descomponer las situaciones didácticas en sus componentes, ha permitido vislumbrar con una mayor profundidad las particularidades de cada elemento. Paralelamente se han desarrollado líneas de estudio integradoras que pretenden explicar los procesos en términos, por ejemplo, de construcción social e interacción.

Es dentro de esta última perspectiva donde se ubica el presente trabajo. Es por ello que a la supervisión se le ha dado la categoría de situación didáctica y, por ende, la connotación de una construcción social.

En las situaciones didácticas, como construcciones colectivas, se dan diferentes tipos de interacción. En el caso que nos ocupa se hablará de interacciones directas e interacciones indirectas.

Por interacción directa se entenderá aquella donde están involucrados dos elementos de la situación didáctica, por ejemplo:

- Supervisor-supervisado.
- Supervisor-contenido.
- Supervisado-contenido.

Hay que aclarar que la interacción es un sistema de retroalimentación.

Por otro lado, las interacciones indirectas involucrarán elementos mediadores en la relación, por ejemplo:

- Supervisor-contenido-supervisado.
- Supervisor-supervisado-contenido.
- Supervisado-supervisor-contenido.

En los casos anteriores, los elementos que aparecen destacados son mediadores en la relación de los dos elementos extremos. Tratando de ejemplificar lo anterior se retomarán algunos casos derivados del trabajo de campo del presente trabajo.

#### **Relación supervisor-supervisado con mediación del contenido:**

Aquí el supervisor se comunica con el alumno, utilizando al contenido como código de acceso, bajo el supuesto de que comparten significados semejantes, por ejemplo:

- Sup: (refiriéndose a una paciente que movilizó en el grupo actitudes de escisión y locura) "Esta paciente fue la emergente de esta sesión", o bien.
- Sup: (con respecto a una paciente sobre la cual giran las relaciones familiares) "...la ganancia secundaria era el control total que tenía de la casa".

#### **Relación supervisor-contenido con mediación del alumno:**

Cuando se considera al alumno como intermediario de la interacción del supervisor y el contenido, las intervenciones pueden ser del siguiente estilo:

- Sup: (respondiendo a una inquietud de una alumna sobre la pertinencia o no de determinado tipo de intervención) "¿Qué le molestaría tanto a esta paciente?  
Alumna: "Quizás no estaba preparada para la interpretación que hiciste."
- Sup: (hablando de su posición de terapeuta) "Yo no quise voltear a ver a los coterapeutas porque si los veía angustiados yo también me iba angustiar".
- Sup: (refiriéndose a la actitud del coterapeuta durante la sesión) "Yo te percibi paralizado, por eso intervine, comentando si el grupo estaba espantado".

#### **Relación alumno-contenido con mediación del supervisor:**

Ahora, el caso donde el supervisor ejerce la función de intermediario entre el alumno y el contenido, haría alusión a aquellos momentos donde el alumno recurre a señalamientos o actitudes derivadas de la relación con el supervisor, por ejemplo:

- Alumno: "...y entonces recordé lo que tú decías, que no era a mí a quien estaban agrediendo", o
- Alumno: "Pensaba que tú estabas viendo atrás del cristal y no sabía si lo estaba haciendo bien o mal", o
- Alumno: "yo quisiera saber porque manejaste la sesión tan directiva".

En las situaciones didácticas hay, además, un común denominador, al que desde la perspectiva de grupo operativo de lo podría llamar "tarea del grupo". En el caso de los grupos de formación de psicoterapeutas, los tres elementos están compartiendo un espacio y un tiempo en función de una tarea que es precisamente la formación de un alumno.

La formación, desde un punto institucional, contempla un perfil de alumno que se espera egrese, después de haber pasado por un proceso construido exprofeso. El currículum explícito conjuntará este tipo de expectativas y las plasmará en sus planes y programas. Sin embargo, en la práctica cotidiana se le da vida a un nuevo currículum derivado de las expectativas personales de alumnos y maestros. A diferencia del currículum llamado oculto, que connota una orientación ideológica, el currículum al que se hace referencia aquí se le podría denominar enactivo, (en acción) término acuñado por

Bruner (1966) para hacer referencia a las traducciones que los sujetos hacen de sus representaciones a través de sus acciones concretas.

Contrastando las argumentaciones que legitiman la práctica de la supervisión con las expectativas que se tienen del alumno que se pretende formar (perfil), se hace evidente que la última tendencia es más acentuada. La importancia de esta mención es que, desde el punto de vista pedagógico, la supervisión alude a procesos, mientras que la orientación curricular, derivada de perfiles, se basa en resultados. La puesta en tela de juicio de la pertinencia o no de objetivos ha dado como resultado precisamente la focalización sobre los procesos en la educación, más que los resultados. Con ello se ha modificado substancialmente la noción de evaluación. Tradicionalmente ésta contemplaría el contraste de objetivos, acciones y resultados, además el responsable de la evaluación es el docente. Desde la perspectiva de procesos, la evaluación es permanente, se contrastan expectativas pero éstas pueden modificarse en cualquier momento, en otras palabras, las acciones, las actitudes y las percepciones serían los indicadores del cómo funciona el proceso, y la evaluación quedaría en manos de los sujetos involucrados.

## Capítulo 2

### LA CONTRATRANSFERENCIA

#### A) CONCEPTO DE TRANSFERENCIA

Para iniciar este apartado se hace ineludible en primer lugar conceptualizar el término transferencia. Literalmente el término connota un desplazamiento, aunque no material si de representaciones (valores, emociones, imágenes, etc.)

Freud menciona este fenómeno desde sus "Estudios Sobre la Histeria" (1885), aunque lo refiere como dentro del contexto analítico. Ahora, tal concepto no sólo se ha ampliado al contexto de otro tipo de tratamiento sino también de cualquier relación humana.

Para González Nuñez(1989), "la transferencia es un tipo terapéutico característico de la relación de objeto que consiste (...) en poner en la persona del terapeuta sentimientos en el presente que no corresponden y que en realidad son desplazamientos de afectos del pasado hacia objetos importantes".

La transferencia es "una repetición de prototipos infantiles" (Laplace, 1983), acompañados de una carga afectiva original.

Melan (1980) plantea tres posibles acepciones referidas al concepto de transferencia:

- Todo sentimiento que el paciente llegue a tener con su terapeuta.
- Sólo los sentimientos de origen neurótico.
- Sólo aquellos sentimientos específicamente derivados de la vida infantil.

La Dra. Gamieta D. (1993), sugiere que los fenómenos transferenciales sean estudiados a la luz del mecanismo de identificación proyectiva. Es decir las formas en la que

un sujeto inviste a otro con una representación para posteriormente actuar en razón de lo proyectado.

Hanna Segal (1992) hace referencia al contundente efecto (transferencial) de la fantasía en la realidad. En sus palabras comenta que dicha fantasía "influye y altera constantemente la percepción o interpretación de la realidad", aunque no deja de lado cómo la realidad concreta retroalimenta a la fantasía.

Ahora bien, siendo la transferencia un mecanismo tan primitivo como el mismo inicio de la constitución del Yo, surgiría la pregunta: ¿cuál es su sentido?

González Nuñez (1989), tratando de resolver esta cuestión cita a Kessler, quien caracteriza a la transferencia de la manera siguiente:

- La repetición transferencial permite un dominio del mundo y constituye un proceso vital de aprendizaje.
- La repetición, también se convierte en una compulsión a la realización, dado que:
  - Hay un ahorro de energía, a diferencia del gasto necesario si se enfrentara cada objeto como nuevo.
  - Permite la elaboración, "en dosis fraccionada", de tensiones traumáticas.
  - El sujeto conserva la esperanza de una satisfacción en el presente.

A partir de lo anterior podría generarse la idea de que la transferencia sólo es un mecanismo de desarrollo, sin embargo también tiene una contraparte defensiva.

Para Pichón-Rivière (1991), la transferencia es una negación de tiempo y espacio al servicio de la resistencia al cambio. Para él, el enfrentamiento con situaciones nuevas exige cierto grado de adaptación al que se renuncia cuando se levanta la defensa de la identificación transferencial. La apropiación de la realidad le exige al sujeto una reestructuración de los vínculos internos. Pichón-Rivière va a un más allá declarando que el fracaso, del que da cuenta la situación transferencial repetitiva, impide que el sujeto se centre como una entidad temporal en el aquí y ahora.

González Nuñez (1989) menciona la clasificación que hace Sandler de los tipos de **contratransferencia**:

- **Transferencias positivas:** Aquellas actitudes del paciente hacia el terapeuta, caracterizadas por afectos de amor, esperanza, confianza, agrado, etc. Puede decirse que son derivadas de la pulsión erótica.
- **Transferencias negativas:** Se caracterizan por ser de odio, desamor, desagrado, envidia, celos, etc. Se derivarían de la pulsión de muerte.
- **Transferencia neurótica:** Aquí el paciente entiende que lo que siente por el terapeuta es impropio e imaginario.
- **Transferencia psicótica:** A diferencia de la neurótica, en este tipo de transferencia el paciente vive la situación como real.

## **B) CONCEPTO DE CONTRATRANSFERENCIA**

En el Diccionario de Psicoanálisis (Laplanche, 1983), se discute brevemente la delimitación del concepto. Por un lado, Freud lo menciona como "la influencia del paciente sobre los sentimientos inconscientes del médico". Sin embargo, esto resulta confuso a la luz del cuestionamiento de si lo que siente el terapeuta está en razón o no de lo que le transfiere el paciente.

Los autores de este texto recurren a la delimitación que hace Lagache. Este sugiere que si la contratransferencia es una respuesta a la transferencia del otro, entonces existiría transferencia y contratransferencia por parte de los dos sujetos involucrados. El análisis de este complejo relacional implicaría distinguir en cada uno de los sujetos su parte transferencial y su parte contratransferencial.

González Nuñez (1986) habla que el concepto puede entenderse en un sentido amplio y en uno estricto. En el sentido amplio abarcaría toda la gama de sentimientos y actitudes del terapeuta hacia su paciente, y también para describir aspectos concretos de las relaciones humanas. En su sentido estricto se refiere a conflictos o problemas del terapeuta no resueltos, que pueden obstaculizar el tratamiento.

En el contexto de las relaciones objetales, el paciente, como objeto total o parcial del terapeuta, puede ser gratificante o frustrante. Esta relación, a partir del tipo de objeto que el paciente sea del terapeuta, podrá caracterizarse como una relación simbiótica o narcisista, o también puede ser una relación madura en el sentido profesional.

Metapsicológicamente, habría tres puntos de vista desde los cuales puede analizarse la contratransferencia: **El dinámico, el tóxico y el económico**. *Kris* agregará posteriormente el aspecto **genético** y Rappaport el **adaptativo**.

### **Punto de vista dinámico:**

Aquí se cuestiona la forma en la que el terapeuta distribuye su energía dependiendo del tipo de paciente. Este tipo de distribución puede dar más cuenta de la psicodinamia del

terapeuta que del paciente. "Psicodinamicamente la dirección de la contratransferencia debe estar dirigida hacia el objeto paciente dentro de un marco racional y de juicio de realidad" (González N. (1986), permitiendo que el proceso terapéutico sea sublimatorio para ambos.

**Punto de vista tóxico.**

Se cuestiona aquí el hecho de que los impulsos pueden partir de cualquiera de las tres instancias psíquicas, ello, yo y superyó. El autor destaca la importancia de las reacciones tóxicas, calificándolas de "las más profesionales".

**Punto de vista económico.**

También se refiere a la distribución que hace el terapeuta de su energía, podrá así dedicar más energía a unos pacientes en comparación con otros, dependiendo no de la dificultad real del paciente sino por la reacción contratransferencial.

**Punto de vista genético.**

Aquí se hace referencia al tipo de reacción contratransferencial, dependiendo de las fijaciones en determinadas fases de desarrollo, no sólo por carencia de satisfacción sino también por sobregalificación. Es decir, que el terapeuta va a ver o sentir algunos contenidos con mayor claridad dependiendo de sus fijaciones.

**Punto de vista adaptativo.**

Este punto de vista sugiere que en la relación terapéutica, como en cualquier relación, deben de existir adaptaciones mutuas. La adaptación puede ser aloplástica o autoplástica. Se esperaría que contratransferencialmente fuera la relación aloplástica la que predominara en el tratamiento, dado que permite una modificación saludable del paciente, mientras que en una reacción autoplástica el terapeuta se adaptaría a sí mismo fortaleciendo la adaptación negativa del propio paciente.

Dallal (1992) comenta que "desde la primera entrevista, la interacción entre terapeuta y paciente contiene elementos de transferencia y contratransferencia, ya que ambos llevan a este encuentro las características de su estructura de personalidad, especialmente las modalidades de sus relaciones de objeto".

Citando a Anthony (1966), Dattal y Castillo (1992, pág. 251) explica que la contratransferencia puede entenderse en tres aspectos.

- La reacción del terapeuta a los materiales, principalmente figuras objetales tempranas, que el paciente le transfiere y con los que lo inviste en determinados momentos del tratamiento.
- Los rasgos y características reales del paciente en relación con su terapeuta, a los que el terapeuta responde conscientemente.
- Las resonancias de los objetos internalizados del terapeuta, que éste encuentra en su paciente y a los cuales responde, en parte conscientemente, y en parte inconscientemente.

La clasificación de Reich (González Nuñez, 1989a), plantea la existencia de dos tipos de reacciones contratransferenciales: permanente y agudas.

- **Las reacciones contratransferenciales permanentes** se refieren a los efectos de un problema caracterológico del psicoterapeuta, son inconscientes y se convierten en "puntos ciegos", que después derivan en errores psicoterapéuticos.
- **Las reacciones contratransferenciales agudas** se originan en la interacción con el paciente. Para lograr esto se requiere del uso controlado de la regresión por parte del terapeuta. "Esta es una situación consciente, encausada a permitir el contacto de los objetos internalizados de paciente y terapeuta".

### C) LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA EN EL PROCESO TERAPÉUTICO.

Desde el punto de vista psicoanalítico la contratransferencia sería una distorsión derivada de las relaciones de objeto. Freud utilizó el término por primera vez en 1910. Aludía en aquel entonces a una influencia del paciente sobre los sentimientos del analista.

El paciente va a intentar con su transferencia que el terapeuta ocupe un lugar sintónico para repetir un tipo particular de sus relaciones de objeto.

Tratada como distorsión la contratransferencia tiene una connotación negativa, como "un obstáculo que hay que superar".

Desde este punto de vista, la contratransferencia puede tomar diversas formas:

- **Cognoscitivas:** Olvido, dificultad para entender o integrar contenidos emitidos por el paciente, insistir reiteradamente en algunos aspectos del discurso del paciente, pérdida de la atención en las sesiones, etc.
- **Afectivas:** Sentimientos eróticos o agresivos continuamente, depresión durante o después de las sesiones, cultivo de una dependencia excesiva, etc.
- **De comportamiento:** Tratar de impresionar al paciente, olvidar la hora de la sesión, cierto grado de sadismo en las interpretaciones, hacer tratos de otra índole fuera del espacio terapéutico, etc.

Por otro lado, se encuentra aún en discusión si la resolución de la transferencia entre paciente y terapeuta es el factor curativo más importante o si el terapeuta debe dedicarse a otras tareas importantes (Yalom 1975).

Malan (1980) hace una breve reseña de la necesidad o no del uso de la transferencia destacando tres posiciones. La posición "conservadora" hablaría de una

terapia centrada en el cliente, sin interpretación transferencial. Quienes defienden esta posición justifican el que no se use la interpretación en transferencia porque el tratamiento se demora, pero también argumentan que hay relaciones que no son precisamente intensas. Malan retoma a Rogers, como representante de esta postura. Dentro de esta misma línea se encontrarían quienes postulan que no sólo hay que desviar la transferencia sino evitarla.

Existiría una posición intermedia que postularía que la transferencia sólo debe de ser interpretada cuando perturbe la terapia, por ejemplo cuando es usada como resistencia o es negativa. Autores como Berliner adjudican a la transferencia positiva una importancia decisiva en el tratamiento. La terapia breve focalizada se encontraría dentro de esta línea. Por ejemplo, Fiorini (1992) plantea que debe de haber una necesidad de autocontrol por parte del terapeuta para regular las interpretaciones transferenciales, en función del mantenimiento de la relación médico-paciente, incluso llega a calificar el uso de tales interpretaciones como un "error técnico".

La tercer posición haría énfasis en lo que se denomina "experiencia emocional correctiva", es decir el revivir un antiguo conflicto, con la diferencia de que . en el aquí y ahora, en la terapia se tendría un nuevo final. Parafraseando a Alexander y French, Malan escribe que una experiencia real con una solución en la relación transferencial induce a abandonar antiguas pautas neuróticas.

Yalom habla de que en los últimos años los terapeutas se sienten más libres desahogados de la presión de ser "espejos neutrales", ante la posibilidad de favorecer la transferencia ocultando el yo real para que el paciente pueda vestirlo "como a un maniquí". Con respecto a esta posición de favorecer la transferencia, Pichon-Rivière (1985) comenta que el terapeuta debe de estar en condiciones de asumir el rol que el paciente adjudica, dado que el conocimiento y el análisis de este particular vínculo permite predecir hacia dónde van a ir las sesiones.

Según Dailal y Castillo (1992), para Kenberg (1975) la intensidad de las reacciones transferenciales y contratransferenciales es uno de los indicadores de que haya o no proceso terapéutico. Tales reacciones profesionalmente tendrían que aparecer atenuadas.

Una función ineludible del terapeuta es hacer consciente su contratransferencia, descubriéndola en las asociaciones propias al material del paciente, en las reacciones afectivas del analista, en respuesta al material, actitudes, gestos y posturas de su paciente.

Ballegay (1978) dice: el "grupo terapéutico está estructurado, de tal manera, que puede alentar, en los pacientes la adopción de actitudes regresivas. La colectividad toma entonces el lugar de familia, que el sujeto vivenció en su infancia. Se desarrolla así la llamada transferencia familiar, que tiene sus ramificaciones: por ejemplo la transferencia fraterna, respecto de algunos compañeros, y la transferencia paterna o materna, respecto del terapeuta. Es curioso que no sólo se remontan las imágenes basadas en la biografía individual, sino que se activen asimismo representaciones arquetípicas. Estas reminiscencias son las que determinan, por ejemplo, el que los participantes desarrollen un íntimo sentimiento de pertenencia no sólo a los demás miembros del grupo, sino también al local de las reuniones.

Con respecto a la contratransferencia, comenta que es posible imaginar la confirmación de sí mismo, ausente en la infancia, que el terapeuta espera del grupo.

Emilia Lucio (1994) cita a varios autores que trabajan con los fenómenos transferenciales como instrumentos terapéuticos, por ejemplo menciona a Boyer (1989), quien encontró que las interpretaciones más eficaces están basadas frecuentemente en la información generada a través de la transferencia y contratransferencia, las cuales dependen de la identificación proyectiva del paciente y la identificación introyectiva del analista (esta cita se refiere a pacientes regresivos). La autora también relata a Winnicott (1953), quien refiere al terapeuta como un objeto transicional. Por su parte, Lucio agrega que algunos pacientes en análisis resuelven sus estados de tensión predominantemente por la evacuación de fantasías inconscientes proyectadas en el analista.

En el texto: "La Fortaleza del Psicoterapeuta: La Contratransferencia" González Nuñez (1989a) resume claramente cuál sería la función de la contratransferencia en el proceso terapéutico con orientación psicodinámica. Para ello aborda de antemano cuáles son las metas terapéuticas dentro de dicha orientación.

El plantea básicamente 3 metas:

- **Ejercer una influencia sobre el Yo, modificándolo a través de su fortalecimiento, debilitar defensas, de provocar la regresión, etc.**
- **Ejercer influencia sobre el Superyó, esto es, buscar un nuevo equilibrio de sus funciones: que sea más estricto, más benevolente, que fortalezca el autoaprecio, que produzca culpa, que disminuya la culpa, etc.**
- **Tratar de provocar influencias en el Ello, haciendo que Yo logre un grado mayor en el control de impulsos. En el texto al que se hace referencia, González Nuñez comenta que se ha sobrevalorado a la catarsis de los impulsos agresivos, enfatizando con ello la represión y el control de la libido y descuidando los afectos tiernos y positivos, que también deberían estar contemplados en la labor terapéutica que fortalece al Yo.**

Dichas metas terapéuticas, según este autor, sólo pueden llevarse a cabo a través de una relación intensa del paciente y el terapeuta, es decir, por medio de la transferencia.

**Desde el punto de vista de la economía libidinal, el proceso terapéutico perseguiría una "óptima distribución de energía", dentro de la cual se destacaría la que corresponde a la sublimación. Este punto de vista contempla la distribución que hace tanto el paciente como el terapeuta. Contratransferencialmente, la energía sublimada deberá permitir al terapeuta trabajar con cada uno de sus pacientes, descansar, atender necesidades afectivas, sociales, académicas, o las que el propio terapeuta haya creado.**

**Dinámicamente, la meta del proceso terapéutico sería el permitir la integración de objetos totales. El paciente también deberá presentarse ante la percepción del terapeuta como un objeto total, aunque exista la deformación contratransferencial, la relación debe de estar matizada por la intención de reparación tanto de objetos internos como externos. Aconseja el autor que el terapeuta debe de perfeccionar esta capacidad de reparación durante su formación.**

## D) LA CONTRATRANSFERENCIA EN LA CONSTRUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS

El propósito de este apartado es contextualizar la función de la contratransferencia, tanto en la forma en la que se abordan los objetos de conocimiento, en este caso la teoría, la técnica y la práctica de la psicoterapia, así como las modalidades didácticas o pedagógicas que implementan en la formación de psicoterapeutas.

Al principio de este capítulo se hacía referencia que el uso convencional de los términos transferencia y contratransferencia. Definiéndose la contratransferencia como una respuesta ante la transferencia de otro. Ahora bien. ¿qué pasa cuando ese otro es un objeto de conocimiento?, ¿cómo puede ser que un objeto transfiera algo al sujeto?

Para responder a estas cuestiones se partirá de una noción fundamental de la psicología psicogenética postulada por Piaget (1971). Desde este lugar, el objeto de conocimiento es tal en la medida en que sea potencialmente asimilable por las estructuras del sujeto. Si este sujeto no cuenta, pues, con estructuras cognitivas que permitan la asimilación del objeto éste no existirá como objeto de conocimiento. De esta misma manera, cuando el sujeto se encuentra ante un objeto "nuevo", éste no se "acomoda" a las estructuras cognoscitivas del sujeto sino que es el sujeto quien tiene que "acomodarse", desequilibrarse y adaptarse a los retos de asimilación del objeto, dialécticamente la percepción del objeto se modificará y aparecerá "más claro" a los ojos del sujeto.

El punto de vista de la epistemología genética sugiere que las características que emanan del objeto, fueron previamente proyectadas por el sujeto, esto pudiera analogarse al mecanismo de identificación proyectiva planteado por Melanie Klein (ver Segal, 1992). Si esta conexión fuera posible, encontraríamos el vínculo entre la construcción de conocimientos y el papel que juega la contratransferencia en dicha construcción.

Ahora bien también en este capítulo se caracterizó a la transferencia y a la contratransferencia como un mecanismo de aprendizaje y aprehendizaje de la realidad, pero también se caracterizó como un mecanismo defensivo ante el cambio y la ansiedad que

éste produce. Tales caracterizaciones son fundamentales para conocer cómo el sujeto construye, o mejor dicho, reconstruye los objetos de conocimiento.

Conviene ahora delimitar cuáles son los objetos de conocimiento a los que hacemos referencia en el presente trabajo.

- La transferencia y la contratransferencia.
- La supervisión en un ámbito de formación específico.
- La didáctica de la psicoterapia: su teoría, su técnica y su práctica.

Según Devereux (1987) las reacciones transferenciales pueden hacerse evidentes en situaciones de estrés o ansiedad, en tales casos se genera una deformación de la realidad. Aunque también refiere que tales reacciones pueden traducirse en situaciones de la vida corriente, tales como preferencias o aversiones. En los ámbitos de formación ambas formas se ven involucradas, por ejemplo en la elección vocacional o en la preferencia de una u otra línea teórica. Según éste autor, son precisamente las reacciones contratransferenciales, es decir las respuestas ante el objeto de conocimiento, las que permiten un análisis científico más productivo.

En términos generales la postura de Devereux es que el investigador se permita el análisis de sus reacciones ante el objeto de conocimiento. El presente trabajo se propone como un ejercicio de dicha postura. Esto modifica substancialmente la sobre-estimación que se hace de los objetos de conocimiento argumentando "la objetividad". Tratando de ser congruentes, pues, con la posición definida no sólo se analizarán los elementos mencionados en párrafos anteriores sino además los sujetos "cognoscentes", de esta forma se tendrían:

SUJETOS COGNOSCENTES	"OBJETOS DE CONOCIMIENTO"
investigador	la transferencia
asesor	la contratransferencia
supervisor	la supervisión
supervisado	la didáctica de la psicoterapia

Una visión superficial del cuadro anterior podría dar la impresión al lector de que los elementos enunciados en la primer columna son los sujetos y los de la segunda columna los objetos. Sin embargo, lo que se postula aquí es que los sujetos cognoscentes no sólo analicen los "objetos de conocimiento, sino que analicen la relación que guardan con éstos. Además, se hace ineludible el análisis de la relación que guardan entre sí los propios sujetos cognoscentes.

Si se pudiera traducir esquemáticamente la evolución que ha tenido que seguir este planteamiento de tendrían algunas rupturas epistemológicas que dan cuenta básicamente de la posición que guarda el investigador ante el objeto de conocimiento:

- **Sujeto  $\Rightarrow$  Objeto.** Aquí el investigador guarda una distancia considerable con el objeto, tratando de aprehenderlo libre de toda contaminación subjetiva, es decir, de apreciaciones personales. Lo que se hace muy evidente aquí es cómo el investigador trata de comprender el objeto fuera del ámbito de la relación que guarda con él.
- **Sujeto  $\leftrightarrow$  Objeto.** En este caso se acepta que del objeto retroalimenta la actividad del sujeto que investiga, pero las posiciones siguen estando definidas en términos de quién es el portador de conocimientos.
- **Sujeto  $\leftrightarrow$  (Sujeto  $\leftrightarrow$  Objeto).** Lo que sugiere esta posición es que el objeto de conocimiento es la relación que se guarda con los dichos objetos, es decir, el considerarse así mismo objeto de conocimiento. Si esta unidad dialéctica se pensara en términos psicoanalíticos se le rotularía como Integración objetos totales.

En el apartado referente al un posible análisis de la supervisión como una situación didáctica se subrayó que los elementos que intervienen: docente, alumno y contenido, son productos de una historia. Estas historias son los antecedentes de la relación de dichos elementos, pero también en su encuentro se comienza a construir una historia, la historia de la relación.

La historia como antecedente contemplaría la situación imaginaria a través de la cual se fantasea la relación. En el caso del supervisor se haría referencia a la fantasía no sólo que tiene del alumno, sino su fantasía de la supervisión, su fantasía de terapia y, desde luego su fantasía de la relación que llevará con los alumnos. El alumno, por su parte, también tendrá sus fantasías respecto a esos objetos.

Para dar un ejemplo de la complejidad de estas relaciones, se plantea una caracterización hecha por Simo y González (1995) a cerca de la relación del terapeuta con "el paciente". Según ellos la relación se da entre el terapeuta y un paciente imaginario constituido en la fantasía del terapeuta. El *imago* como un prototipo inconsciente que orienta la forma en que se aprehende a los demás (Laplanche, 1983) se representaría, para Simo y González (1995) como

- Un objetivo interno que el terapeuta reconstruye a partir de fragmentos de objetos y de relaciones objetales preexistentes.
- Un espacio constitutivo, receptor y continente de las proyecciones, tanto del analista como del paciente

Lo anterior sintetiza cómo la transferencia no sólo modula y modela la relación de los sujetos con sus objetos de conocimiento, sino además cómo las reacciones transferenciales y contraltransferenciales son datos que aportan una comprensión sobre la naturaleza de dichas relaciones. Es de suma importancia que el lector se permita un análisis desde esta perspectiva sobre los otros elementos enunciados.

En su libro: "De la Ansiedad al Método de las Ciencias del Comportamiento (1987), Devereux plantea cómo el investigador levanta, ante la ansiedad que lo producen los datos, defensas profesionales. Sus marcos de referencia, los métodos y los procedimientos se transforman así en "verdaderas reacciones contraltransferenciales que conducen a un *acting out* autoconstrictor que se disfraza como ciencia". El *acting out* contraltransferencial, si consideramos a la contraltransferencia como un error cronológico y topológico, es alimentado por la fantasía que el investigador tiene del objeto. Un ejemplo al respecto puede ser cuando el investigador considera que el objeto es de su propiedad, no aceptando

nuevas interpretaciones. Ya se ha visto en párrafos anteriores que tales reacciones no solo son de comportamiento, sino afectivas y cognitivas.

## **EJ LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA EN EL PROCESO DE SUPERVISIÓN**

Se ha dejado en último lugar este apartado por diferentes razones, unas que obedecen a la necesidad de una lógica interna, es decir los ajustes derivados de las asesorías y el abordaje de los contenidos y otras referentes a la intención del investigador.

Este es un apartado a medias, es decir una construcción *a priori* que deberá complementarse con las conclusiones, dado que se espera rescatar del trabajo de campo cómo se lleva a cabo la supervisión en un ámbito de formación.

Ya se ha hablado en líneas anteriores de la supervisión como una necesidad del proceso formativo de psicoterapeutas, también se han enlistado tanto las funciones de la supervisión como las expectativas que se tienen del futuro terapeuta. Sin embargo, la literatura consultada sólo deja entrever la importancia del proceso de supervisión pero no señala, al menos explícitamente, la forma en que el supervisor capacita o forma a un nuevo terapeuta.

Vemos, por ejemplo, que Lucio (1994) plantea que el análisis personal es una forma por medio de la cual el terapeuta puede verseles con su contratransferencia, pero que no es exclusiva. "Pues el supervisor, tiene que cuestionar al aprendiz no sólo sobre la teoría y la técnica sino también sobre sus reacciones frente al paciente". Es importante señalar aquí que Lucio deja entrever que la práctica Clínica carece de supervisión y que está se da más bien en los ámbitos de formación.

También encontramos capacidades a estimular el alumno como: tolerancia a la frustración, regresión al servicio del Yo, control de impulsos, etc.

Pero:

- ¿Cómo señala el supervisor las reacciones del terapeuta en formación respecto a su paciente?
- ¿El terapeuta hace sus señalamientos desde su lugar de docente, desde su lugar de terapeuta experimentado?, ¿como terapeuta del paciente o del supervisado?.

- ¿Confronta al alumno con su contratransferencia?
- ¿Se aceptan y trabajan los aspectos transferenciales sólo dentro de la diada paciente-terapeuta, o también dentro de la diada supervisor supervisado? ¿el trabajo en ambos casos es igual?

Como podrá apreciar el lector, contestar tan sólo una de estas preguntas requeriría de un trabajo exhaustivo, ya no en el plano teórico sino partiendo de la experiencia clínica.

El presente apartado sólo deja entrever las recomendaciones que, con respecto al manejo de las reacciones contratransferenciales, hacen algunos de los autores consultados. Vale señalar que la mayoría de estos autores no rotulan así este aspecto, más bien el interesado tiene que hacer una lectura *entrelíneas* de lo que sugieren los escritos.

Con respecto al trabajo sobre la transferencia en grupos de formación, Horwitz (1990), comenta que el uso de la transferencia no es precisamente el más adecuado en un grupo de supervisión, por lo que sugiere el uso de la retroalimentación. Caracteriza a esta como la intervención del grupo respecto a uno de los compañeros, tales intervenciones deben permitir al alumno reconocer cuál es el papel que juega en dicho grupo y cómo sus actitudes se transfieren al grupo a su cargo.

Según González Nuñez (1986) en un proceso de formación, y supervisión, se capacita para que las reacciones contratransferenciales sean positivas, de modo que sus funciones actúen coordinadamente en beneficio del tratamiento y en tal forma fortalezcan la alianza terapéutica.

## **CAPITULO 3**

### **LA SUPERVISIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO EN INSTITUCIONES**

#### **A) ESTRUCTURA METODOLÓGICA DE LA SUPERVISIÓN: Aspecto formal- descriptivo**

El propósito de este apartado es presentar el contexto formal en que se lleva a cabo la actividad de las supervisoras. Se trata también de rescatar el procedimiento general en el desempeño de su labor.

#### **SUPERVISORA 1**

#### **PROGRAMA DE LA MATERIA: TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD.**

#### **PRIMERO Y SEGUNDO SEMESTRE**

#### **OBJETIVOS GENERALES**

- Conocer diferentes aproximaciones teóricas en el estudio y abordaje de los fenómenos grupales, e identificar los diferentes papeles del psicólogo en el trabajo clínico con grupo: Conductor, terapeuta, coterapeuta, observador participante, observador no participante.
- Analizar los aportes de diversos teóricos de la personalidad que estudian procesos afectivos y su aplicación a la psicoterapia grupal.
- Participar en el estudio, revisión y análisis de diversos modelos de intervención psicoterapéutica en el contexto clínico y en su aplicación institucional.

## **TEMAS**

### **PRIMER SEMESTRE**

- I.- Desarrollo histórico del estudio de los grupos.
- II. Corrientes y enfoques actuales de la investigación en el trabajo con grupos:
  - Interaccionista.
  - Psicodinámica.
  - Psicosociológico.
  - Psicoanalítico.
- III. Dinámica de la situación grupal: elementos, procesos, clasificaciones, objetivos.
- IV. Importancia del proceso de formación para el trabajo con grupos (las propuestas de Pichon-Rivière; J. Blejer; A. Bauleo; Anzieu, etc.
- V. Aproximaciones teóricas en el estudio y aplicación de los procesos afectivos en grupo: identificación, relaciones objetales, vínculos colectivos.

### **SEGUNDO SEMESTRE**

- I. El grupo en el trabajo institucional: Posibilidad, niveles de intervención.
- II. La orientación en Grupo: Indicaciones e importancia en la prevención y desarrollo de la Salud Mental.
- III. El grupo de Intervención en Crisis: Propuestas teóricas que llevan a integrar la cognición y la intervención conceptual.
- IV. El movimiento de encuentro en el trabajo con grupos de desarrollo y perspectivas.
  - La terapia centrada en el grupo.
  - El grupo gestalt.
  - Psicodrama.
- V. Psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica: Indicaciones, contraindicaciones, encuadre, aspectos teóricos y técnicos.

### **EVALUACIÓN**

- Mínimo un 80% de asistencia.
- Participación en el Seminario Teórico.
- Participación en el grupo de observación por Cámara de Gessel.
- Trabajo final (análisis crítico de uno de los temas del seminario).

## **PROCEDIMIENTO Y DESARROLLO**

Este modelo está dividido en dos partes fundamentales. La primera corresponde a un seminario sobre aspectos de la dimensión grupal. La segunda corresponde a un espacio terapéutico en el Centro de Servicios Psicológicos.

En lo referente al seminario se exponen, individualmente o en equipos, temas sobre la dimensión grupal. Simultáneamente el grupo es observado y registrado a través de un relator.

El trabajo en el Centro de Servicios Psicológicos, se aborda desde varios lugares. Por lado se encuentra la responsable del grupo, en esta materia, como terapeuta, acompañada de un elemento del grupo actual y uno del grupo anterior, en el lugar de coterapeutas. El resto del grupo funge como observador en la cámara de observación.

Al final de cada sesión, se reúne el grupo y comentan sus observaciones y/o emociones referidas al grupo, o sobre teoría y técnica de intervención terapéutica. Se llena un registro de control de la sesiones (anexo al final).

Esta modalidad de supervisión, abarca los dos primeros semestres de la especialidad. Sin embargo se inicia el trabajo en el Centro aproximadamente a mediados del semestre. Sin embargo, queda abierta la posibilidad para que el equipo de observadores observe todo el proceso grupal que abarcaría el tercer semestre de la Especialidad.

El coterapeuta puede ser elegido bajo diferentes criterios, dentro de los cuales se destaca su disposición y posibilidad de asistir a todas las sesiones.

Cuando coincide la programación de un nuevo grupo terapéutico con el inicio de la Especialidad los alumnos participan en las entrevistas clínicas de selección de pacientes.

## **SUPERVISORA 2**

### **PROGRAMA DE LA MATERIA: PSICOTERAPIA DE GRUPO BAJO SUPERVISIÓN TERCERO Y CUARTO SEMESTRE**

#### **INTRODUCCIÓN**

El seminario contempla una revisión de los aspectos teóricos y técnicos de la intervención terapéutica en grupos institucionales, haciendo énfasis en las técnicas de terapia breve con objetivos focalizados, debido a los objetivos que plantea la especialidad y a que la práctica y la supervisión de la misma se realiza en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología. El seminario vincula los conocimientos teóricos y la práctica en la entrevista, selección, integración y conducción de un grupo terapéutico, a partir del comentario de lecturas y de la supervisión individual y colectiva del trabajo de los estudiantes.

La inclusión de este seminario plantea un objetivo central y es la supervisión de la de la práctica terapéutica, para lo cual los estudiantes tendrán que poner en acción los conocimientos adquiridos a lo largo del curso en las materias de: Evaluación de la Personalidad; Teoría y Técnica de la Entrevista; Teoría y Técnica de la Psicoterapia de Grupo.

La parte teórica del seminario incluye el conocimiento de los aspectos generales sobre la dinámica grupal, los diferentes tipos de grupos y los grupos institucionales.

La parte práctica está orientada a que los estudiantes tengan la experiencia directa como terapeutas y observadores del trabajo terapéutico y la supervisión de la misma, en forma individual y colectiva.

#### **OBJETIVOS GENERALES.**

##### **• A. DOCENTES**

- La formación e información a partir de la revisión de bibliografía específica.
- La práctica supervisada del trabajo terapéutico y la supervisión colectiva.

- **B. INVESTIGACIÓN**

- Se le brinda al estudiante la posibilidad de realizar la investigación que les permite presentar el trabajo para la obtención de su diploma, en base a su trabajo terapéutico en el centro de Servicios Psicológicos.

- **C: SERVICIO**

- Atender a la población que asiste al Centro de Servicios Psicológicos para solicitar atención terapéutica.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

a) Vincular los conocimientos teóricos con la práctica terapéutica en el servicio a la comunidad.

b) Realizar un trabajo práctico con supervisión, que le permita: entrevistar; hacer diagnóstico; derivaciones adecuadas al caso, y focalizar objetivos de intervención y; planear estrategias de tratamiento.

C) En la experiencia de supervisión colectiva, compartir con otros y, a partir de ello, conocer y modificar características del estilo personal

D) Aprendizaje de la conducción de un grupo con objetivos focalizados y tiempo limitado, y del trabajo en coterapia.

**DESARROLLO DEL SEMINARIO**

El seminario está dividido en dos etapas, que en términos generales corresponden a los períodos semestrales.

**Primera etapa:**

Los aspectos teóricos se centran en el conocimiento de las técnicas de terapia breve, la parte práctica está orientada a que los estudiantes se entrenen en:

1. Entrevista y selección de pacientes para la integración de los grupos de terapia.

2. Entrenamiento para el diagnóstico, derivación de pacientes y planteamiento de alternativas terapéuticas, selección y definición de la focalización del objetivo terapéutico.

### **Segunda etapa:**

Los aspectos teóricos están dirigidos al conocimiento de la teoría y la técnica de la conducción de un grupo terapéutico, específicamente en relación al trabajo en grupos institucionales con tiempo limitado y objetivos focalizados.

La parte práctica es la conducción por parte de los estudiantes (en parejas coterapéuticas) de un grupo y la supervisión.

- El entrenamiento como terapeutas al trabajar con un grupo.
- El entrenamiento en coterapia.
- La supervisión, en equipos terapéuticos y colectiva

### **PROCEDIMIENTO**

1. Durante las entrevistas de selección y la terapia de grupo cada alumno cuenta con la observación responsable de uno de sus compañeros y del maestro.
2. Las entrevistas individuales tienen una duración de 50 minutos y se supervisan inmediatamente que terminan.
3. Las sesiones de terapia grupal tienen una duración de una hora y media, una vez a la semana, por un tiempo aproximado de seis meses. La supervisión se realiza al terminar la sesión grupal.
4. Seminario de supervisión colectiva una vez a la semana, en la cual se plantean inquietudes de los alumnos en torno a su práctica y el comentario es con todo el grupo.

### **EVALUACIÓN**

- 80 % de asistencia.
- En el primer semestre se realiza un mínimo de 5 entrevistas de selección y la elaboración completa de una historia clínica.
- En el segundo semestre, conducción y observación de un grupo.
- Asistencia a supervisión colectiva, entrega de fichas de la bibliografía.

## **B) ESTRUCTURA METODOLOGICA DE LA SUPERVISIÓN: Percepción que los alumnos de la especialidad tienen de los dos modelos de supervisión.**

Este apartado pretende destacar, por un lado, cuáles son las nociones de los alumnos sobre los conceptos de supervisión y contratransferencia. Por otro lado, se trata de plantear cuál es la percepción general de los alumnos sobre los dos modelos de supervisión, principalmente cuáles elementos creen que los supervisores destacan. Se ha dividido en varios tópicos, éstos derivados principalmente de las entrevistas llevadas a cabo con el GAF2 (ver sección de anexos)

### **• La supervisión**

- Fantasía de la supervisión.
- Expectativas de la supervisión.
- Contraste de las expectativas.
- Definición de la supervisión.
- Clasificación de la supervisión.
- Funciones de la supervisión.
- Aspectos terapéuticos de la supervisión.

### **• La contratransferencia**

- Definición de la contratransferencia.
- Función de la contratransferencia
- Manejo de la contratransferencia.

### **• Percepción del trabajo de las supervisoras.**

- Elementos básicos de la supervisión.
- Jerarquización de los aspectos teóricos, técnicos, prácticos, etc.
- Manejo de la contratransferencia en cada modelo.

- **Elementos transferenciales en el proceso de la supervisión.**

- **Transferencias positivas y negativas**

Particularizando en los dos modelos de supervisión se plantea cuál es la percepción que los alumnos tienen de ellos, aparecen sin embargo también alusiones a otros espacios, calificados por los alumnos como espacios de supervisión. Como el lector podrá notar, la percepción no es precisamente de una estructura sino de aspectos evidenciados principalmente por la actividad de supervisor

La información vertida en las entrevistas al GAF2 permite cuestionarse sobre el tipo de transferencia con los supervisores, por lo cual se creyó pertinente dejar un espacio para señalar algunas de las sensaciones emanadas de la relación supervisor-supervisado.

### **Supervisión**

El primer punto que se destaca aquí es la fantasía previa que se tenía de lo que era la supervisión. La supervisión, desde la percepción de los alumnos, se llega a asociar con:

- "Regaño". En función de esta idea se espera al término de la sesión terapéutica una lista de señalamientos de lo que se hizo mal, no se hizo, o se hizo de más.
- "Autoridad". Aquí la supervisión es vista como una dimensión normativa que encuadra lo que se debe hacer en terapia.
- "Receta". Aquí el supervisado tiene la fantasía de llegar con un problema, solicitar respuesta y a su vez recetarla a los pacientes.
- "Soporte". Como un espacio necesario para poder "meter las manos" en un espacio terapéutico donde uno ya es responsable.
- "Reforzador". Es decir un espacio donde se va a reforzar positiva o negativamente las características del estudiante en formación.
- "Teoría". En este sentido se restringe la supervisión a la teoría de la psicoterapia.

Estos aspectos podrían considerarse como contenidos manifiestos. Sin embargo explorando los contenidos latentes que alimentan a la fantasía se puede hablar de:

- Esperar encontrar de la supervisión un espacio de confirmación, o sea que no se espera tanto el señalamiento de lo negativo en uno para corregirlo, sino por el contrario que se señalen las cualidades. Atrás de ello se encontraría, una tendencia competitiva.
- Tanto la fantasía de autoridad como la de regaño, pueden estar fundadas en un temor a la crítica, y en elementos persecutorios.
- La restricción de la supervisión al aspecto teórico, plantearía una escisión entre la razón y la efectividad.
- La expectativa de una respuesta externa que satisfaga una necesidad, como por ejemplo la disminución de la ansiedad ante los pacientes, o la pérdida de una imagen positiva ante éstos, muestra en cierto grado la dependencia ante figuras de autoridad.

Los alumnos también tipifican o clasifican la supervisión de diversas maneras.

#### **Criterios de clasificación de la supervisión:**

Aquí se mencionan básicamente dos criterios, el primero referente a la forma de intervención que hace el supervisor. En segundo lugar se haya una clasificación que considere a quién o quiénes funcionan juegan el rol de supervisores.

Con respecto a la primer clasificación tenemos:

- Cuando el supervisor interviene directamente en la sesión de terapia via telefónica, para dar alguna indicación a los coterapeutas.
- Cuando el supervisor se reúne con los coterapeutas inmediatamente después de concluida la sesión, para analizar ésta.
- Cuando el supervisor supervisa a partir del material que le llevan los coterapeutas, sin haber observado la sesión.

En segundo término se contemplarían las siguientes formas de supervisión.

- Cuando el supervisor es el maestro.
- Cuando los supervisores son los compañeros del GAF propio.
- Cuando el supervisor es el grupo de observadores de ambos GAF.
- Cuando el supervisor es el coterapeuta.

En el caso de la primer clasificación, esta puede entenderse de dos formas, como un proceso complementario, es decir como parte de una supervisión integral o, como supervisiones claramente diferenciadas.

En la segunda clasificación se hace referencia al vínculo que se establece con el supervisor y a las fantasías sobre éste. Así pues, se califica a la supervisión entre compañeros más libre, con mayor permisividad, pero con menos crédito que la del maestro, dado que se le adjudica a éste mayor experiencia y autoridad. La supervisión del grupo de observadores, aunque es valorada, también es percibida como hipercrítica. La supervisión de colegas es señalada como complementaria en el trabajo terapéutico, aunque también aparecen elementos de crítica.

### **DEFINICIÓN DE LA SUPERVISIÓN A PARTIR DE LA EXPERIENCIA COMO SUPERVISADO.**

Aquí se pretende contrastar la fantasía que se tenía de la supervisión con la práctica de supervisión que se tuvo.

#### **Funciones de la supervisión.**

- Permite una mayor iniciativa en torno a las intervenciones que se puedan hacer con los pacientes.
- Permite integrar lo aprendido teóricamente y permite llevarlo a la práctica.
- La supervisión te permite ver errores y aciertos, ver cómo evoluciona el paciente, el grupo y el terapeuta.
- Abre una gama de posibilidades o puntos de vista diferentes desde los cuales puede verse lo que sucede en la terapia.
- En la supervisión la crítica no es propiamente a la persona sino en torno al manejo de la técnica.
- Es un espacio donde se pueden expresar y temores respecto al desempeño como terapeutas.

- La supervisión tiene que ser una actividad cotidiana aún afuera del contexto de la escuela, porque uno se sigue formando en el desempeño profesional.
- A la supervisión no sólo se lleva la problemática del paciente sino también la propia, temores, conflictos no resueltos, etc.
- Los modelos de supervisión en la especialidad se complementan.
- Los modelos de supervisión persiguen el mismo fin. Poder ayudar al paciente, haciéndote sensible a sus necesidades,

Como puede observar el lector, se observa un cambio en la percepción previa que se tenía de la supervisión, a partir de la práctica de ésta. Lo que se destaca básicamente es la modificación en cuanto a los elementos "persecutorios". También se plantea la supervisión como una posibilidad de integración de la teoría y la práctica. Esto es sumamente importante dado que se ubica a la supervisión dentro del contexto del manejo de la técnica.

#### **El aspecto terapéutico en la supervisión.**

De entrada la las líneas anteriores pueden, por sí mismas contestar a la pregunta de si la supervisión es terapéutica. Sin embargo se añadirán algunos comentarios en torno a este aspecto.

La mayoría de los estudiantes del GAF2 coinciden en que la supervisión es terapéutica, por el hecho de movilizar en ellos conflictos no resueltos o poco elaborados. Esta movilización se debe a que los estudiantes del GAF2, al iniciar las supervisiones, sólo cuentan con un año de terapia. Esta puede ser una de las razones por las cuales la supervisión se vuelve terapéutica.

Cabe mencionar que la terapia "didáctica" que llevan los GAF es grupal y se lleva a cabo dentro del propio Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad.

La supervisión es vista como terapéutica porque te permite al terapeuta en formación descentrarse y abrirse a nuevas opiniones.

La supervisión, por ejemplo, se percibe terapéutica también por la sensación de tranquilidad que dejan las sesiones. Quizás la dimensión donde lo terapéutico se plantea como más evidente es en los señalamientos de la contratransferencia, es decir, donde los pacientes son reflejo de conflictivas personales del terapeuta en formación. El señalamiento de aspectos personales, que se evidencian ante el paciente, permiten ver puntos ciegos o reconocer conflictivas no resueltas, pero que están presentes. Algunos compañeros sintetizan esto como permitir reconocerse a sí mismos.

Algo muy importante que se rescata de las entrevistas es que lo terapéutico depende de la disposición que tenga el alumno de mostrarse y no sólo ver en la supervisión un espacio de aprendizaje académico.

Hay una demanda manifiesta también: tratar de extender los límites de la supervisión para que esta sea expresamente terapéutica, o que la terapia didáctica que se recibe se amplíe como espacio de supervisión.

### **CONTRATRANSFERENCIA**

En estas líneas se destaca no ya la noción de contratransferencia sino el significado que los estudiantes del GAF2 le dan a ésta en el contexto terapéutico.

- La contratransferencia tiene, ante todo, que sentirse.
- Los sentimientos contratransferenciales tienen que definirse, saber qué es lo que se está sintiendo.
- Conociendo tales emociones hay que identificar si son derivados de nuestra personalidad o de la personalidad del paciente.
- El manejo de la contratransferencia permite, hacer una devolución al paciente de lo que provoca en los demás.
- Cuando no se maneja la contratransferencia se anteponen los sentimientos propios a los del paciente.
- Las reacciones contratransferenciales tienen que llevarse a supervisión o a terapia.
- La contratransferencia no sólo se da en el contexto terapéutico en marcha, sino desde las entrevistas.

## **PERCEPCIÓN QUE LOS ESTUDIANTES DEL GAF2 TIENEN DEL TRABAJO DE LA SUPERVISORA 1**

La mayoría de los alumnos coincide con la opinión de que la supervisora le daba relevancia a los aspectos teóricos. Se señala como objeto de estudio y trabajo en este modelo a la "grupalidad".

Algunos alumnos perciben la primacía de los aspectos teóricos como una rigidez de la supervisora que no permite la emergencia de elementos afectivos. Otros interpretan que hay un interés muy claro por parte de la supervisora y es el de proporcionar herramientas teóricas.

Al parecer, los alumnos tienen la percepción de que la información que se vierte en las sesiones de supervisión siempre tiene un sentido grupal y no individual. Por ejemplo, si un observador plantea alguna emoción, la lectura que hace la supervisora es como si el alumno fuera un emergente del grupo de observadores. Así mismo considera que hay un fenómeno de isomorfismo entre las grupalidades, el grupo terapéutico y el equipo terapéutico.

El manejo de la contratransferencia no estaría exento de ser tomado en un sentido grupal, de tal forma que las reacciones contratransferenciales, tanto en los coterapeutas como en los alumnos del grupo de observadores, pueden calificarse dentro de este modelo reacciones contratransferenciales grupales.

En lo que se refiere al manejo de la transferencia y contratransferencia se señala que es un trabajo más en el aquí y ahora, es decir, que no se busca el origen de los afectos o formas de relación que se actualizan en la sesión.

Varios alumnos hacen alusión a que no hay un trabajo personalizado, ni con los pacientes ni con los supervisados.

El hecho de que la supervisora sea quien está dando terapia es calificado como una tendencia a protagonizar el proceso.

Una de las actitudes señaladas por los alumnos como importante en esta modalidad de trabajo es la tendencia de la supervisora a concretizar y sintetizar lo ocurrido en las sesiones a partir del llenado de un registro que contempla: Temas manifiestos, contenidos latentes, intervención de los terapeutas, etc. (Ver sección de anexos).

## **PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ALUMNOS DEL GAF2 DEL TRABAJO DE LA SUPERVISORA 2**

Varios alumnos coinciden que una herramienta básica de la supervisora es la confrontación del supervisado con sus emociones. Plantean como las intervenciones de los terapeutas en formación con sus pacientes permiten hacer evidente su contratransferencia.

El manejo que hace de los elementos contratransferenciales busca contextualizarlo en la historia de lo supervisados. A veces esta búsqueda es percibida como algo intrusivo, sin embargo predominan las opiniones de que la supervisora sabe poner límites en torno a meterse directamente con la historia personal. Incluso se menciona que el manejo de límites flexibles al entrar y salir del espacio emocional es algo que la supervisora pretende que los alumnos aprendan.

A pesar de que algunos de los estudiantes del GAF2 plantean que la supervisora buscaba entrar en la historia personal de los supervisados, hay menciones de que también señalaba aspectos que tenían que ser trabajados en un espacio propiamente terapéutico.

Los alumnos plantean cómo la supervisora da prioridad al proceso terapéutico de los pacientes, aunque sin olvidar el proceso de formación de los estudiantes de los GAF.

Se señala que hay un interés de dar una idea general de proceso, desde la conformación del grupo hasta la culminación. Algunos acentúan al respecto que, aunque no se concretiza sobre lo que sucedió en la sesión, sí se plantean objetivos terapéuticos para la siguiente.

Cada vez que hay oportunidad las supervisoras aprovecha la experiencia de las sesiones para incitar a los alumnos a la búsqueda de elementos teóricos que expliquen lo que está pasando.

Hay opiniones dividida en cuanto a la actitud de la supervisoras ante las intervenciones de los estudiantes del GAF2. Algunos consideraban que tal actitud era abierta y de aceptación, mientras que otros la sentían rígida y de censura. El GAF2 plantea también cuáles eran sus propias actitudes. ante la apertura de la supervisoras se sentían con confianza de expresarse, mientras que ante la actitud rígida se limitaban en la expresión, por creer que todo lo que dijeran debía de tener una justificación teórica o metodológica.

#### **TRANSFERENCIA CON LOS SUPERVISORAS.**

Este aspecto se ha incluido debido a que durante las entrevistas con el GAF2 aparecen alusiones continuas con respecto a la persona de las supervisoras.

<b>SUPERVISORA 1</b>	<b>SUPERVISORA 2</b>
<b>PRIMERA FASE</b> - Rivalidad - Rechazo - Distancia efectiva	<b>PRIMERA FASE</b> - Rechazo a la autoridad - Temor
<b>SEGUNDA FASE</b> - Dependencia - Pasividad	<b>SEGUNDA FASE</b> - Dependencia - Confianza

Este tipo de transferencia, es justificada por los alumnos desde diferentes lugares. Aquí lo importante es señalar que esa transferencia maliza el trabajo que se realiza en la supervisión y el reflejo que ésta tenga en el desempeño como coterapeutas de los supervisados, además, como se aprecia en el cuadro hay una evolución de la transferencia del principio al final del proceso de supervisión.

Así tenemos, por ejemplo, que algunos señalamientos hechos por la supervisora vía telefónica no son escuchados, y hay conciencia de que también no quisieron ser escuchados. Esto obviamente da una dirección específica al abordaje terapéutico que realizan los estudiantes del GAF.

Otro caso sería en el que se teme a la supervisora, y la imagen de ésta está presente, a tal grado que el alumno que, funge como terapeuta, se paraliza y no quiere intervenir.

El caso de la transferencia positiva, se podría ejemplificar como aquellas situaciones en las que el temor a la crítica disminuido y el alumno se siente más relajado, o menos presionado, para intervenir con libertad. Aunque también se encontraría otra posición en la que es tal la dependencia que se trata de seguir al pie de la letra los señalamientos de la supervisora perdiendo de vista lo que sucede en la sesión.

## **C) CONCEPTUALIZACIÓN Y OPINIÓN QUE LAS SUPERVISORAS TIENEN SOBRE EL TRABAJO DE SUPERVISIÓN EN EL CURSO DE LA ESPECIALIDAD.**

Este apartado pretende rescatar las concepciones de las supervisoras, principalmente aquellas derivadas de su experiencia y práctica clínica.

### **SUPERVISORA 1**

#### **DEFINICIÓN DE LA SUPERVISIÓN**

La supervisión es una actividad compleja que no se ha definido totalmente, cada vez que alguien se aboca a ello aporta más datos. El oficio o el arte de la supervisión es acompañar en el trabajo psicoterapéutico, a un otro que está en formación. En este trabajo se esperaría que el alumno, apoyado por el supervisor, rescate sus propias partes contratransferenciales, ésto con la finalidad de que se lleve a cabo la labor psicoterapéutica de la mejor manera.

Pero la supervisión es aún más que eso. Cuando se supervisa a alguien no sólo se tiene el compromiso del rescate de la contratransferencia del otro, sino de uno mismo. Este ha de ponerse en el lugar del otro y no sólo cuestionar al alumno desde el lugar del supervisor, sino desde el propio lugar del alumno.

Si bien hay partes que el propio supervisor no ha visto de sí mismo, también lo que le trae el supervisado encuentra resonancia contratransferencial en el supervisor. Toda esta complejidad hace que el proceso de supervisión sea difícil de definir.

#### **ASPECTOS TERAPÉUTICOS E LA SUPERVISIÓN**

La supervisión no tiene fines terapéuticos. El supervisor no se plantea de entrada hacer psicoterapia con el alumno o que éste revise aspectos de su propia personalidad y tenga un cambio. A pesar de ésto, puede decirse que la supervisión es terapéutica, porque

al rescatar partes de la historia del paciente, que se actualiza y resignifica en el encuentro terapéutico, se producen cambios en el supervisado, aunque tales cambios no hayan sido planteados propositivamente por el supervisor.

En la supervisión, a diferencia de la terapia, no hay una demanda clínica, es decir, el alumno no acude diciendo: "necesito revisar lo que me pasa". Aunque puede llegar con esta demanda, tal demanda no es la que lleva al alumno como necesidad básica, más bien la demanda se refiere a lo que ocurre en referencia a un otro, al paciente. El alumno demanda clarificar qué pasa en la relación, principalmente en los momentos en los que aparece obstaculizado el trabajo terapéutico, es decir, el alumno llega con la demanda de formación.

Regresando a la cuestión de si la supervisión es terapéutica o no, es evidente que la supervisión resulta más terapéutica de lo que se esperaría. Esto lleva a la necesidad de ampliar el propio término "terapéutico". En este sentido, dentro de la supervisión, la terapia no sería algo que se busca propositivamente, sin embargo, durante el proceso se dan reacomodos, experiencias de desarrollo y de conocimiento.

### **DEMANDA DE LOS ALUMNOS HACIA LA SUPERVISIÓN**

En el caso del primer modelo de supervisión, puede decirse que la demanda es generada por la propia supervisora, dado que los alumnos tienen poca claridad sobre el contenido de las materias y sobre las actividades definidas dentro de las mismas.

Al no haber una demanda clara, ésta se tiene que ir siendo construida con los alumnos.

Primero se construye la demanda de revisar qué es lo que pasa con los grupos. Esto parte en primer lugar de la supervisora y posteriormente de los intereses del grupo; se plantea, entonces, llevar a cabo un seminario, en donde vinculando los aspectos teóricos se analiza la propia dinámica del grupo de alumnos en formación.

Posteriormente los alumnos en formación se convierten en observadores de un grupo terapéutico. En donde la maestra del seminario juega el rol de terapeuta. Al término de la sesión terapéutica se reúnen los observadores, los alumnos en formación y la maestra, para una sesión clínica de supervisión en la que se da particular atención a los aspectos contratransferenciales. De tal forma que el seminario queda estructurado en 4 momentos básicos, que puesta en palabras de los alumnos serían:

- "Vamos a aprender sobre los grupos";
- "Vamos a aprender de un grupo terapéutico";
- "Vamos a aprender de alguien que se supone sabe técnicas y tácticas" y;
- "Vamos a aprender de grupos a través del trabajo terapéutico de alguien, quien sea, de la observación y sobre todo, de lo que nos permite entrar en contacto con nosotros mismos., es decir aprender de la contratransferencia".

Después de esto, los alumnos tienden a resignificar cada uno de los momentos. Lo ideal es que lleguen al compromiso de preguntarse cómo están siendo movilizados durante todo el proceso. Es ahí cuando los alumnos se dan cuenta que no van a aprender técnicas, sino la Técnica, con mayúscula, que vendría a ser la posibilidad de un encuentro, de una intersección con la demanda de un otro, lo que esa demanda genera en uno cuando observa, cuando revisa. Pero además, existiría un trabajo paralelo que no se podría dejar a un lado, el trabajo clínico: la investigación clínica, el planteamiento de hipótesis. Esto es sumamente importante, puesto que no se puede trabajar sólo con la resonancia y dejar a los alumnos con ella. La supervisión tendría que funcionar como un "continente" de todas las cosas que se movilizan.

El grupo observador, en un principio, se centra en la tarea, es decir, sobre las técnicas y procedimientos, sobre "lo que se debe o no se debe hacer". Esto puede hablar de elementos defensivos y es común encontrarlo en casi todos los grupos. El trabajo subsecuente, como se ha expresado en líneas anteriores, es revisar los aspectos contratransferenciales, tratando de dilucidar qué sucede a los elementos del equipo terapéutico ante la dinámica del grupo al que observan.

## HISTORIA DEL MODELO DE SUPERVISIÓN DE LA SUPERVISORA 1

(Aquí, tratando de no perder la literalidad del discurso se habla en primera persona)

Esta forma de supervisión no fue parte de la experiencia de formación en la Especialidad. Ahí lo que hice fue observar grupos, muy pocos y sin un marco teórico bien definido. Eran grupos comunitarios, grupos de trabajo con parejas, donde la demanda no era la psicoterapia específicamente, eran por así decirlo, grupos de orientación. Sin embargo fue muy importante conectarme con la Especialidad después de haber tenido práctica clínica en instituciones.

La práctica con la demanda clínica de los pacientes, como terapeuta grupal, fue lo que me obligó a enfrentar el trabajo, ahí me di cuenta que había muchos grupos. Me di cuenta que no era un grupo ni tampoco un modelo. Me di cuenta también que un modelo de marco teórico era muy interesante y que podía explicar muchos de los efectos de la fenomenología grupal, pero que en un momento dado, con el trabajo comunitario, el trabajo en instituciones de salud, educativas o de investigación clínica, no podía ajustarse. Era el "encuentro" con el trabajo como se podía hablar de niveles de intervención.

El trabajo con los grupos de orientación permitía dos cosas. Por un lado, me permitía utilizar lo que me habían enseñado con respecto a la dinámica grupal en general. También me ayudaba a "desconectarme" de lo que el "otro" me movía, era algo así como: "si informo, si oriento, si evalúo, bueno, yo tengo la sartén por el mango".

Posteriormente, en el trabajo que se llevaba a cabo con grupos de sensibilización, tanto en el ámbito comunitario como institucional, se gestó la necesidad de entender qué pasaba con aquel grupo al que no se le orientaba, sino al que se le movían cosas, al grupo que compartía una demanda, aunque no explícita. Precisamente ahí era más la movilización del terapeuta.

Cuando se empieza a trabajar concretamente con grupos es común que el terapeuta se adhiera a parámetros, derivados de algún autor, por ejemplo, criterios de inclusión, clasificación de grupos, etc. Esto sin duda sirve para formar grupos, sin embargo, al iniciar el trabajo concreto es común que dichos parámetros se queden en los libros. Se hace

evidente, entonces, que el grupo va más allá de lo que se piensa y que es importante saber cuál es la necesidad del mismo.

En el proceso de formación no es suficiente observar a alguien haciendo terapia o haber asimilado el contenido de los libros, sino que es necesario un espacio entre la formación teórica del terapeuta y la práctica clínica. Un espacio de contención donde el alumno pueda percatarse de lo que le genera el trabajo grupal, un espacio para revisar aspectos propios en beneficio del proceso terapéutico con sus propios pacientes.

Cuando el "trabajo con grupo", se libera un poco de una definición *a priori* puede convertirse en una experiencia de gran riqueza. Por ejemplo, equipos de alumnos plantean ante sus compañeros el trabajo realizado con un grupo, y este trabajo se convierte en objeto de análisis desde el lugar de la propia vivencia de cada alumno, todos los alumnos conforman lo que podría llamarse un equipo de supervisión. Este ejemplo trata de mostrar las posibilidades de un espacio de contención que una el sentir con el entendimiento de la fenomenología grupal, aspectos que parecen mutuamente excluyentes cuando no ha habido un involucramiento con la práctica clínica

La tendencia a darle una connotación práctica a una materia como Psicoterapia de Grupo es evidente en este modelo. Sin embargo, se ha visto obstaculizada por lineamientos formales. Por ejemplo, no es lo mismo esta materia impartida en una maestría que en una especialidad. En el primer caso este espacio está restringido al análisis de elementos de la teoría y la técnica.

El modelo de este seminario en la Especialidad plantea un trabajo en 4 momentos o 4 "grupaldades"

- Un grupo eminentemente teórico, en el cual se recoge la experiencia grupal a través de una crónica. Esto va a permitir ver cómo el grupo asume la tarea, una tarea explícita que es revisar contenidos específicos sobre grupos.
- Un grupo de observadores. El grupo de alumnos en formación se constituye en grupo de observación de un proceso terapéutico, en donde el la maestra del seminario juega el rol de terapeuta. Además se incluye a un alumno en formación como coterapeuta.

- Un grupo terapéutico, es decir el grupo formado por los alumnos que demandan el servicio al Centro.
- Un grupo clínico o de investigación clínica, que también puede ser llamado de grupo de supervisión.

La idea es que haya una formación teórica y vivencial para dar atención clínica, pero además que se abra la posibilidad de saber que la grupalidad en la que se está inmerso permite establecer hipótesis clínicas y modificarlas, revisar aspectos de la técnica, proponer nuevas formas de intervención, en fin, hacer cambios.

El modelo plantea que uno de los alumnos del grupo de formación entre a la sesión como coterapeuta. Aproximadamente a la mitad del proceso se integra un alumno de la nueva generación, de tal manera que el equipo terapéutico (dentro de la sesión) lo conforman el supervisor-terapeuta, un coterapeuta de la generación anterior y un alumno de la generación en curso.

Con respecto a la coterapia, ésta se justifica por la intención docente del terapeuta en relación con los alumnos en formación. El problema de tener un coterapeuta miembro del grupo de alumnos tiene sus dificultades. Elegir un alumno del grupo implica excluir a los demás. El modelo pretende que la vivencia de exclusión se diluya, bajo el entendimiento de que la acción coterapéutica se da tanto dentro como fuera de la sesión, es decir, que tanto la observación como la supervisión grupal son acciones coterapéuticas.

Siempre ha habido, dentro de este modelo de trabajo, un coterapeuta "experimentado" y un coterapeuta "nuevo". Cuando ingresa este último podría decirse que el primero adquiere un estatus en coterapia. Este planteamiento enriquece al modelo. El estatus que adquiere el viejo coterapeuta no va en razón de que hable más, sino de la experiencia adquirida en un año, insertándose en la labor terapéutica y revisando aspectos de sí mismo. También permite un espacio de contención para el nuevo, para que éste no sienta con la obligación de participar. Esta propuesta no es algo *a priori* sino una construcción que se da a partir de la práctica clínica.

## **DIFICULTADES PARA LLEVAR A CABO LA SUPERVISIÓN**

La primer dificultad que se tiene para abrir un espacio de supervisión es el tiempo. El tiempo designado institucionalmente para la materia y el tiempo del que los mismos alumnos disponen. El primer aspecto se ha solucionado sin embargo no así el segundo. Los alumnos están obligados a asistir dos semestres y que en los otros dos semestres su asistencia depende de su disposición y de la carga de otras materias.

Una dificultad más son las características del espacio para la terapia y la observación del Centro de Servicios Psicológicos, las salas son calurosas, el sonido es malo, se filtran ruidos de afuera, aunque a veces éstos son trabajados como recursos para entender que está sucediendo adentro.

Los grupos terapéuticos tienen una duración de un año con posible recontractación de algunos pacientes, de tal forma que en el grupo terapéutico puede haber "viejos" y "nuevos" pacientes.

Definitivamente, estar dentro de un escenario educativo institucional complejiza la demanda clínica. Los futuros pacientes acuden y argumentan su interés por conocer en qué consiste la terapia de grupo, es decir, más por un interés académico que por una demanda terapéutica, aunque claro que ésta existe implícitamente y sirve de guía a la terapia.

## **AJUSTES AL MODELO**

He pensado en modelos a corto plazo, con una psicoterapia más intensiva. O también es sesiones dos veces a la semana, con una revisión de la demanda más intensiva, utilizando algunos instrumentos que permitan detectar capacidad de insight y poder garantizar un mayor compromiso por parte de los pacientes. Esto permitiría movilizar dos puertas para el cambio, de tal manera que el trabajo no se pierda o diluya el fin de semana.

También es importante evaluar el modelo respecto al grupo de observación, ver que características hacen que el estudiante tenga un mayor compromiso y pueda sentirse

realmente como parte del equipo y no como alguien que está observando el trabajo de otros. Habría que buscar criterios sobre quienes van a observar, cómo y cuándo.

## **SOCIALIZACIÓN DE LA SUPERVISIÓN**

No he tenido ocasión para platicar todo esto afuera. Uno lo platica con los alumnos, con los grupos, pero como todo, cada promoción tiene una altura un grado de compromiso y bueno se acaba y el equipo se despide.

He presentado en congresos lo que hago, pero que interesa pero algo comentarios como "ah, eso yo ya lo hice", si yo creo que lo han hecho, pero lo han hecho en partes. Lo que creo que no he platicado, más allá de la especialidad, es el modelo como una parte docente muy valiosa, porque lo es y forma parte de una propuesta de formación, no nada más para quienes tienen ocasión de hacer una observación sino para quien va a ser terapeuta de grupo.

Este trabajo ha sido por desgracia un trabajo aislado, habría que proponer que todas estas cosas pudieran ser compartidas con quienes están dirigiendo otros grupos, compartiéndolas tendríamos la posibilidad de enriquecernos con las experiencias o realmente plantear "hay esta propuesta, hay esta otra".

Por otro lado, todo el mundo puede decir: "qué bueno que lo haces, es un trabajo interesante, que les gusta a los muchachos", sin embargo al plantearlo como una forma docente, fuera de ciertos cánones positivistas de lo que la docencia genera temor al cambio, porque implicaría reconocer que esta propuesta nos regresa a una "observación casada con la contratransferencia. Cuando se habla de contratransferencia pareciera que todos la definimos, la clasificamos, pero no nos hacemos cargo de ella o bien la dejamos para nuestro propio espacio de análisis o de supervisión, sin embargo esto forma parte de la formación docente, desde la licenciatura. Yo creo que si se podría hacer un esfuerzo en tal sentido, trabajar con los muchachos: qué están haciendo, como lo están haciendo, y demás. Yo empecé planteado un trabajo con el libro de "Aprender Jugando", porque los alumnos demandaban que se les diera algo, porque eso les hacía sentir que aprendían algo. Con el

tiempo eche estas propuestas de lado y las dejé para un trabajo técnico, puesto que es mucha la responsabilidad, además es lo menos grupal que he oído.

## **LA CONTRATRANSFERENCIA**

Algunas personas ya han estudiado la contratransferencia. Se pensaba que la contratransferencia, como objeto de estudio, era algo que nos exponía y cosas así, una serie de mitos. Yo pienso que habría que desechar estos mitos y que hay que utilizarla, así como dice González Nuñez (1989): "la fortaleza del coterapeuta es la contratransferencia". Pero no sólo como objeto de estudio o herramienta, la transferencia tendría que ser vista también como un procedimiento que implica procesos. A veces se hace la diferencia entre proceso y procedimiento, entendiendo por proceso algo que pertenece a la demanda clínica del paciente y, procedimiento a algo que maneja el terapeuta propositivamente para producir un cambio. Lo que yo planteo es precisamente rescatar de una situación procedimental lo procesual.

## **SUPERVISORA 2**

### **DEFINICIÓN DE LA SUPERVISIÓN**

En un contexto de formación, la supervisión es revisar con los alumnos lo que están haciendo, para que alcancen una síntesis de los conocimientos teóricos que se supone que tienen, aplicándolos a los casos clínicos que estén trabajando. El supervisor no tendría que dar información, o hacer que el alumno lea aspectos teóricos. La función que tiene el supervisor es ver que el trabajo que están haciendo los alumnos lo hagan bien, considerando en dónde hay que reforzar aciertos, dando orientación sobre cómo se pueden manejar ciertas situaciones, en fin, ir orientando el trabajo, que es donde se expresaría la síntesis de lo teórico, lo técnico y lo práctico.

La supervisión clínica, individual o de grupo, tiene una particularidad dado que es un trabajo donde interviene la subjetividad, la intersubjetividad. En el trabajo de supervisión interviene el supervisor con su formación teórica, con su experiencia y, se supone que también con su análisis, su función es formar a otro. El supervisado es un sujeto en formación, pero que cuenta con un bagaje de recursos teóricos y lo que tiene que hacer es ponerlos en práctica. Lo que se tiene aquí es a dos sujetos con diferentes historias y diferente formación, sin embargo hay un tercer aspecto, el paciente o, en el caso de la terapia grupal, el grupo de pacientes. Estos tres niveles plantean ya cierto grado de complejidad.

El primer objetivo del supervisor es ayudar al supervisado a que no haga daño al paciente, para que pueda darse un proceso de cura o de salud, o de transformación de los síntomas. Que el supervisor cuide al paciente permite al terapeuta en formación aprender a hacer lo mismo, esto permite además que el alumno no viva la sensación de fracaso durante su formación, o al menos no tan intensamente, sobre todo cuando es su primera experiencia.

Dentro de esta modalidad, que se practica dentro del Centro de Servicios Psicológicos, el evitar la vivencia de fracaso en el alumno en formación tiene una justificación. Esta es que no se tiene la oportunidad de trabajar la elaboración, ya que la

experiencia dura un semestre. Al final, el estudiante se va con el conocimiento de cuáles son las áreas con las que tiene que trabajar, se va con el reconocimiento de cuáles son sus aciertos y sus errores elaborables, pero no con los fracasos. De la misma forma en que se propone el cuidado del paciente, del terapeuta en formación, también se esperaría que el supervisor también se cuidara.

Otro aspecto fundamental, dentro de este modelo es el foco que se elige. Esto es importante porque se tiene un tiempo limitado y a veces no es posible trabajar con el alumno, por ejemplo, el fracaso, aunque no se pone en tela de juicio que se aprende también de los fracasos. Puede dejarse que los alumnos lleven a cabo alguna propuesta de intervención, pero no pueden estar ensayando siempre.

El programa de la materia es relativamente nuevo, tiene una aproximación que se va ajustando, tomando a Fiorini (1992) y su terapia de esclarecimiento, aplicada a la terapia grupal.

La materia de supervisión dentro del contexto de la Especialidad, podría definirse como la organizadora de la especialidad, porque es allí donde se han evidenciado las deficiencias del programa de formación.

## **ASPECTOS TERAPÉUTICOS DE LA SUPERVISIÓN**

La supervisión es la posibilidad de que la gente se exponga, en el sentido en que se atreve a decir cómo trabaja, si los demás están en esa disponibilidad, pueden escuchar y aprender de los compañeros. Si la Especialidad es sobre grupos, es necesario que la supervisión también sea colectiva, porque se aprende mucho de lo que opina el otro. Aunque, cuando a uno le toca actuar, actúa desde lo que conoce, la supervisión grupal le aporta otros elementos. En este tipo de supervisión la gente aprende a manejar su agresión, su persecución. Los alumnos aprenden a escucharse mutuamente, a no atacarse. Estos alumnos no vienen originalmente con la actitud de escucha, más bien vienen con una actitud de competencia descalificadora. La actitud de escucha del supervisor es una función terapéutica dentro del proceso.

## DEMANDA DE LOS ESTUDIANTES HACIA LA SUPERVISIÓN

Los estudiantes demandan que se les de todo trayendo muy poco. Eso sí, traen muchas ganas vienen con una gran demanda de aprendizaje. Los alumnos demandan que se les satisfagan necesidades que no están dentro de la materia, por ejemplo el vacío conceptual, el vacío de un marco teórico. Demandan todo y es agrdable que lo demanden.

## HISTORIA DEL MODELO DE SUPERVISIÓN

(En esta sección se ha conservado la literalidad del discurso, hablando en primera persona)

Cuando me llegó el primer grupo de alumnos se hizo evidente que no habían tenido teoría y técnica de la psicoterapia de grupo, no habían tenido experiencia en entrevistas. Era su segundo año en la especialidad y sólo habían tenido entrevistas de seguimiento que duraban diez minutos, preguntándole al paciente cómo estaba. Me asusté al pensar que tenía que trabajar con alumnos que no tenían información sobre la teoría y la técnica de la terapia de grupo, que no sabían de qué se trataba un grupo, no habían tenido contacto con los pacientes, y que además el seminario era de supervisión.

Institucionalmente sólo se tenían designadas a la materia de supervisión dos horas semanales, pero además no se tenía lugar donde hacer psicoterapia de grupo.

Al principio yo no tenía idea de las cosas, sólo vi que los alumnos tenían ganas de hacer algo y .o fui inventando, fui abriendo espacio en el Centro, no sin dificultades.

Con Marie Langer\* fui coterapeuta de un grupo. Ahí se daba la supervisión colectiva para los grupos terapéuticos, el procedimiento era muy similar al que llevo a cabo aquí. Aprendí mucho de ella y de Isabel Díaz Portillo\* 2, de quien fui coterapeuta. De los grupos que se originaron en ese contexto, aprendí de su forma de supervisar, de su forma de

---

\*Ambas fueron terapeutas de grupo en el centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología. Marie Langer de 1981 a 1987 y Díaz Portillo de 1981 a 1993.

trabajar, aprendí a hacer el trabajo de supervisión colectiva sin guardarlo como un secreto o en forma aislada. Habla por ejemplo, observadores oficiales. Lo que estoy haciendo no es totalmente nuevo, lo que es nuevo es la focalización en tan breve tiempo, y lo más nuevo es que lo hagan los estudiantes noveles en formación.

De mi experiencia como supervisada, he obtenido una capacidad de escucha, una actitud realmente "abierta", libre, escuchar para entender. Incluso en el trabajo con grupo podría hablarse de una actitud abierta terapéuticamente.

Por otro lado, hay que hacer la diferenciación de lo que es la formación psicoanalítica de corte ortodoxo y de una formación psicodinámica de dos años que es el entrenamiento que se da en la Especialidad. Si yo me ciño al título de la Especialidad, "psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones", el trabajo tiene que ser focal. Creo que se tiene que revisar de qué manera se va a combinar lo focal con lo psicodinámico que ustedes demandan, o si existe lo focal desde otra postura teórica.

Ahora es la primera ocasión en que existe un proyecto de supervisión, nunca había existido. Ha sido un trabajo de cuatro años de estar buscando un lugar, un espacio para que se reconsiderara el concepto de supervisión.

#### **DIFICULTADES PARA LLEVAR A CABO LA SUPERVISIÓN.**

Aparte de los vacíos conceptuales, de no tener experiencia en psicoterapia individual, de no haber tenido contacto con los pacientes, el estudiante no viene con una actitud de escucha, viene con una actitud competitiva de descalificación hacia el otro, con una actitud de: "yo lo voy a saber todo y no voy a cometer errores". Atrás de esta actitud hay mucho miedo a exponerse, porque saben que se pueden equivocar.

Hay dificultades derivadas de la institución, una de ellas es la desconexión que hay de quienes realizan la práctica de supervisión y quienes organizan los programas. Otro ejemplo de la desvinculación es que el trabajo de las tesis es evaluado por gente que no tiene idea de lo que se hace en el Centro. Hay también un abandono, dado que por años no

se hace una observación del trabajo clínico en lugar de apoyarlo se le han puesto obstáculos.

### **AJUSTES AL MODELO**

Los ajustes que se proponen no son precisamente al modelo sino a las condiciones que permiten o no llevar a cabo el modelo. Tales como el que los alumnos tengan una capacitación durante el primer año en entrevista y terapia individual. Esta aproximación es importante porque permite la vinculación con el paciente.

Existe la necesidad de un espacio para que interactúen docentes, supervisores, supervisados y personal.

Es importante también cuestionarse la vinculación de lo psicodinámico con lo focal. El trabajo tiene que ser focal dadas las condiciones de la institución con respecto al tiempo, y dado que sólo se tienen dos años para formar a terapeutas de grupo que van a trabajar en instituciones, además de que el seminario de supervisión dura solamente un año.

### **SOCIALIZACIÓN DE LA SUPERVISIÓN**

Teóricamente deberían de haber sesiones clínicas en donde hubiera interacción del docente, el supervisor, los supervisados, y el resto del personal, para hacer un trabajo clínico de tipo colectivo. Este trabajo es difícil, casi imposible hacerlo dentro de la Facultad de Psicología. El trabajo de supervisión es muy aislado. Sin embargo, el espacio de discusión es necesario, y si las condiciones de la Facultad no lo permiten se busca en el exterior.

Es sumamente importante que se reorganice el programa de la Especialidad porque no es congruente el nombre con lo que hay que hacer en la realidad

## LA CONTRATRANSFERENCIA

La relación terapéutica es un instrumento privilegiado. Así como se depositan cosas de uno mismo en los demás, también se toman cosas de éstos. La contratransferencia es el sentimiento que el paciente desencadena en uno como terapeuta. Lo que se desencadena en nosotros tiene que ver con nuestra historia por eso "nos mueve", pero también está determinada por la psicodinamia del paciente. En este sentido la contratransferencia es también un instrumento de diagnóstico.

Como persona común y corriente podemos pelear con otro por lo que nos despierta, decir "ya no lo veo", "ya no lo quiero", etc., pero como terapeutas nuestro papel es implementar esos sentimientos, es decir esas depositaciones. De principio se tiene que reflexionar sobre uno mismo, sobre los propios juicios, prejuicios, historia, concepciones de lo que debe de ser un paciente, luego ver al paciente y ver por qué nos está desencadenando eso. Una vez que se ha descartado qué nos está pasando, si realmente tiene o no que ver con nosotros, entonces se le puede devolver al paciente la situación.

La contratransferencia tiene que estar al servicio del paciente, éste va a provocar, diversos sentimientos, ¿cómo se lo vamos a decir? Ahí es donde está la evolución de la transferencia, tenemos que dejar que se desenvuelva, pero nosotros estar pendientes de cómo está pasando, cómo vamos a devolver esto, esa es la interpretación. La interpretación no es algo mágico, que nos cae por inspiración divina, tiene que ver con reconocer que es lo que pasa en la relación.

## CAPÍTULO 4

### MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN SESIONES DE SUPERVISIÓN

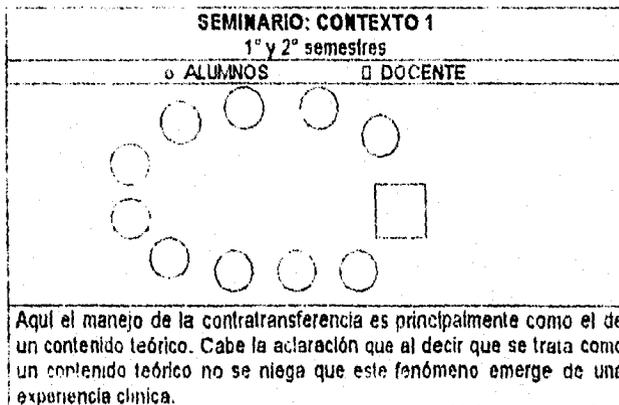
La información que se vierte en las siguientes líneas fue obtenida de registros de grabación de sesiones de supervisión, las cuales fueron posteriormente transcritas. Se eligieron 5 sesiones de cada modelo de supervisión: la inicial, tres intermedias y la sesión final.

Puesto que la práctica de la supervisión en ambos modelos pertenece a una estructura más amplia, se consideró de suma importancia ubicar tanto espacial como temporalmente los contextos en los cuales dicha práctica se hace evidente. En este sentido también se hace importante aclarar de quién es la contratransferencia y si ésta es un fenómeno *in situ* o si es un referente verbal de una experiencia previa.

#### CONTEXTOS DE TRABAJO Y CONTRATRANSFERENCIA EN LA PRACTICA DE LA SUPERVISIÓN: SUPERVISORA 1

En un primer momento, la supervisora 1 plantea un seminario, en los dos primeros semestres. En este seminario se revisa teóricamente la fenomenología grupal, pero además se plantea al propio Grupo de Alumnos en Formación (GAF) como objeto de análisis, de tal manera que exista una retroalimentación entre lo que teóricamente se aborda y lo que acontece en dicho grupo: formas de resistencia, alianzas, momentos grupales, transferencias, etc.

Este momento del proceso se podría graficar de la siguiente manera:



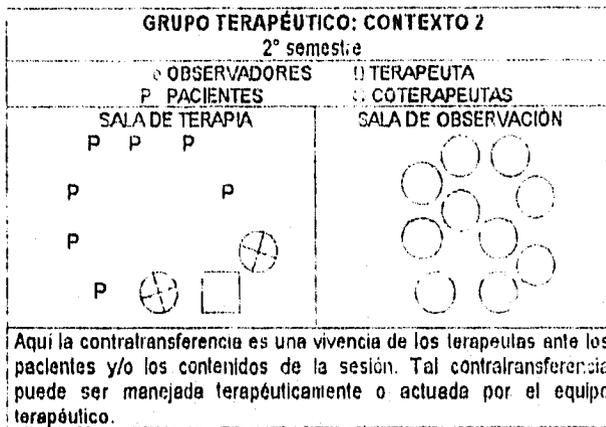
En un segundo momento, la supervisora plantea un nuevo espacio de trabajo, sin dejar a un lado el seminario. Este espacio es la observación de un grupo terapéutico (G1) en el Centro de Servicios Psicológicos.

El Grupo Terapéutico lo conforman aproximadamente 10 alumnos, principalmente de la Facultad, que soliciten servicio y 3 coterapeutas

El equipo terapéutico se estructura, entonces, de la siguiente manera:

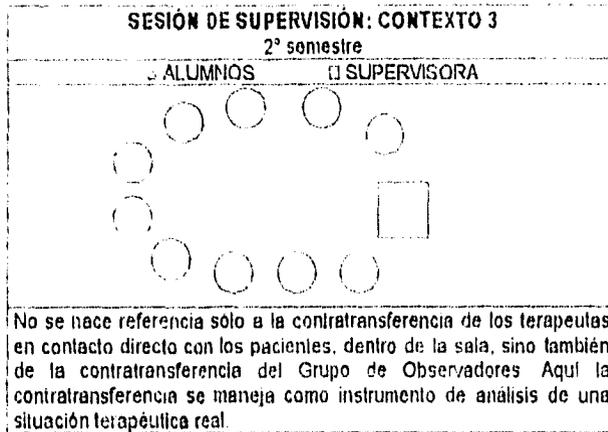
- La supervisora funge como terapeuta del GT.
- Un coterapeuta del GAF1. (del semestre anterior)
- Un coterapeuta del GAF2. (del semestre en curso).
- Un Grupo de Observadores (GAF1 y GAF2)

La estructura de este segundo espacio de trabajo es la siguiente:



En un tercer momento, al término de cada sesión terapéutica, el equipo terapéutico se reúne para analizar los contenidos de la sesión, y los fenómenos que se dieron, tanto en el Grupo de Observadores como en el Grupo Terapéutico.

La estructura de estas sesiones es la siguiente:

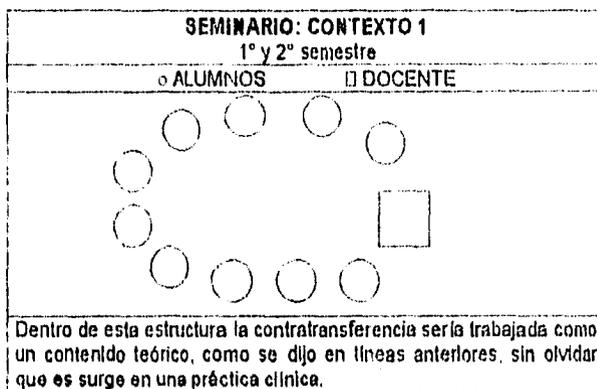


Las sesiones propuestas para el análisis, se dan en este último contexto, por lo que es importante subrayar que al hablar de contratransferencia, se hace en el sentido de una contratransferencia del Equipo Terapéutico, es decir terapeutas y observadores ante los pacientes y los contenidos de la sesión.

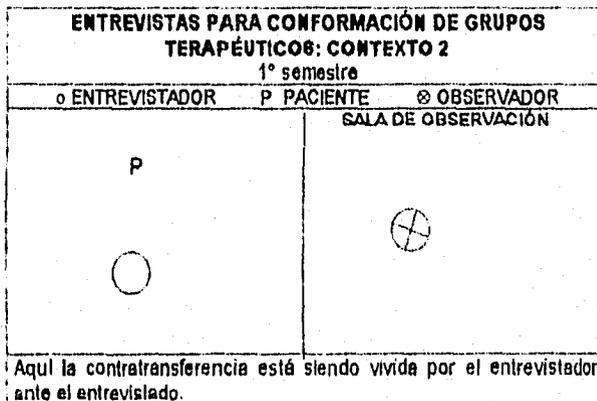
Particularmente en el caso del Grupo Terapéutico con el que se trabajó en esta modalidad una de las principales líneas de trabajo fue la figura paterna, y la relación que ésta tiene con las actitudes de la madre. En este sentido también aparece la enfermedad como la fantasía de ser aceptado por los progenitores, tener su atención o estar cercanos a ellos.

**CONTEXTOS DE TRABAJO Y CONTRATRANSFERENCIA EN LA PRACTICA DE LA SUPERVISIÓN: SUPERVISORA 2**

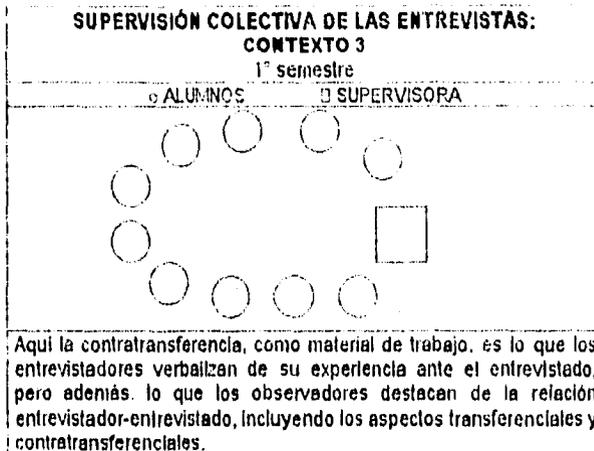
En el caso de la supervisora dos se plantea una variedad más amplia de espacios de trabajo. En primer lugar estaría un seminario teórico en el cuál se analizan fenómenos grupales y elementos de entrevista y psicodiagnóstico, todo esto encaminado a proyectar la conformación de un grupo terapéutico. La estructura de trabajo de este espacio es la siguiente:



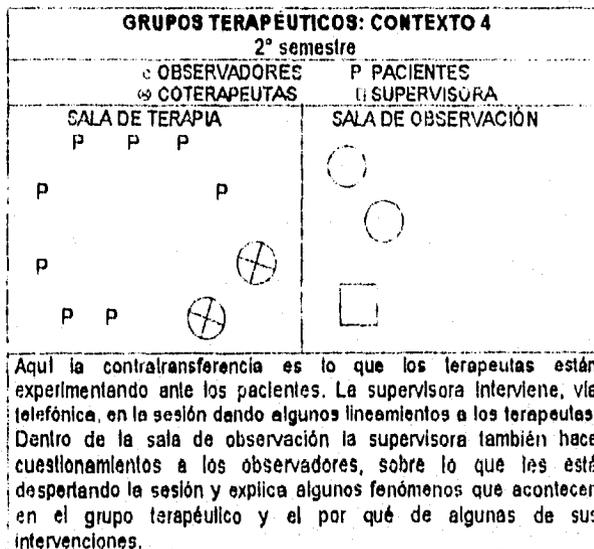
El segundo espacio de trabajo es el que se refiere a las parejas de coterapeutas. La conformación de esta diada tiene como finalidad que los alumnos lleven a cabo la práctica de la entrevista para derivar a los pacientes a un grupo terapéutico. La focalización de los grupos está dada a partir de la información que los pacientes van aportando, es decir que el foco de los grupos no es creado a priori sino que es una construcción colectiva. La estructura de trabajo de este espacio es la siguiente:



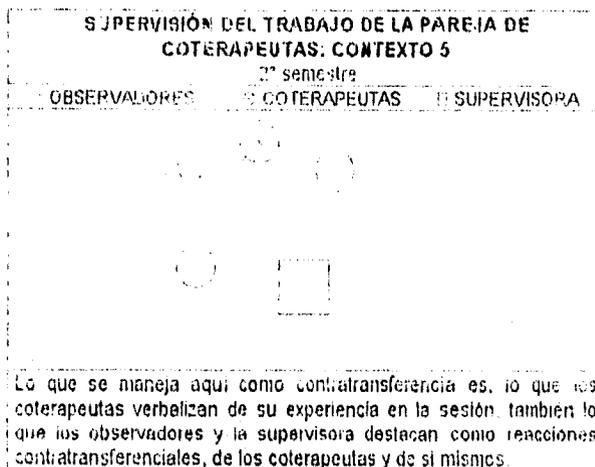
En tercer lugar, la experiencia y el material de las entrevistas es llevado a un nuevo espacio de trabajo, propiamente espacio de supervisión, en donde se supervisa colectivamente. La estructura de este espacio es la siguiente.



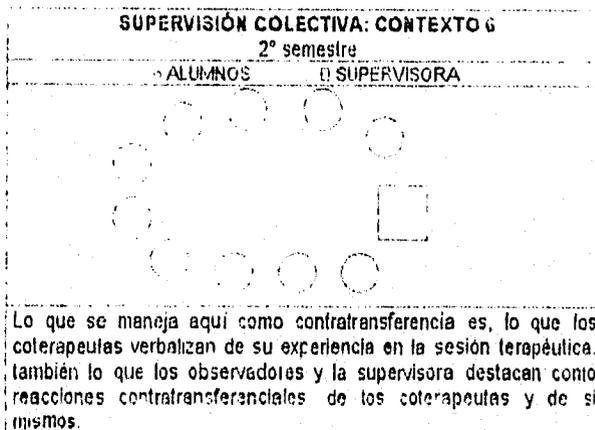
Conformados los Grupos Terapéuticos en donde los alumnos en formación fungirán como terapeutas, hay un nuevo espacio de trabajo, cuya estructura es la siguiente:



Inmediatamente después de las sesiones terapéuticas en la que los alumnos en formación son coterapeutas, se lleva a cabo una sesión de supervisión, cuya estructura es la siguiente:



Un último espacio es el de la supervisión colectiva del trabajo terapéutico realizado por las parejas del GAF, y cuya estructura es la siguiente:



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN SESIONES DE SUPERVISIÓN: SUPERVISORA 1

### SITUACIÓN 1: "LA LOCURA DEL PADRE"

#### SESIÓN INICIAL

#### RESUMEN DE LA SESIÓN TERAPÉUTICA. Contexto 2

En esta sesión, una paciente (A) habla de la enfermedad del padre, sus crisis de celotipia, sus hospitalizaciones en el psiquiátrico, la no aceptación de enfermedad. La terapeuta le cuestiona el papel que está jugando en relación con el padre y lo que obtiene, también hace la interpretación de que lo que A trae al grupo es como un regalo por un lado, pero por otro como una bomba. A elude la pregunta de otro miembro sobre la responsabilidad de la madre en la relación de pareja. Se habla del aparente "suicidio" del padre de una de las pacientes (G). También (D) menciona la ausencia del padre y la fantasía de por qué se fue. Otra paciente (P) comenta que el padre siempre la ha rechazado y agredido y la madre no interviene.

En los casos anteriores los pacientes refieren el papel que jugaban en torno al padre, como durante la enfermedad psiquiátrica A es quien se responsabiliza del padre, conoce la enfermedad pero no quiere que se interne; en el caso de G cómo las causas de la muerte del padre son un secreto que no quiere develarse; y en el caso de D, de qué manera a él, ante la ausencia del padre, se le otorga el rol de hombre de la casa de una familia de mujeres y el peso que siente ante las expectativas de las hermanas. G plantea una desvalorización de ella en toda la familia, a pesar de que se hace cargo del cuidado de sus hermanos y en parte de la economía de la casa.

Otra paciente comenta cómo se siente atrapada en relación con la madre pues cree que si se dedica a la madre se descuida a sí misma y viceversa, siente culpa y frustración ante esto. Además la madre le ha comentado que espera que ella sea su soporte, a pesar de que tiene L tiene un hermano. P en relación a la madre se siente mal por qué ha permitido que el papá la agreda.

Uno de los pacientes E toma una actitud de distancia con el grupo, parece sólo observador. Por otro lado L interviene poco verbalmente pero se muestra muy inquieta. P da una impresión como de desvalida, su aspecto físico es algo infantil y descuidado.

### RESUMEN DE LA SESIÓN DE SUPERVISIÓN. Contexto 3

Lo que plantea el GAF en primer momento es por qué la sesión fue tan directiva. La supervisora comenta que la mayoría de los pacientes ha tenido un trabajo psicoterapéutico previo y que esto permite agilizar. Pregunta sobre comentarios o resonancias. Se oyen comentarios de que fue una sesión muy emotiva, impactante y "fuerte": la supervisora asiente y comenta que para ser una sesión inicial sí lo fue, comenta que efectivamente "fue la locura", lo que se hizo evidente. En otro momento señala que el hecho de que el grupo haya aguantado los contenidos de la sesión denota fortaleza y que quien le preocupaba era P, pues ella no ha tenido terapia previamente y su discurso parecía más infantil.

Una alumna comenta que le llamó la atención cómo el grupo se interesó cuando A hablaba del padre, agrega que con la sesión le queda claro que si bien la situación es interesante, también el interés es una defensa para no hablar de uno. La supervisora subraya que las preguntas parecían estar muy "asegurizadas". El GAF comenta que una paciente traía su libro de psiquiatría y otra empezó a explorar con preguntas de examen mental. La supervisora plantea que la actitud de D, parecía ser también de psicólogo, aunque habla contenidos que estaban ligados con su problemática. El GAF comenta la actitud de D, cuestionan su entrada al grupo o la distancia que guarda con el mismo. La supervisora dice que la actitud de D hizo que se fortaleciera la defensa en otros miembros.

Sobre la actitud de psicólogo la supervisora comenta que L también la toma a pesar de que lo que estaba diciendo A con respecto a la locura del padre, está muy vinculado con su problemática, es decir, ambas se encuentran emocionalmente más conectadas con el padre y la madre les estorba. Se señala la importancia de la comunicación corporal de L, que denotaba angustia.

La supervisora comenta que le llegó mucho la situación de E, sobre todo la carga que le ha echado la madre encima, la expectativa de que L la tiene que sacar adelante, mientras que el hermano se libra de todo compromiso. En el mismo sentido plantea el caso

de D con quien también hay demandas de cuidado por parte del padre. Plantea como una problemática fuerte la situación del padre de G asesinado.

La supervisora dice que se permitió trabajar más con A porque lleva un proceso previo y llene ya cierto avance (fue su paciente en el grupo anterior). Plantea lo que trajo A al grupo como un "regalo" al grupo y a la vez como una bomba. Comenta que le dio muchas vueltas para poder decirle a A que le llegaran las intervenciones previas sobre su rol de control en las relaciones. Una alumna del GAF pregunta si la actitud de A es lo que Pichón Rivière llama liderazgo. La supervisora asiente y agrega que A controla a su padre, a su madre a su hermano y que ahora quiere controlar al grupo, ejerciendo el liderazgo. Agrega que no sólo se trajo la problemática del padre sino el papel que ella juega en la relación de los padres. Una Alumna del GAF dice que ella sintió la actitud de A como una forma de decir que ella era la heredera del grupo anterior y que tenía mayor jerarquía. Otra alumna comenta que A vino en actitud de enseñar. El GAF comenta A también trajo una actitud de "sufridora". Se comenta cómo la paciente (A) titubeo ante la pregunta de otro miembro sobre qué sentía que su mamá no participara en el cuidado del padre, se interpreta ésto como rechazo hacia la madre. La supervisora dice que no quiso hacer la interpretación sobre el control que tiene la paciente sobre toda la familia y la necesidad que tiene A de estar con el padre en la locura., aunque tampoco quería dejar pasar ésto, por lo que sólo preguntó a A qué ganancias tenía de la situación. Agrega que el padre la solapaba a ella cuando era niña y ahora ella lo solapa a él. Conecta el hecho de la no conciencia de la enfermedad del padre con la renuencia a aceptar una infección vaginal y cómo involucra al novio en la responsabilidad de tomarse o no las pastillas. La coterapeuta comenta que ella percibía que el grupo le decía a A que era claro que el padre necesitaba el internamiento, pero que se detuvo porque pensó que la paciente iba a cuestionarla sobre el por qué tenía información de ella, (también es la primer sesión de la coterapeuta) como no pudo decirlo sólo toció. También quería decirle que al dejar a su padre en el psiquiátrico implicaba que ella se tenía que sola o con su madre y no lo aceptaba. El coterapeuta le responde que pudo haber hecho la intervención como hipótesis y no necesariamente como interpretación. La supervisora agrega que también se pudo intervenir a manera de pregunta y que lo que dijo la coterapeuta es una buena conexión.

La coterapeuta dice que también quiso participar para señalarle a D que la carga que se echaba encima de uno se asume también porque no se quiere enfrentar a sí mismo. La

supervisora le dice que no se preocupe por interpretar, que aunque la interpretación es correcta es trabajo del paciente darse cuenta de ella.

La supervisora comenta, como para tranquilizar al GAF que fue una sesión movilizadora porque en todos hay núcleos psicóticos, y defensas ante estos contenidos. Dice que en la sesión había elementos psicóticos, escisiones, pérdidas, carencias, y que estos contenidos lo alertan a uno, y no pueden dejar de trabajarse, por que si no los pacientes seguirían con sus defensas. Pregunta al GAF qué paso cuando se abordó el tema del ingreso o no al psiquiátrico. Una alumna comenta que recordó la propia locura del padre, comenta que ella estuvo muy inquieta en la sala de observación. Otra parte del GAF comenta que también se inquietaron y cambiaban de postura seguido para no cansarse. La supervisora comenta que a los alumnos del GAF2 a diferencia de los del GAF1 se muestran más relajados, y que esto puede deberse a que los del GAF1 observan por primera vez y hay mayor contención. El GAF se queja de las condiciones de la sala de observación, aunque también comenta que la sesión en sí sí los movilizó.

La supervisora comenta que en sesiones de este tipo el terapeuta debe tener cuidado de que no suba la tensión demasiado, para que los pacientes no tomen la actitud de no regresar. Señala que es conveniente no interpretar en las primeras sesiones. Agrega que los contenidos de la sesión asustan al principio, y generan angustia y se puede querer huir. Dice que tales contenidos movilizan a todos por ejemplo la situación dolorosa de la alumna que comentó la locura del padre y que todos han vivido situaciones algo psicóticas directa o indirectamente y que uno le teme y huye de esto. La alumna que hizo alusión a la locura del padre comenta que su madre padece de Alzheimer y que teme heredar la enfermedad.

Una alumna del GAF plantea su inquietud por la situación de una paciente E que pretende excluir diciendo: "o me dedico a mi madre o me dedico a mí", percibe a la paciente atrapada entre el deseo y la culpa. La supervisora le dice que esa es una escisión y que hay mucho coraje, pero que esto es en realidad una lucha interna. Relaciona esto con la actitud de otro paciente D que asume quejándose un rol que le asignan.

La supervisora comenta que una paciente (P) parece salirse del patrón del grupo. Se comenta como por un lado cuido su lugar en el grupo y por otro muestra una actitud de desprotección. Para la supervisora la imagen que pretende proyectar P es la de una "cenicienta", que además demanda ser dependiente de la mamá. El GAF destaca la

comunicación no verbal, su atuendo descuidado y algo infantil, ser ella quien abre y cierra la puerta, sentarse cerca de la salida, etc.

## **MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA**

Lo primero que se destaca es la resistencia del GAF a hablar de lo que sintió durante la sesión. Si bien lo hacen es tratando de diluir su participación en el grupo, haciendo alusión a lo fuerte o lo impactante o emotiva que dicha sesión fue, pero ningún alumno asume una participación personal. La supervisora toma la iniciativa hablando de su propia vivencia, aunque no lo hace en términos de reacciones contratransferenciales, sino en términos de manejo de grupo.

El GAF también asume la actitud del Grupo Terapéutico haciendo intervenciones "asegurizadas", describiendo o interpretando actitudes de los pacientes. La supervisora señala particularmente un hecho referido por una paciente (la locura del padre) y pregunta que se sintió en el equipo de observación. Es precisamente cuando una alumna habla de la locura de su propio padre, de los temores de muerte por la enfermedad (Alzheimer) de la madre, y de la inquietud en la sala de observación. La supervisora no hace una intervención personal al respecto sino que retoma el caso de la alumna como portavoz del grupo, para explicar que todos han estado expuesto a situaciones psicóticas a las que uno teme y trata de huir. Contextualiza la sesión como una situación de locura.

## SITUACIÓN 2:

### SESIÓN 4

#### RESUMEN DE LA SESIÓN TERAPÉUTICA. Contexto 2

Esta es una sesión en la cual una de las pacientes (L) habla de su familia. Comenta que su madre le ha dicho que al padre le hicieron "mal de ojo", pero que él no lo sabe. También habla de que a ella misma también la han tratado como "embrujada". La madre la llevó en varias ocasiones con un brujo. Esta persona terminó abusando sexualmente de ella, recuerda también sido víctima de abuso por parte de un primo. También habla de la contradicción entre querer ir bien en la escuela pero hacer todo lo contrario para no lograrlo. Todo este discurso está dado entre risas. Durante el transcurso de la sesión continúa teniendo risas injustificadas. La supervisora le señala que si se da cuenta que está espantando al grupo. (L) se desconcierta y parece algo molesta, llega a comentar que ella no sabe si está bien en el grupo, agrega que ella no pidió estar ahí y que quizás tendría que estar en terapia individual.

Por otro lado (D) uno de los varones del grupo, habla de sentirse en ocasiones culpable al vollear a ver las nalgas de una chica. Da algunas citas bíblicas referidas a la Apocalipsis y comenta que le habían dicho que el mundo se iba acabar en tal año, 1985, pero que estuvo esperando y no fue así.

G, otra paciente, plantea el suicidio del padre, como un recuerdo distante, su actitud es como si ésto ya lo hubiera elaborado. Hay confusión con respecto a si estaba o no involucrado con drogas.

La actitud de otra paciente (E) era mas bien de espanto, a través de su postura parecía tratar de salirse del círculo grupal. Ella dice que su familia es enteramente normal y que lo que la tiene ahí es un problema cardiaco relacionado con la ruptura de la relación con el novio.

Otro paciente (E) volvió a tomar una actitud distante al grupo y sólo participó cuando se habló de la muerte. El comentó en forma confusa la sensación cuando se drogaba, habló de "sentirse en una nube". Ningún miembro del grupo le pidió más claridad, sin embargo el

si lo hizo de manera incisiva con (M), quien tiene problemas para expresarse debido principalmente a sus nervios.

Una de las pacientes (P) parecía estarse durmiendo durante la sesión. Cuando la terapeuta le pregunta cómo se siente dice que si tiene sueño pero que es porque está desvelada.

(A), la paciente más "antigua", comenta por su parte que le inquietaba haber asistido a una conferencia con el tema de la sexualidad y el embarazo, dice que el tema no le interesaba pero que sintió cierto grado de compromiso con la terapeuta.

### RESUMEN DE LA SESIÓN DE SUPERVISIÓN. CONTEXTO 3

La supervisora inicia preguntando como se sintió el grupo de observadores. Se oyen comentarios de que comenzaron a asustarse y que se sintieron muy desconcertados por las risas injustificadas de L. También comentan que hubo un cambio en esta paciente con el señalamiento de la terapeuta, como que parecía que "la aplacó". La supervisora aclara que no es que la "aplacara", sino lo que se hizo fue devolverle lo contratransferencial. Agrega que ella también se estaba sintiendo asustada, preguntándose por qué la incoherencia e incongruencia del discurso de L, incluso dice que no quería voltear a ver a los coloterapeutas porque si los veía angustiados se iba a sentir mal. Califica como histriónico y en parte border el manejo del discurso que hace esta paciente. Comenta que si no hubiera habido un cambio de la paciente, al devolverle lo que provocaba en el grupo, el manejo hubiera tenido que ser diferente. Pone por ejemplo, que se hubieran tenido que hacer preguntas directas, evitar el manejo de contenidos psicóticos y permitir que el grupo hablara. A pesar de las partes psicóticas de la paciente, la supervisora dice que hay cierto grado de integración importante. Comenta que en esta sesión la paciente no sólo trajo a la "familia mata del padre" sino a "la locura de la madre". Subraya cómo la paciente no ha visto que está aliada secretamente a la madre.

Una alumna del GAF retoma un hecho planteado por L de haberle escrito una carta al padre, esto es interpretado como una posible distancia entre la paciente y su padre, ya que sólo se escriben cartas a quien está lejos. La supervisora dice que un posible acercamiento al padre pondría al descubierto los secretos familiares. Destaca que la relación madre-hija, en el caso de L, es un núcleo delirante que tiene excluido al padre. El GAF discute si lo que pretendía L en el grupo era llamar la atención con su tendencia a

romper los silencios con sus risas. Una alumna comenta que percibió un cambio en L cuando otro paciente (D) empezó a hablar del fin del mundo, como que L sintió que D le quitó público.

La supervisora comenta que lo de D "fue un discursoso", (D se refirió a la Apocalipsis). El coterapeuta dice que lo que más le llamó la atención fue la mención de "un dios bien padre". La supervisora comenta que atrás de los testigos de Jehová hay partes psicóticas. Una alumna del GAF dice que D representa una parte adolescente que ante los contenidos religiosos se siente terriblemente culpable.

Se comenta la actitud distante de E. La supervisora comenta que la participación de este paciente fue como el que expresó al hablar de cuando se drogaba, es decir "se subió a su nube y desde ahí veía al grupo. Agrega que le preocupaba la actitud de P, una paciente que parecía estar durmiéndose, dice que se tranquilizó cuando P comentó que estaba desvelada. Una alumna dice que ella percibió a P más bien asustadísima.

La supervisora pregunta que sintió el grupo de observadores. Una alumna dice que sintió mucha tensión, entre susto y ansiedad, y que tuvo ganas de tomar la actitud de algunos pacientes de mantenerse al margen o huir. Esta alumna agrega que le pareció muy importante cómo la supervisora retomó y señaló los secretos familiares. Otra alumna del GAF dice que se sintió muy cansada y queriendo que se acabara pronto la sesión. En el GAF hay comentarios de que la sesión se sintió confusa, y que hubo mucha movilización cuando se habló del asesinato o suicidio del padre.

El coterapeuta habla de que en ocasiones ante la confusión se refoma una "versión oficial", que resuelva los problemas momentáneamente, pero que no contrasta con la realidad, por ejemplo D que habla de un padre bueno (Dios), pero que tiene un padre borracho, agrega que los pacientes vienen con la necesidad de tener una nueva versión. La supervisora complementa diciendo que es común que no quieran darse cuenta de esa nueva versión y que "prefieran lo malo por conocido que lo bueno por conocer". Termina el coterapeuta comentando que la terapia obliga a los pacientes a darse cuenta del papel que juegan en "su película", por ejemplo el papel de víctima libre de toda responsabilidad. La supervisora pone el ejemplo de L, que no se da cuenta que es como una "médium" en la relación de los padres.

La supervisora llama la atención sobre el miedo que sintió el equipo terapéutico y dice que efectivamente es el miedo a la locura. Comenta que es importante saber como se va a reaccionar ante ésta. Pregunta si quién ha tenido experiencias con psicóticos. Una

alumna comenta que ella vivió un episodio en donde una adolescente comentaba que sentía que se le desprendían las partes del cuerpo. La alumna comenta que tuvo ganas de salir corriendo pero que como no podía optó por sentarse junto a la chica y que le dijo que dejara que terminaran de desprenderse porque eso era para volverse a pegar bien. La supervisora le dice que hizo bien en permitir que la chica se dejará sentir eso (el desprendimiento) con la confianza de que se iba a volver a integrar.

La supervisora comenta que estuvo trabajando en un hospital psiquiátrico y que le llamaba la atención la tranquilidad de un psiquiatra porque éste la tranquilizaba a ella. Comenta que ahí se dio cuenta que a los pacientes se les puede decir más de lo que ella pensaba. Conecta esto con lo que sucedió con L. a quién se le devolvió la "transferencia masiva".

Otra alumna del GAF comenta que fue invitada a una comunidad de pacientes psiquiátricos y que la espantó fue no poder distinguir quiénes eran los pacientes y quienes los doctores, se angustiaba por sentir a todos revueltos. La supervisora dice que cuando un psicólogo lanza su locura uno tiene la necesidad de diferenciarse. Agrega que es importante dejarse sentir la locura, pero también saber que se va a hacer ante ésta. Comenta que en los grupos se viven escisiones esquizoparanoides como defensas, por ejemplo en las primeras sesiones. Posteriormente las defensas van dirigidas hacia la resistencia al cambio y al final resistencias a abandonar el tratamiento. Agrega que así como el principio hay un *furor sanandis* al final hay un retorno a los síntomas.

Una alumna comenta que ella tuvo una experiencia grupal en donde surgió el tema de la religión y el miedo a "ser cambiado". La supervisora dice que el tema de la religión en el grupo sale bajo los contenidos de un dios bueno y un dios malo, unos padres buenos y unos padres malos, unos terapeutas buenos y unos terapeutas malos. Una alumna del GAF complementa, unos compañeros malos y otros buenos.

Al iniciar el llenado del registro hay mucha confusión al tratar de ordenar cronológicamente los contenidos de la sesión.

## **MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA**

Los alumnos del GAF ya asumen una participación individual sobre el miedo que les provocó la sesión. La supervisora señala que el miedo es a la locura que se hizo evidente.

Una de las intervenciones en el GAF es sumamente importante ya que una alumna se permite conectar la actitud de los pacientes con la que ella tomó, la necesidad de huir.

Ya aceptado el miedo y al confusión en el GAF y en la propia supervisora, ésta cuestiona sobre la actitud que se debe de tomar, para lo cual explora sobre experiencias previas que se han tenido con pacientes psiquiátricos. Inclusive, la propia supervisora plantea su experiencia. Hay cuatro menciones importantes.

- El haber visto a otra persona con mayor experiencia vincularse con ese tipo de pacientes da confianza sobre la relación que puede uno establecer, desestigmatizando al paciente psiquiátrico.
- Ante una experiencia dolorosa de un paciente uno tiene necesidad de huir, pero hay otras alternativas tales como acompañar en la locura del paciente y dentro de la propia locura dar confianza
- Una de las primeras reacciones ante la locura es tratar de ubicarse dentro de la cordura.
- La exposición a la locura rebela un miedo al contacto de la misma.

Aunque tales menciones rebelen actitudes de los pacientes en grupo terapéutico, esto no se señala. Habrá que analizar si lo que se dijo en el GAF fue derivado de dichas actitudes, o si la experiencia de los alumnos permite explicar lo que sucede en un grupo terapéutico. De cualquier manera, el hecho de que haya una sintonía entre ambos grupos puede permitir integrar procesos.

La supervisora contextualiza los procesos psicóticos dentro de los momentos del grupo.

### **SITUACIÓN 3:**

#### **SESIÓN 11**

##### **RESUMEN DE LA SESIÓN TERAPÉUTICA. Contexto 2**

Al inicio de la sesión, hay un silencio prolongado, las participaciones parecen muy forzadas. Cabe mencionar que la sesión anterior se caracterizó porque ninguno quería participar. La terapeuta interviene retomando varias frases de la sesión pasada, por ejemplo D dijo "el pez por la boca muere" y "soy esclavo de mis palabras", interpreta que parece haber un compromiso en el grupo no hablar y de esa manera evitar que se les devuelvan cosas. Comenta que en los grupos externos tales frases pueden ser funcionales pero no así en el contexto terapéutico. Señala además que en las sesiones no sólo se viene a hablar de las enfermedades sino de otras cosas. Los pacientes empiezan a hablar de que han cambiado favorablemente, aunque no adjudican ésto al grupo terapéutico, hay un cambio de tono de tensión a un tono jovial en los discursos. Se oyen comentarios de que se sienten menos presionados en casa.

G habla de la necesidad que siente de cambiar. También comenta cómo las drogas son evasiones ante los problemas, y ante el cambio.

L es la única paciente que habla de no poder cambiar, sin embargo también plantea miedo al no saber cómo responderá su mamá ante el cambio y si lo va a entender. La terapeuta le señala el gran compromiso que siente con la madre. Esta paciente ocupa gran parte del tiempo de la sesión.

Al término de la sesión la terapeuta solicita a los pacientes que le pongan nombre a la sesión. Se oyen nombres referidos al cambio.

##### **RESUMEN DE LA SESIÓN DE SUPERVISIÓN. Contexto 3**

Inicia el GAF comentando que se sintieron dos cosas, primero sueño y después interés por los insight de los pacientes. La supervisora dice que se dieron varias etapas, la primera, con defensas específicas tales como la negación y la intelectualización. Posteriormente hay una etapa donde aparece el cambio como eje central, aunque un

cambio esperado afuera, o un cambio que no tiene nada que ver con el grupo terapéutico. El coterapeuta comenta que a veces esto desconcierta contratransferencialmente porque puede esperarse que los pacientes lo reconozcan a uno, aunque después se llega a entender que no importa de dónde venga el cambio o si uno tuvo que ver algo, sino lo que importa es el trabajo interno que realiza el paciente.

La supervisora comenta que la actitud de los pacientes de en la sesión pasada de no querer hablar fue un trancazo para los terapeutas, como si los pacientes hubieran hecho un compromiso entre ellos de "chin, chin, el que hable", destaca cómo al señalar esto el tono de la sesión cambia y empiezan a participar. Dice que la única que parecía hacer mella en el tema del cambio era L. Señala que la paciente se encuentra atrapada en el vínculo con la madre. Califica el discurso de ésta como esquizofrenizante, con dobles mensajes. Por un lado L tiene que quedar bien con la madre, pero este quedar bien es estando enferma, agrega que también hay mucho coraje ante la figura materna y una forma de demostrarlo es mostrándole que el que ella (L) sea un desastre, también es una forma de decirle que también como madre ella fue un desastre. Una alumna del GAF comenta que sintió que la terapeuta le regresó esto a la paciente movilizándola. La supervisora menciona que la paciente se queda también con coraje sintiéndose el objeto malo. Destaca que en la intervención que hizo no podía meterse directamente con la madre por la ambivalencia que la paciente siente ante esta figura. Sintetiza que L vive el deseo de la madre que la señala como loca, con una locura heredada del padre. Menciona que, desde el punto de vista de Otto Kernberg, L estaría en los casos fronterizos, es decir sujetos que se encuentran entre los psicóticos y los neuróticos. Comenta que dicho autor analiza los casos considerando los tipos de defensa que se utilizan, ya sean estos neuróticos o psicóticos. Una alumna comenta que a este tipo de pacientes hay que ayudarlos a estructurar antes que confrontarlos. Otra alumna dice que la paciente genera dentro del grupo una transferencia psicótica pero que afuera sería más neurótica. El GAF pregunta a la supervisora qué se tiene que hacer en estos casos y ella responde que se tienen que fortalecer las relaciones objetales, bajar la crueldad del superyó, la ambivalencia, el sadismo y, además, fortalecer mecanismos adaptativos de tipo neurótico.

Una alumna hace referencia al nombre que ella le pondría a la sesión: "mi mamá me mimó", dice que le pondría ese nombre porque sintió que la terapeuta hizo sentir a L que aún con todo lo que trata la terapeuta la aceptaba y le brindaba su ayuda. Señala que esto permitió al grupo sentirse aceptado, reconocido, ayudado y rescatado. La supervisora llama

la atención sobre lo importante que va a ser el momento cuando la mamá la mime porque no enferme. Agrega que se permitió al grupo aceptar que se permite la locura en este espacio pero que también no sólo se habla de enfermedades sino de otras cosas.

Una alumna le señala a la supervisora que en esta sesión pudo identificar a L con un solo nombre. La supervisora acepta que es verdad y que la paciente es una persona que mueve las propias partes escindidas. Agrega que L también fue su alumna, y que a veces L viene sintiendo que esto es una clase, como lo refirió en esta sesión. Plantea que la cura de L se va a dar cuando pueda aceptarse sin enfermedad y cuando su figura materna logre la misma aceptación. Una alumna agrega que se podría decir también que la cura se dará cuando L se da cuenta que la terapeuta, madre, no se va a ir cuando deje de estar enferma.

Otra alumna dice que L no deja participar al grupo. También señala cómo una persona que ha dejado de venir, cuando regresa se incorpora al momento grupal. La supervisora dice que en estos casos los pacientes tienen dos opciones: integrarse o quedarse fuera e irse.

Se le pregunta a la supervisora por qué se les pidió a los pacientes que dieran un nombre a la sesión. La supervisora explica que esto se hace cuando la sesión es muy fuerte o significativo en términos de proceso grupal. Comenta que en un grupo como este de 40 sesiones, las primeras 10 son de la fase inicial, las 20 intermedias son de trabajo propiamente, es decir, de revisión de la conflictiva interna, defensas, búsquedas, etc. Y las últimas 10 son como de despedida. Aclara que no se pueden definir los momentos y que se siente en la sesión. Según ella en esta sesión se aportan elementos del proceso, además de contenidos importantes. Explica que el nombre a la sesión se les pide también cuando hay un cambio interno y que en esta ocasión había tanto elementos grupales como individuales.

#### **MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA**

El GAF reconoce más fácilmente que fue lo que estuvo sintiendo, primero sueño y después interés. La supervisora contextualiza dichas sensaciones con los momentos del grupo durante la sesión, primero con una parte muy resistencial en la que se coluden todos los miembros del grupo terapéutico y un segundo momento donde el cambio aparece como eje central.

Lo que se destaca en esta sesión de supervisión son los señalamientos que hace el GAF a la supervisora. Se le señala en primer lugar cómo devuelve a una paciente la ambivalencia de la relación que le proyecta a ella. Los comentarios de una madre buena y una mala conducen a una alumna a interpretar que la terapeuta está precisamente fungiendo como la madre buena, añadiendo que esto se hizo evidente en el momento que la terapeuta llamó por un solo nombre a la paciente (habla una confusión al respecto), y además la aceptó, aun con sus problemas. La supervisora acepta que la paciente le mueve cosas propias escindidas, y en su discurso integra tanto la demanda de la paciente como las posibilidades de cura que esta tiene al ser aceptada por una madre, sin necesidad de la enfermedad como condición para la aceptación.

El GAF interpreta la situación entre la paciente y la terapeuta como la posibilidad de que el resto del grupo terapéutico también se sienta aceptado.

Como puede observarse en esta sesión de supervisión los roles parecen estar invertidos, sin embargo en este modelo se considera que tanto los que están dentro de la sesión como los que observan son parte del equipo terapéutico, por lo que no es de extrañarse que en una onceava sesión el GAF pueda supervisar el trabajo de los terapeutas, permitiéndoles reconocer elementos contratransferenciales y posibilidades de intervención.

## **SITUACIÓN 4**

### **SESIÓN 18**

#### **RESUMEN DE LA SESIÓN TERAPÉUTICA. Contexto 2**

En esta sesión P habla de cómo no es valorada en casa, menciona el rechazo del padre y da a entender que el padre ha intentado abusar de ella. También refiere cómo la mamá está la mayor parte del tiempo fuera de la casa, mientras que ella tiene que hacerse cargo de los hermanos, afectando con ello su propio desempeño escolar. Destaca lo mal que se siente ante la falta de cariño de la madre. Da a entender que el padre ha intentado abusar de ella. Por otro lado una hermana le dice a P que es una mensa por hacer lo que le toca a la mamá y que ella no lo haría. Se le pregunta qué es lo que ha obtenido jugando éste rol, pero al paciente dice no saber.

E comenta que le choca cuando su mamá trata de adoptar el rol de madre. También comenta cómo ésta le ha inculcado que como hija tiene que velar por ella más adelante, esto le da mucho coraje a E.

L guarda silencio la mayor parte de la sesión y al final participa diciendo que se siente muy deprimida desde hace tres sesiones, sin ánimos para nada. La terapeuta después de escucharla y ver que el efecto en el grupo es de molestia le señala que su actitud es de venir a aventar al grupo la parte mala de ella. L parece bastante desconcertada por este señalamiento y al final pregunta casi llorando por qué se le hizo. La supervisora la invita a no faltar para que revise que es lo que le está pasando, la invita que se conecte con su tristeza y enojo.

D llega a la sesión comentando como la selección mexicana de fútbol a pesar de tener derrotas sigue adelante.

M comenta plantea su admiración por su hermano, lo asemeja a James Deam por ser una persona que ha vivido y tuvo muchas mujeres, dice además que él es una persona que le gusta romper con la rutina. La terapeuta le interpreta que su inasistencia también es una forma de romper con la rutina.

#### **RESUMEN DE LA SESIÓN DE SUPERVISIÓN. Contexto 3**

En esta sesión es la supervisora la que inicia comentando que se sintió tranquila en la primer parte de la sesión pero después muy cansada y con sueño. El GAF dice que posiblemente por el discurso tan monótono de P. Una alumna dice que no ve que realmente P sufra como dice. La supervisora comenta que P sólo sufre ante los padre, victimizándose. Se hacen comentarios sobre el trabajo de sirvienta tratando de ver si efectivamente requiere de tanto tiempo, se interpreta que la madre prefiere estar fuera su casa. Una alumna le pregunta directamente al colterapeuta que siente ante la queja de que la madre no está en casa. Este responde que es una forma de depositar a fuera la responsabilidad de cómo es uno. Se oyen comentarios de que P asume el rol parental y de que ésto le debe de traer ganancias. Se deja entrever que en la asunción de ese rol también está la sexualidad. El colterapeuta dice que la actitud de M entraría también dentro de un rol parental, la supervisora dice que efectivamente. Califica la inasistencia de M como un acting. e interpreta que para él es una forma de "romper la rutina", y comenta que le dio coraje esa actitud.

La supervisora plantea su preocupación sobre L. Una alumna dice que se debe de tener paciencia. Otra alumna dice que hay que apapacharla como hizo la terapeuta. Esto acepta el comentario y dice que quizás lo hizo como una forma para que la paciente regresara, dado que comento que ha estado muy deprimida. Comenta además que la paciente no le cae mal, que no le mueve nada, pero que puede molestar el trabajo grupal. Pregunta nuevamente al grupo GAF qué cree que pudo dolerte tanto a L. Una alumna comenta que quizás lo que la molestó fue el señalamiento de la terapeuta, porque quizás L no estaba preparada para la interpretación y percibió mucha agresión.

La supervisora interpreta que L la identifica a ella como la figura materna, por lo que las intervenciones la confrontan mucho. Una alumna plantea que la actitud de L fue como la de no reconocerse ante la imagen que la terapeuta le estaba devolviendo, además menciona que siente que L quiere que la terapeuta la "jale al grupo". La supervisora dice que aunque la paciente genera agresión también dan ganas de apapacharla. Una alumna que probablemente la forma de trabajar con la paciente es hacer las intervenciones más diluidas a través del grupo, para que no se sintiera que sólo van dirigidas a ella, así el grupo sería quién le devolvería la imagen que proyecta. También califica la transferencia de L hacia la supervisora como ambivalente ya que rivaliza con ella y al mismo tiempo la necesita. La supervisora dice que la relación con la paciente se debe al tipo de relación

simbiótica con la madre. Otra paciente dice que L. puede estar espantando al grupo para quedarse sola con la terapeuta. La supervisora señala que aunque se está dando mayor tiempo a este tipo de manejo con la paciente no se puede empezar a hacer terapia individual, ya que también se tiene que plantear la reconciliación con los hermanos grupales.

La supervisora destaca cómo en las pacientes hay una tendencia a asumir el rol de madres, aunque de diferente manera: P como una madre sufrida y abnegada, o de manera contraidentificatoria, es decir los casos en los que en apariencia se rechaza el modelo pero que en el fondo se reproduce.

La supervisora plantea como tema central de la sesión los modelos de identificación: futbolistas, artistas, madres, etc. Comenta cómo la centralidad y el poder son ganancias secundarias al asumir el rol materno. En este sentido, el coterapeuta pregunta al GAF si no sienten con P la sensación de que es indispensable para el funcionamiento de su familia, el GAF asiente. La supervisora termina diciendo que P es la portadora de la queja hacia las madres.

#### **MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA**

Lo que se destaca en primer lugar es la confianza de la supervisora al plantear la sensaciones dentro de la sesión, primero tranquilidad, después, cansancio y sueño. Llega incluso a plantear la sensación de no saber que hacer con una paciente (esta es la paciente cuya relación con la madre es de doble vínculo). El GAF le señala que apapacho a la paciente pero que también le hizo una interpretación para la que quizás no estaba preparada. Hay un reconocimiento por parte de la supervisora de la ambivalencia que le genera la paciente.

Una alumna sugiere que se trabaje en un sentido más grupal para que sea el grupo quien le devuelva las proyecciones a esa paciente. También se interpreta que la paciente puede estar espantando al grupo para quedarse sola con la terapeuta. Esto se deriva en porque en varias sesiones la terapeuta ha trabajado más con esta paciente.

Se puede ver en las líneas anteriores cómo el GAF no sólo señala elementos contratransferenciales, esto quizás porque ya los reconoce la terapeuta, sino además plantea opciones de intervención, dirigidas principalmente a un trabajo grupal.

## **SITUACIÓN 5**

### **SESIÓN FINAL**

#### **RESUMEN DE LA SESIÓN TERAPÉUTICA. Contexto 2**

Esta es una última sesión de un proceso terapéutico de aproximadamente 40 sesiones. Los pacientes dan una evaluación del proceso grupal y de su propio proceso. También plantean los cambios percibidos en sus compañeros de terapia.

Una paciente le devuelve a JL la ternura que proyecta, mientras que JR le dice que el papel de malo no le queda. La actitud de JL ante estos comentarios es de aceptación (cabe mencionar que este paciente tenía enorme dificultad para aceptar elementos afectivos como la ternura ya que para él eran sinónimos de debilidad). JL, a pesar de parecer contento por lo que se le decía, lamentaba la ausencia de otra paciente (A).

Después de hablar de los cambios que se percibían en los compañeros de terapia, los pacientes "evaluaron" el trabajo de los terapeutas, aludiendo principalmente al grado de compromiso que se tuvo.

La sesión termina y en la despedida los pacientes se empiezan a abrazar y abrazar a los terapeutas.

#### **RESUMEN DE LA SESIÓN DE SUPERVISIÓN. Contexto 3**

Lo primero que se hace manifiesto en la sesión es una queja sobre las interrupciones en la cámara de observación. La supervisora comenta que el que entren personas a observar ocasionalmente daña al grupo porque no devuelve nada, además de que es una ilusión fragmentada de todo un proceso general. Agrega que le corresponde al grupo de observadores decidir quién entra o no a observar.

La supervisora comenta que fue una sesión muy emotiva y que sintió que los abrazos no fueron precisamente con una connotación de proceso de grupo. Una alumna habla de haberse sentido fascinada al ver que JL aceptaba un calificativo de ternura. Otra comenta que lo que le gustó fue que otro paciente le dijera que a JL que no le queda el

papel de malo que quería dar en todas partes. También se hace referencia al gusto que dio el cambio de S de una actitud quejumbrosa a otra más responsable.

La coterapeuta (cuya sesión es también la última) refiere haberse sentido "acartonada" durante la sesión. La supervisora le comenta que al escuchar a los pacientes se le veía una cara como la de una madre cuando el hijo se va a recibir. La coterapeuta dice que efectivamente se siente muy orgullosa, un orgullo materno, pero no en el sentido de que el hijo se parece a uno, sino de darse cuenta de que el hijo "va bien", además de ser como un crecimiento que aleja.

Una alumna del GAF dice que fue JL quien dio pauta a que se abriera la afectividad cuando hizo referencia a la ausencia de otra paciente (A). La coterapeuta dice que esta paciente se perdió, con su ausencia de mucho. La supervisora menciona que le hubiera gustado que A asistiera porque esta paciente de colocabá a ella una parte muy negativa, odio y coreje.

Otra alumna (que será coterapeuta en el próximo grupo), dice que al escuchar a los pacientes regresáries cosas a los terapeutas dan ganas de seguirse preparando. La supervisora llama la atención al respecto diciendo que no debe uno engolosinarse con las cosas bonitas que dicen los pacientes, agrega que el gusto que da es más bien por el rol que se jugó en el grupo. La coterapeuta dice que el reconocimiento de los pacientes es lo que a veces nutre al terapeuta.

Una alumna dice que sintió que el abrazo que le dio JR a la supervisora al despedirse fue como abrazar a su propia madre.

La coterapeuta comenta que las devoluciones del otro coterapeuta le parecieron muy acertadas. Este coterapeuta dice que cuando toca devolverlo a una paciente (S) le costó mucho trabajo, el GAF le dice que no fue así, aunque sí vieron que le costó trabajo salirse y pasar a hablar a otro paciente.

Termina la supervisora diciendo que le da gusto haber terminado un grupo terapéutico y que el equipo de observadores comparta esa experiencia. La coterapeuta se despide comentando que va a extrañar al grupo de trabajo.

## **MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA**

Esta sesión de supervisión podría dividirse en dos momentos, uno referido los pacientes y otro al equipo terapéutico. El tono de la sesión es particularmente jovial, a

diferencia de la sesión inicial en el que nadie quería hablar en ésta todos quieren participar. Con respecto a los pacientes lo que destaca el GAF es el cambio, pero en todos los casos ubican este cambio dentro del proceso grupal, lo que realmente lo hace significativo, valorando el trabajo y esfuerzo de los pacientes.

Con respecto al equipo terapéutico el GAF señala el trabajo que es dejar ir a los pacientes y la tendencia a prolongar la sesión.

La rigidez que plantea haber tenido durante la sesión la coterapeuta es explicada en términos de haber sentido orgullo de los pacientes-hijos.

Aunque se retoma la ausencia de una paciente como algo significativo para el grupo e inmediatamente emerge el significado que esta paciente tiene para la terapeuta dentro del proceso, parece ser que la despedida queda truncada, cuando no se les devuelve a los pacientes el tipo de relación que establecieron con uno.

En el GAF se comenta lo agradable que es el reflejo de los terapeutas que devuelven los pacientes y que eso es motivante. Sin embargo la supervisora llama la atención al respecto para no "engolosinarse", trata de ubicar el "gusto" en términos del rol que se jugó en el grupo.

## DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN SESIONES DE SUPERVISIÓN: SUPERVISORA 2

### SESIÓN INICIAL. Contexto 3. Supervisión colectiva de entrevistas.

La supervisora inicia la sesión hablando de lo que es la contratransferencia diciendo que ésta es el sentimiento que el paciente nos desencadena, que tiene que ver con la propia historia del terapeuta y que en la relación terapéutica puede ser un instrumento privilegiado. Agrega que el papel del terapeuta es implementar los sentimientos que despierta el paciente, primero reflexionando sobre sí mismo, sobre los propios juicios o prejuicios, y luego ver al paciente y ver por qué está desencadenando eso. Una vez descartado si lo que pasa tiene que ver con uno mismo entonces se lo puede devolver algo al paciente. Un alumno (J) al respecto dice que primero se tiene que dejar que la contratransferencia se sienta.

L comienza a hablar del rechazo que sintió hacia una paciente durante la primer entrevista. Un observador de la entrevista comenta que esperaba ver a una paciente dominante, agresiva y masculina, en base a lo que había reportado una amiga de la paciente que también solicitó el servicio. El observador dice que cambió su percepción cuando vio el dolor de la paciente.

La supervisora señala que lo que provocó en L el rechazo fue el desaliño de la paciente, llama la atención sobre el hecho de que el desaliño es un síntoma de una situación vital de los pacientes, que puede aludir a un estado depresivo por ejemplo, pero como hay prejuicios con la gente desaliñada se evita el contacto con ellos. Cuestiona al GAF sobre si siempre se puede estar como para "película". L comenta que pudo darse cuenta que la paciente tiene capacidad de insight. La supervisora plantea que se trabaje con esta paciente los vínculos que tiene y sus circunstancias vitales y sus expectativas.

El segundo caso que se trabaja es el de J, quien había planteado dificultad para trabajar con hombres y que sin embargo el paciente a quien entrevistó se lo hizo muy simpático. Da una semblanza de la entrevista y todo el grupo comienza a preguntar sobre el paciente. La supervisora señala en primer lugar la forma en que es presentado el caso y el interés del grupo, posteriormente pregunta a J qué sintió ante el paciente. J comenta que se

sintió atraído como si el paciente fuera un hermano menor. La supervisora pregunta qué le gustó a J del paciente. J dice que lo racional. el grupo comenta que J se reflejaba en el chico cuando tenía 17 años. La supervisora plantea que para ella lo que cree que le gustó a J fue la ingenuidad más que lo racional. Se retoman algunos elementos del discurso del paciente para destacar dicha ingenuidad. La supervisora comenta que el paciente es algo añorado y que al hablar con tanta ingenuidad parece encantador. Pregunta a J si exploró algo de la relación de los padres, para entender la escisión del chico. J comenta que el padre se fue a vivir a un rancho y la madre y los hijos se quedaron a vivir en la ciudad. La supervisora sugiere que se le haga un examen vocacional al paciente ya que se ve que anda buscando una definición. J destaca que en el discurso del paciente había una necesidad de ser perfecto. La supervisora le dice a J que con la entrevista se dio cuenta que los hombres pueden ser simpáticos.

Se retoma otro caso de J, en una tercer entrevista. Habla de haberse sentido algo de molestia porque las dos entrevistas anteriores con el paciente habían sido muy fluidas y en la última lo sintió muy defensivo. La supervisora señala que el malestar es como si J pensara que de él dependía la defensa del paciente. Comenta que al esperar que se repitan las entrevistas se pierde de vista lo que está pasando en ese momento. Plantea la alternativa de hacerle ver precisamente al paciente el cambio en las entrevistas y relacionando esto con lo que se iba a abordar en la última sesión. También plantea como hay una fantasía omnipotente en el entrevistador.

Otra alumna que observó la entrevista de J dice que lo percibió sádico con el paciente. La supervisora rescata esto y dice que los pacientes despiertan sentimientos diferentes, pide al GAF que reflexiones al respecto. Retoma la observación que hizo de una entrevista de C en donde le pareció que la entrevistadora estaba agresiva con la paciente. C dice que le dio coraje al paciente. La supervisora dice que su impresión fue que C estaba ansiosa por conseguir información, pero que esta actitud puede involucrar a todos. C aclara que estaba preocupada por que la paciente estaba deprimida y no sabía que devolverle, además de que tenía un carácter fuerte una actitud negativa. Agrega que también se sentía muy presionada por la observación con temor a "regerla".

El GAF empieza a cuestionar sobre grupo terapéutico al que pertenecen los pacientes entrevistados. Se empiezan a analizar tanto motivos de consulta como actitudes dentro de las sesiones de entrevista.

## **MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA**

El primer abordaje que se hace de la contratransferencia es en el plano de la conceptualización, incluso aunque éste hace alusión a una práctica clínica.

El primer caso que se presenta en donde la reacción contratransferencial, rechazo, se hace evidente plantea un cambio de actitud de la entrevistadora, a pesar del desaliño de la paciente, la entrevista permitió reconocer una capacidad de insight.

Las intervenciones de la supervisora van dirigidas a encontrar un sentido a la apariencia física, pero no para el entrevistador sino un sentido dentro de la dinámica del paciente. Subraya como efecto del prejuicio sobre el paciente, la distancia que se pone, evitando con ello el contacto.

En el segundo caso, llama la atención sobre lo que un paciente provoca en el GAF y no sólo en el entrevistador. El trabajo con éste es más bien el de aclarar qué es exactamente lo que hace que aparezca la atracción como una reacción contratransferencial, encontrando que no es la racionalidad o la intelectualización lo que hace al paciente ser encantador, sino la ingenuidad con la que expresa sus proyectos. Para llegar a esta información recurre al discurso del paciente y se encuentra en éste varias menciones que dan cuenta de sus fantasías infantiles.

El tercer caso es abordado por la supervisora señalando el prejuicio, tanto el que se tiene del paciente como el que se tiene de sí mismo (fantasía omnipotente), en este último caso pensando que las defensas del paciente dependen de uno. Subraya como dichos prejuicios no permiten trabajar en el aquí y ahora con el paciente. Aprovecha para señalar que así como en los pacientes hay cambios de actitud, también los terapeutas cambian, de tal modo que se despiertan diferentes cosas con el mismo paciente en diferentes momentos.

Aunque no se trabaja sobre la fantasía que los entrevistadores tienen de la observación, se hizo evidente que este es un elemento que está presente al momento de realizar la entrevista. La sesión termina con cierta lógica de cierre, haciendo alusión a las depositaciones que se hacen en los demás, en este caso lo que se deposita en los observadores.

#### **SESIÓN INTERMEDIA: Contexto 4. Supervisión en la sala de observación**

Esta sesión se lleva a cabo dentro de la sala de observación, con un equipo de 5 observadores, 4 alumnos en formación y la supervisora. No se alcanza a registrar lo que está pasando en la sesión terapéutica, ni los comentarios que hacen algunos alumnos dentro de la sala de observación. Básicamente el texto rescatado es el discurso de la supervisora, tanto las intervenciones por teléfono a los coterapeutas, como las llamadas de atención sobre algunos aspectos, que dirige a los observadores.

El tema central de esta sesión es la inquietud de los chicos por saber que observan los que están del otro lado del cristal, y qué se les dice por teléfono a los terapeutas. Manejan la fantasía de que van a ser criticados y que se está dirigiendo la sesión, o a los coterapeutas desde afuera.

Supervisora:(A los observadores)

- "Fíjense que es la falta de confianza es lo que se está manejando ahorita. En esta chica hay necesidad de abrirse pero no puede decir lo que pasó".
- "Nosotros generamos el susto de quien nos observa. Y ¿cuál es la parte nuestra que nos juzga, tan duramente, el enemigo, de cómo nos vemos, en la que no confiamos, porque nos está viendo sin que nosotros la veamos, y así es lo que nos crea la desconfianza en todas las relaciones" (repite esto vía telefónica al coterapeuta)?.

La supervisora va a hacer una nueva intervención por teléfono, pero se deliene,

"Es que no, SO se va a angustiar si SU, si dice eso no va a saber que hacer, va a pensar que SU le está dando la vuelta". (La supervisora hace este razonamiento por que lo más probable es que sea SU quien conteste el teléfono)

(A los observadores)

- "Mejor se va a dar en otra sesión para que comiencen a decir: qué tanto se conocen, que es aquello que no les gusta de ustedes, que hay de ustedes que las angustia".

(A los coterapeutas)

- "Han estado hablando todo el tiempo de la opinión de los otros, que opinen ellas de sí mismas, qué coincide o no con la opinión que los otros que puedan tener de ellas. Pero que lo comience a decir aquí consciente de su conflicto, porque están hablando de la desconfianzas".

(A una observadora)

- ¿Qué le está pasando aquí ahorita, cómo vez qué te pasa?. CO responde que como que las intervenciones sugeridas ayudan mucho a los pacientes.

(A la coterapeuta) La supervisora se pone en el lugar del coterapeuta y desde ese lugar se dirige a una paciente que se siente tensa ante la idea de que la observan.

- "Vamos ha hacer algo, imagínate que estás ahí adentro pero sintiendo lo que mismo que aquí, para que te baje la tensión, no tienes que estar pendiente de nosotros sino observando lo que pasa aquí, observando".

SE oye que una paciente comenta algo del grupo de observadores, la coterapeuta le pregunta que piensa que pueden estar observando los que están atrás del vidrio. La supervisora asiente, y agrega, (a los observadores, como deseando que esto lo piensen los pacientes y los coterapeutas) " porque no está uno para dirigirle la vida a nadie, sino para observar."

(A los observadores)

- Ella (una paciente) está enojada porque la mamá no valora lo que ella hace.

#### **MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA**

La supervisora muestra a los observadores y coterapeutas cómo, a través del discurso de los pacientes, se hacen evidentes proyecciones, en este caso la desconfianza, y cómo tal desconfianza no es sino un aspecto de sí mismos que ponen afuera (en los que observan), para censurarse.

La contretransferencia a la que se alude aquí es la de la supervisora. Esta aprovecha lo que los pacientes proyectan en quienes observan. Sus intervenciones están

guiadas a aclarar a los pacientes, a través de los terapeutas, que la desconfianza es de ellos mismos.

En el caso de los colterapeutas ellos quizás pudieron haber estado sintiendo los elementos de desconfianza que se les dirigían, sin embargo para los observadores la situación era más relajada y quizás por eso mismo la lógica del manejo contratransferencial pareció más claro.

Esta sesión es particularmente importante porque permite plantear en términos didácticos tanto las proyecciones como la forma de hacer una devolución de las mismas a través de la interpretación.

## **SESIÓN INTERMEDIA: Contexto 5. Supervisión del trabajo de una pareja de coterapeutas**

La supervisora pregunta cómo se sintieron los coterapeutas en la sesión. SU comenta que le desesperó mucho un paciente y que sintió que no podían trabajar, también menciona que sintió las ausencias (3 pacientes), le inquietó el silencio y no sabía qué decir. Comenta que al principio se estaba sobre un tema y que de pronto empezó a hablar de la justicia, lo que la desconcertó mucho, porque no podía aterrizar o relacionar con lo primero, ahí le pareció pesada la sesión y se sintió mal. SO comenta que se estaba hablando de mucha agresión, de "a mí no me hacen caso y a otros sí y eso me da coraje". Él dice que hizo una intervención al respecto señalándoles a los paciente que eran justos e injustos con ellos mismos. SU expresa que la tarea de la sesión era el coraje hacia las figuras parentales y que el tema de la sesión pasó a ser el de la injusticia, dice que se encontró un tanto sin recursos ante este cambio.

SO plantea que también la sintió pesada sobre todo por el componente agresivo, sintió que le costó trabajo al grupo sacar la agresividad y que sí efectivamente entiende la parte agresiva que lo llevó a bloquearse poco, bloqueo que se reflejaba en no saber como devolver, estando presente la parte agresiva de uno, poderles decir "no, pues yo también agresivamente he hecho esto".

La supervisora comenta a SU si se sintió enojada o cansada. SU dice que desesperada de que no se dijera algo más, de que no se llegara a algo más, de que no se le ocurriera por dónde trabajarán más. Aunque una paciente aportó elementos, la parte de otro paciente "le hizo ruido". SO opina que dos de las pacientes actuaron lo que le estaba pasando a él, diciéndole al paciente "ya A abre los ojos", manifiesta que pudo haber sido esa desesperación que sentían los coterapeutas y que inconscientemente, les depositaron para que ellas las actuaran. LU, una observadora, dice que efectivamente SO les planteó a las pacientes que le dijeran a A cómo se sentían en referencia a él. La supervisora le pregunta a SO cómo se sintió, éste dice que cansado, principalmente por lo denso de la agresión. La supervisora solicita a los observadores que opinen. LU plantea que la sesión le dijo inquietud precisamente por la forma en que hay que devolver a las pacientes y cómo intervenir, comenta que a veces se siente uno "en blanco" o uno no entiende lo que dicen los paciente por estar pensando en qué decir, que está sintiendo, que se les va a regresar,

perdiendo parte del discurso. Dice que se puso en el lugar de A y se sintió agobiada, en esa posición se preguntaba "y ustedes qué, que no ven ustedes cómo cansan y cómo fastidian". SU plantea que finalmente la agresión de los demás hacia A sí se asumió. JO, otro observador, destaca la importancia que le dio SU a la ausencia de los pacientes, principalmente de uno, como esperando que éste salvara la situación del silencio en el grupo, sugiere que este paciente es como el coterapeuta de SU por eso, en su ausencia, estaba tan callada. Este silencio lo justifica SU como el seguimiento de una indicación de la supervisora quien había dicho en otras ocasiones que se tenía que dejar hablar al paciente. CO, una observadora, dice SU trataba de salvar la figura de la mamá ante la agresión que se estaba sacando. SU vuelve a justificarse diciendo que era la paciente la que había dicho que, aparte de estar enojada con la mamá, también la quería, y que lo único que hizo fue remarcar ésto. Para CO una intervención que hizo SO sobre la actitud de agresión de una paciente hacia A fue lo que abrumó la sesión, porque paralizó a la paciente. Cuando SO intenta dar sus argumentos al respecto, la supervisora interviene llamando la atención sobre que no se esté criticando, sino para ver que promueven nuestras intervenciones.. agrega que uno como terapeuta debe entender que la intervención de uno moviliza y determina el proceso también. Si uno se está dando cuenta que lo que está diciendo el paciente está determinando la línea de pensamiento del terapeuta, hay que imaginar qué es lo que puede estar pasando por los chicos, cuando la intervención de uno es importante para ellos, si uno se equivoca también debe de aprender a rectificar. CA comenta que estuvo cansada la sesión, la supervisora le pide que hable de lo que sintió. CA dice que sintió que SO se enojó con A y que por eso lo dejó para que los demás le dijeran cosas y pues sí eso hicieron. Dice a demás que lo sintió más participativo que SU, ella dice que entendió el contenido de la injusticia porque sintió que para los coterapeutas era injusto lo que les estaban haciendo los pacientes. La supervisora se sorprende con ésto y pregunta ¿qué es injusto que nos hagan los pacientes?, CA responde que no querer hablar, no ser participativo, refiere que en la sala de observación ella hizo el comentario que eso es injusto, la supervisora interviene diciendo "no es un buen hijo, no cumple con nuestras expectativas", agrega, por eso están aquí. Dice "nosotros somos terapeutas porque queremos componer al mundo, pero con buenos pacientes". SU llama la atención sobre su sensación de que en el grupo general de supervisión las observaciones no son tan sinceras, como en éste. Refiere además que quizás uno tema a que el otro por su personalidad se enoje ante la observación, solicita al grupo de observadores que hablen sin ese temor. La supervisora comenta que cómo sabe

ella que está pasando esto. SU responde que por comentarios de pasillo. La supervisora plantea que, entonces, esto tiene que ver con el grupo, en el sentido de lo "pesado resulta escuchar (la parte mala), porque no se quiere ver, cuánta tolerancia, y fuerza se necesita para escuchar lo que nos tienen que decir, pero tanta fuerza se necesita como para exponernos a decir, porque no hay ni que pensar, y cuando nos quedamos callados y lo hacemos de otra manera eso sí es agresivo, por qué porque ahí no hay elaboración posible, ahí no hay trabajo, ni de formación", menciona que en la supervisión tanto trabaja el que da su punto de vista como el que trabaja. Menciona como ejemplo lo que dijo CA, identificándose con los coterapeutas, "qué injustos son los pacientes", plantea que si a los terapeutas les cuesta decir lo que se le tiene que decir al otro, y cuando se dice se hacen unas caras que espantan, por lo que se dice, con más razón los pacientes. Se plantea llevar a la sesión de supervisión grupal este tema.

La supervisora explica que lo que plantea SU tiene que ver con niveles de confianza y de desconfianza y con niveles de valoración del trabajo que se realiza, aunque refiere que esto tiene que ver con la dinámica del grupo de la especialidad en dos años y en la cual ella no se puede meter pero sí puede señalarlo en la supervisión para que se trabajó. Destaca que hay un gran compromiso para los coterapeutas, en el sentido de que se tiene que sintetizar teoría y aplicarla a una situación práctica, esto lo hace el proceso de terapia del grupo, confronta con cosas. Da por ejemplo la sesión de hoy, donde se muestra lo difícil que es ayudar a los pacientes a sacar su rabla, cuando esta dirigida a figuras parentales. Retoma la mención de SO que mencionó al propia dificultad de manejar la agresión.

La supervisora sale y el equipo empieza a discutir con SU su percepción de falta de sinceridad en el grupo.

La supervisora regresa y plantea que el manejo técnico de la desesperación eso malestar que se sintió, diciendo que se puede preguntar a los pacientes "qué inspira esa dinámica que están sintiendo", pero cuando después de esto sigue el silencio, "a mí no me pasa nada", se ve que es un carácter obsesivo que aquí no se va romper. Se tiene un segundo momento que sería el de descentrar la atención de un paciente, al que se dirige la agresión, porque en él está puesta la resistencia del grupo, esa sería la otra parte que se tiene que destacar de la dinámica, pues cuando se centra demasiado en un paciente es porque hay algo que se quiere que el otro cambie, por eso se llama emergente, y bueno si cambia que bueno, pero el cambio de los demás corresponde precisamente a ellos. SO dice que esto lo intentó hacer él preguntando ¿qué cuesta trabajo cambiar en uno?, al paciente

entonces habla del coraje que le da que su hermano adopte la misma posición que A. CO le devuelve que de todos modos se sigue sobre A. La supervisora explica que esto es así porque es más fácil querer cambiar al otro, pero que además esto es muy agresivo, porque es la parte que no se quiere querer cambiar de uno.

Con respecto al tema de la injusticia la supervisora plantea que es muy temprano trabajar esto, en la medida que todavía no sale todo lo que sienten y la etiqueta de injusto o justo paraliza el discurso. El grupo de observación curiosamente manifiesta estar paralizado en torno a esta parte de la sesión.

LU le dice a SO que le queda poco claro la forma de expresarse, se le hace muy enredado. CO comenta que no ve mucha interacción, al menos visual, de los coterapeutas. La supervisora dice que su impresión fue que SU estaba más melida en lo que ocurría en el grupo. SU responde que estaba haciendo mucho esfuerzo por entender qué es lo que estaba pasando. La supervisora sugiere que cuando se sienta esto, se puede expresar al coterapeuta, por ejemplo "yo siento que esto de lo justo o injusto no sabría como tomarlo, yo estaría viendo tal cosa", esto se hace con la finalidad que el otro sepa lo que uno no entendió, "quizás se podrá enojar pero eso ya lo verá en la supervisión", destaca para terminar que los coterapeutas tienen el derecho de disentir.

#### **MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA**

La supervisora da un espacio importante de tiempo, sin participar, para escuchar lo que los coterapeutas y observadores sintieron durante la sesión. Esto no sólo permitió que se enunciará el desconcierto, la desesperación, el coraje y cansancio, sino también que los coterapeutas ensayaran, por así decirlo, un análisis de su propia contratransferencia. Así se tiene por ejemplo como SO reconoce la desesperación ante el negativismo de un paciente, y reconoce que los ambos coterapeutas pudieron depositar inconscientemente tal desesperación en el grupo, ubicando al paciente como foco de la agresión. Pero SO, aunque no sabe por qué lo hizo, se puso en el lugar de este paciente y desde este lugar fantaseaba cuestionar a los agresores sobre sus propias resistencias.

Por parte de los observadores también hay comentarios importantes, por ejemplo el interpretar que la participación de SO se debía a que esperaba que un paciente, por el que ella había manifestado simpatía, llegara a salvar la situación. Aquí el observador percibe que dicho paciente es para SA como su coterapeuta.

Se observan, particularmente en SA defensas ante las intervenciones, justificando su actitud en las indicaciones de la supervisora. La supervisora percibe la molestia e interviene diciendo que no es una crítica. Otra observadora trata de explicar la actitud de SO de enojo como ante la injusticia de los pacientes de no querer hablar. La supervisora destaca este confrontando a la observadora, con el prejuicio de que los pacientes tienen que ser como los "buenos hijos" que cumplan las expectativas de los terapeutas.

SA hace alusión a su deseo de que las observaciones sean realmente sinceras y solicita que el grupo de observadores hable sin temor, de ahí se derivan comentarios que tienen que ver con la desconfianza que existe en el GAF. La supervisora aclara que no es trabajo de la supervisión ese hecho. Sin embargo subraya como algo significativo que la problemática de la valoración del trabajo en el GAF. Señala también que si hay dificultad para sacar el coraje dentro de ese contexto, se reflexione sobre el trabajo que también les cuesta a los pacientes hacerlo. Esto es sumamente importante porque permite aclarar cuál es el espacio de supervisión y cuál es el espacio terapéutico, hace evidente también como la dinámica del GAF afecta el trabajo terapéutico.

#### **SESIÓN INTERMEDIA. Contexto 6. Sesión de supervisión colectiva.**

En esta sesión se va a exponer el tema de la histeria. SA empieza a explicar las características de este tipo de personalidad.

Se comenta un caso donde AA recibe la indicación de la supervisora de que corte el discurso de una paciente. AA comenta que se sintió mal por haber rechazado a la paciente y que la veía desvalida. Acepta que la paciente la estaba seduciendo. La supervisora comenta que la seducción se debía que la paciente mostraba una imagen de desvalida y frágil y que lo que sintió a era como ser una mala madre que no protegía y que sentía que ella debía reparar el desamparo de la paciente. Señala como un corte del discurso es vivido por los supervisados como una interrupción, como atropellar al paciente, no como la intervención que se necesita para señalar en el aquí y en el ahora, frente a la que reproduce con sus acciones y con nuestra contratransferencia, para que el paciente recapacite sobre lo que está haciendo, también el grupo de afuera (observadores), porque se dijo que estaba cansado, agrega que estas son las sensaciones de cansancio que se reproducen y hasta de rechazo. Dice además que el paciente tiene una fantasía sobre lo que el otro tiene

de su discurso, si el paciente no toma conciencia de esto va quedándose solo. SO dice que a la larga no son afectos reales. La supervisora dice que es como una descarga catártica de una necesidad, entonces lo importante es cómo ayudar a que el terapeuta defenga ese discurso emocional. En el caso del obsesivo sería diferente, cómo ayudarlo a que salga de su discurso racional, que limita sus sentimientos. AA recupera lo que le señaló la supervisora por teléfono, en el sentido de que le dijera a la paciente que se escuchara y se diera cuenta que hablaba mucho pero decía poco y que debía tener contacto emocional con lo que decía. AA da también algunos datos de la paciente, en la que detecta rasgos histéricos: el papá de la paciente siempre ha sido percibido por la paciente como muy apapachador y cariñoso, mientras que la mamá es vista como muy fría. Según AA, la apariencia de la paciente es muy infantil, comenta que ella se autodescribe dentro de la familia como si fuera un bebé. Otros alumnos la califican de poco cuidadosa, esrafalaria y anidadora. AA dice que incluso en su postura hace el intento de hacerse más chiquita. La supervisora le pregunta que en la contratransferencia qué es lo que empieza asenir. SU dice que muy bien, SO cansancio, AA gusto, esta alumna comenta que sin que se diera cuenta la paciente la sedujo.

La supervisora aclara que todos los pacientes nos producen distintos sentimientos, pero que además a lo largo de las sesiones se pueden experimentar varias emociones, sentimientos. En el caso del histérico, al principio se está fascinado, por qué. LU comenta que es porque es el que habla, que parece que está dando mucho material, AA dice que alaba al terapeuta, y se interesa mucho por el grupo, el terapeuta ni siquiera tiene que intervenir, SU dice que esto hace que sea el favorito de uno. LU dice que en realidad está buscando ser el favorito y si uno no está pendiente puede caer en esto, SU agrega, contratransferencialmente. La supervisora plantea que se va a ver qué se hace con todo esto, inicia preguntando quién tiene algún paciente así. Retoma las sesiones de entrevista mencionando que en varios momentos se comentó, que había inquietud en torno a los pacientes que no hablaban, a los que se les tenían que sacar las cosas a la fuerza, pero que en cambio había unos pacientes que les fascinaban. Los alumnos hacen mención de esos pacientes, una que sonreía mucho, que no hizo sentir mal a la entrevistadora en "su primera vez", otra paciente muy dispuesta, etc. La supervisora dice que los comentarios que se hacen acerca de esos pacientes son muy buenos porque se siente que son muy cooperadores. LU, dice que cuando uno revisa pues no dieron nada, la supervisora corrige que si pueden dar información, no puede decirse que el histérico no da nada, y justamente

en todo eso que da hay que desenmarañar que es lo que quiere. LA, dice que además de lo que no habla, la supervisora asiente y agrega que, por ejemplo, qué ganas de tomarse todo el tiempo del grupo, para qué, cuánta necesidad y con qué objeto. Señala que todo lo que el paciente da tiene que ser reflexionado. Menciona que en el contratransferencia el principio se siente que uno es un terapeuta increíble, lo seducen, y lo colocan en el lugar de "elegido", para que en recompensa se les elija a ellos. La supervisora pregunta qué más se agregaría. LU dice que también hay una respuesta erótica, dado que le paciente despliega todos sus encantos. SU dice que si el paciente es de sexo contrario la respuesta del terapeuta puede ser el susto y el distanciamiento. SO agrega que hay rivalidad. La supervisora señala que justamente hay que reconocer que es lo que pasó con uno en la situación. Recuerda que SU tuvo un paciente que le gustaba, dice que si uno no está atento a que los mensajes del otro a uno le pueden estar desencadenando algo, hay que explorar qué pasa con esto, de dónde viene, porque me cae tan bien el paciente, por que después la angustia va a ser no poder ponerle distancia, o manejar lo que nos está despertando, pero eso viene también en la comprensión de la dinámica personal, el grupo estonto. El coterapeuta de SU comenta que esto se hizo evidente en una sesión donde un paciente entro en rivalidad con él por la alianza con SU. Según el coterapeuta (SO), el paciente ya se dio cuenta de esto y que con la alianza puede estar reparando, LU pregunta si la reparación es referente a al figura del padre, la supervisora comenta que puede ser que el paciente quiera hacer una rebelión, que nunca, en la familia, porque es alguien que presentó a su familia como muy normal. LA agrega que la normalidad de la familia en donde los miembros o están enfermos o son genios.

Se continúa con al exposición señalando que ante la manipulación de los pacientes histéricos el terapeuta se retrae y se enoja. La opinión del grupo se divide al plantear si cansan o no este tipo de pacientes. AA dice que hablan tanto que si fastidian. La supervisora le cuestiona sobre su contratransferencia y AA responde que se siente incapaz de poner límites, y si se los pone pierde el lugar en el que la ha puesto la paciente. LU comenta que se le ocurre pensar "yo terapeuta histérica, igual que mi paciente histérica qué, ¿me calgo más gorda o qué?". La supervisora aclara que ella no conoce los rasgos o afinidades, pero lo que sí sabe es que la "terapia sirve para saber por qué y cómo manejar esta historia personal de terapeuta, mis propios rasgos de carácter, mis afectos, mis emociones y mi historia, para poder en el grupo hacer conmigo algo también, ponerlo al servicio de la terapia". LU plantea su inquietud sobre cómo reaccionar ante varias pacientes

históricas en un grupo, ella cree que entre ellas va a existir rivalidad. La supervisora comenta que la rivalidad se va a dar entre todos los pacientes, y que el problema es cómo manejarla en cada momento del proceso grupal, "no porque el obsesivo esté callado o porque el que tiene rasgos esquizoides este en silencio, no quiere decir que en ellos no haya rivalidad, lo que pasa es que se expresa de maneras diferente ante una temática o una situación específica en el proceso grupal". Opina que en el proceso terapéutico uno aprende a analizar el mundo interno, su psicodinamia, sus mecanismos y éstos se hacen más flexible, mientras que lo que se hace en la clase es entender el origen, las formas de manifestación, y entender el manejo técnico de las situaciones, sino se estará haciendo "psicoterapia silvestre". Agrega que en cuanto a la formación se pretende conocer los aspectos teóricos y los aspectos técnicos del proceso terapéutico.

#### **MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA.**

La forma de trabajo de esta sesión es importante dado que permite trabajar los elementos contras transferenciales ante un trastorno específico, histeria.

Lo primero que destaca la supervisora es cómo el vínculo que se tiene con un paciente, en este caso víctima y salvadora, distorsiona una intervención terapéutica y la convierte en interrupción. El GAF conecta el tipo de relación mencionada con el tipo de relaciones tempranas que tiene una histérica. Esto es importante porque la supervisión está logrando uno de sus objetivos que es el posibilitar una síntesis de la teoría y la práctica clínica.

El GAF tiene un manejo más flexible de las intervenciones, introduciendo en ellas el manejo contras transferencial, por ejemplo, el histérico quiere ser el preferido del terapeuta y por ello coloca a este en un "pedestal", pero también el terapeuta quiere estar en ese lugar y una forma de conservarlo es consintiendo al paciente. Se plantean diversas reacciones contras transferenciales a partir de esto y de la experiencia tenida en las entrevistas y sesiones terapéuticas, tales como: dar más tiempo al paciente, se perciba muy cooperador al paciente y puede fascinar al terapeuta, también se comenta que puede haber una respuesta erótica ante sus encantos.

Algunos alumnos logran identificar reacciones contras transferenciales de este tipo y lo explicitan en el grupo.

Algo de suma importancia que surge de esta dinámica de trabajo es que las reacciones contratransferenciales ante un paciente con rasgos histéricos no son las mismas para todos.

Al final de la sesión de supervisión parece ser que la alumna que planteaba al principio sentirse interrumpida por al supervisora en la sesión terapéutica, logra planear que la paciente la sedujo pero además que se sentía impotente de ponerle un límite porque en ello se jugaba su propio lugar de terapeuta-mamá "buena".

## **ULTIMA SESIÓN. Contexto 6. Supervisión colectiva.**

Se empieza a hablar, a petición de los alumnos de la separación de sus grupos terapéuticos y lo que representa para ellos.

LS habla de la incapacidad e impotencia para expresar las cosas que sentía en el momento de despedirse de su grupo, menciona que tiene la sensación de que faltó algo, se cuestiona así misma "por qué no le dije ésto a X...", que me resonaban sus carcajadas, su deseo por vivir, su necesidad de trascender". Comenta que ésto le ha generado el sentimiento de no haber terminado. Le ocurre lo mismo con la coterapeuta, no puede decirle lo que siente. Ella cree que ha tenido tan controlados sus sentimiento que ahora que los quiere sacar no puede. Ella hubiera querido decirle a la coterapeuta: "estoy contenta de haber trabajado contigo", comenta que cuando intentó decirsele en la sesión se le cerró la garganta. Agrega, "ahora estoy contenta porque me di el chance de decirsele".

La supervisora pregunta si los demás compañeros tienen ese sentimiento de incompletud.

LU dice que en cuanto a un paciente si queda la sensación de que faltó trabajo, agrega que también a otra paciente le faltó tiempo para lograr cambios. Ella comenta que si planteó esta inquietud y el deseo, la necesidad de lo que tenemos que hacer, y poner que se hubiera hecho mejor quizás hablaría de un sentimiento de omnipotencia. Ella dice haber sentido lo que LU quería expresarle. Había de que la experiencia de grupo fue muy fuerte y muy emotiva.

La supervisora vuelve a intervenir diciendo que el grupo es el que ha sugerido a hablar de lo que se llevan y lo que dejan y que, buena, espera que habien.

SE comenta que deja todas las expectativas del mundo desde el "voy a venir a aprender muchísimo, voy a cometer muchísimos errores pero voy a tener un equipo, de observadores, que me va a apoyar", una expectativa más, "les voy a dar todo lo que yo pueda al grupo con el que voy a ir trabajando", en fin, "la fantasía que todo salga bonito y todo salga bien, aunque haya equivocaciones, esas eran mis fantasías". Comenta que uno deja todas estas fantasías pero ahora como que más conscientes. No puede trabajar todo lo que yo hubiera trabajado, trabaje poquito, pero al menos me senti a gusto con ese poquito que trabajé, con ese poquito pude dar, con eso que me señalaron que a lo mejor sí fue mucho, que no fue como yo me imaginaba, que me iban a señalar pero no tanto. También se lleva una experiencia agradables y desagradables de todo ésto, de lo poco o mucho que uno vino a

dar a un grupo agrega que se dio el chance de disfrutar su estancia en el grupo de supervisión.

AA empieza diciendo que en base a lo que la supervisora sugirió..., la supervisora interrumpe comentando que ella no fue quien lo sugirió sino el grupo. AA dice que deja una gran inseguridad como terapeuta, ya que desde el inicio el tener un grupo terapéutico no sabía lo que iba a ocurrir. Dice que fue una primer experiencia muy bonita, bajo la supervisión. Agrega que se lleva los señalamientos de la supervisora y que le van a servir en adelante, dice que tales señalamientos no los considera crítica pero que a ella le cuesta trabajo elaborar, pero que ese trabajo de elaborarlas es lo que se lleva también, sabe que le va costar mucho trabajo. Con respecto al grupo terapéutico a su cargo, comenta que le la experiencia fue muy bonita y que cree que le va a servir. Con respecto al grupo de supervisión dice que cada uno de los miembros le ha dejado algo, parte de rechazo, parte de aceptación, termina diciendo que el grupo es muy importante para ella.

SU dice que va a empezar con las partes bonitas porque hacen falta. Comenta que a pensado los alcances del grupo a su cargo que enlistó los logros y que, aunque parezca que le falta humildad, ella está satisfecha pues se cumplieron los objetivos iniciales. Comenta que se lleva la sensación de que SU (habla en tercera persona) puede por lo menos con ciertas partes, del grupo. Aclara que tampoco se trata de soñar con una omnipotencia, pero considera que es importante que uno se esfuerce más y que tenga mayor experiencia y seguir con la supervisión. Dice que se va muy satisfecha con el grupo, aún con lo difícil que fue adaptarse, considera que se funcionó bien y que se lograron metas. Comenta que lo dependiente que tanto le molesta de ella lo deja y se lo lleva, le dice al grupo que le ha costado mucho trabajo esto. Con respecto al grupo a su cargo dice que pedían respuestas, demandaban que les dijeran cómo hacer, comenta que ella también quisiera saber cómo dejar su inseguridad y creer en ella misma. Dice que se va con una sensación maravillosa de haber tenido esa supervisora, tan frágil, da las gracias.

SA habla de la fantasías iniciales sobre la supervisora, dice que estaba preocupada porque creía que era una persona estricta y rígida, y que por lo mismo habría que cumplir. Dice que sin embargo, viéndolo desde el punto de vista de un método de enseñanza ella no se ha preocupado, por su personalidad, en la parte efectiva de la supervisión. Comenta que las sesiones de supervisión la sorprendían porque le parecían provocaciones a la reflexión. Agrega que le llamaba mucho la atención el efecto que tenían en ella las intervenciones telefónicas y la respuesta que daba a estas, dicho efecto dice que lo llevó y llegó a elaborar

en análisis. Dice que le dio risa una actitud de ella misma, el haber notado la ausencia de la supervisora en la clausura del curso agrega que la extraña. Algo que le agrada de la supervisora, dentro de la flexibilidad que a veces parecía desorden, hizo que reconociera cómo ubicaba a cada miembro del grupo de supervisión y cómo les identificaba algunos aspectos que se tienen que configurar. Además le agradó la preocupación por el grupo de supervisión, a parte de los pacientes. Recuerda como fue firme al decir "no voy a permitir que se perjudique algún paciente", eso es una ética. Pero aparte, como docente, dice que la supervisora no ha dejado ningún instante sin que se aproveche, en beneficio de los pacientes y de ellos como alumnos, siguiendo la línea de la terapia breve. De parte del grupo comenta que ya en otro espacio terapéutico comentó que se lleva algo de cada uno de sus compañeros. Dice que la supervisora alguna vez menciona que es fácil criticar cosas en otro no tolera en otra persona pero que quizás esta parte es muy importante, y uno no la oye porque también es propia. Tal vez esas simpatías sean las complicidades que uno tiene (se refiere a la elección de coterapeuta). Dice que ella había ya trabajado en equipo pero centrada en la tarea, sin embargo este grupo de supervisión le parece formidable y de mucho beneficio.

JO se refiere a la elección de la coterapeuta como algo importante, menciona que había hecho una jerarquía de con quien trabajar, con LA o con SA, pero que no pensó que iba a trabajar con CO, dice que si hubiera hecho la elección como quería se hubiera perdido de muchas cosas y hubiera repetido la historia de depender de figuras femeninas que organizan sus cosas, su relaxo, y el dedicarse a trabajar tranquilamente. Comenta que cuando le tocó trabajar con CO le desagradó, porque no sabía cómo trabajar con ella (habla en tercera persona y la supervisora le señala que lo diga directamente lo que quiera a CO). Eso dice que le permitió que dudara de lo que estaba haciendo, permitirse pensar que ella podía tener la razón, en el caso de que hubiera sido cualquiera de las otras dos compañeras les hubiera exigido que le argumentan el por qué de sus intervenciones. Del grupo terapéutico dice que se lleva algo que puede ser sintetizado en un comentario que hizo un paciente en la primer sesión "¿éstos, (refiriéndose a los terapeutas), sabrán de psicología?". Dice que esa es una pregunta que se hace siempre "¿realmente la estaremos haciendo, seremos psicólogos?", para él esto significó mucho. Dice que trató de aprovechar el espacio de supervisión. Otra parte que destaca es el equivocarse, ya que le cuesta mucho trabajo aceptar eso. Comenta que en ese espacio de supervisión se repite la situación familiar en don de el hijo quiere que la mamá vea que siempre hace las cosas bien, competir con los

hermanos para que vean que uno es mejor que ellos, todas estas cosas se han hecho conscientes.

CO dice que se lleva que hay que empezar, en el rol de terapeuta, con lo más sencillo no con lo elaborado que paraliza. Ella al principio quería que saliera algo muy elaborado y se dio cuenta que no, que nada más con explorar ellos, los pacientes, le daban el aventón y ella a ellos, una de las cosas que dice que aprendió a través de las situaciones d espejo, la supervisión, la terapia didáctica, y el grupo a su cargo, fue a entenderse más y a ser más sencilla en la vida y como terapeuta. Sobre lo que deja dice que lo importante sería que fueran los otros los que dijeran que les deja a cada uno. Dice que una de las cosas que crea dejar es precisamente su propio trabajo terapéutico.

LA dice que al inicio de la materia tenía mucho miedo y ansiedad por enfrentarse al grupo, sentía que le iba a costar mucho trabajo y que realmente sí le costó pero fue posible. Comenta que fue bellissimo ver el proceso de las chicas, el proceso propio como terapeuta y persona, el contacto con los afectos, que la supervisora 2 principalmente hizo que tuviera. Personalmente dice que fue un crecimiento muy grande a partir de las devoluciones en terapia y supervisión. Habla de que queda una grata sensación por todo lo vivido, no era tan difícil manejar un grupo, es muy bonito, termina diciendo que descubrió algo muy importante con todo el trabajo.

LS le dice a la supervisora que al principio del proceso cuando ella no estaba para supervisarlos sintió mucho coraje, tenía la sensación de que si "molla la pata" no había nadie que lo señalara, independientemente de la coterapeuta y los observadores. Aunado a ésto le molestaba que los demás miembros del grupo se enojaban cuando la supervisora les hablaba por teléfono, porque tenía la sensación de que la supervisora no la veía. Sin embargo comenta que más adelante se dio cuenta que la supervisora sabía lo que le estaba pasando ante los pacientes de tal manera que sintió muy cercana e interesada a la supervisora, habla que la sensación de abandono fue disminuida. Se tenía la certeza que la supervisora estaba ahí. Comenta que una de las cosas que se lleva es el saber que no sólo puede manejar los afectos negativos, agresivos, ni no que también tiene la posibilidad de tomar contacto con los afectos positivos, por eso se lleva una sensación grata aunque también la sensación de que tiene la tarea no terminada de buscar el contacto, afectivo, con el paciente.

CA, con respecto, a la sensación de incomplitud, dice que no lo comparte pues en cuanto al motivo de consulta si se cumplieron los objetivos del paciente. Aproximadamente en un

90%. En cuanto al coraje que siente LS dice que también lo sintió cuando al supervisora sabiendo que trabajaba con hombres no se lo refería, eso la molestó mucho, también quería el tema de la sexualidad pero no se lo dieron. Sin embargo comenta que de ahí aprendió que puede trabajar con mujeres. La supervisora agrega que "y que también hay muchos temas importantes, además de la sexualidad". Dice que deja inseguridad, a los compañeros, a los profesores y cierta tristeza de que ya se van, aclara, de que ya nos fuimos. Dice que se lleva más seguridad, aprendizaje. Destaca que algo importante que se lleva, derivado de la experiencia en una sesión anterior, es poder decir que no a algo que dice un maestro, sin ser rebelde, esto para ella es importante porque desde pequeña le enseñaron que nunca se debe cuestionar la autoridad del maestro. Comenta que las indicaciones de la supervisora por teléfono eran regaños, que la había regado y que además no merecía a la supervisora.

LU dice que igual que Las se sintió abandonada, pero también se sentía confortada en las supervisiones. Cuando observaba a los otros grupos, junto con la observadora, tenía la oportunidad de reflexionar sobre las intervenciones pero además fue "una forma de suplir el abandono". Aunque no era un abandono, sino una necesidad, también interiormente pensaba "qué bueno que no está la supervisora", señala que era ambivalente ante la figura de la supervisora. Agrega que los señalamientos a otro grupo le permitía poder entender al propio y ensayar lo que podía hacer. Dice que se lleva una gama de sentimientos, la necesidad de seguir estudiando, muchas inseguridades, el convencimiento de que, aunque necesito más, si puedo., a los profesores. También comenta que sintió la ausencia en la clausura., y por último la experiencia de haber hablado de esto.

El texto que sigue es la devolución que hace la supervisora:

"Ustedes llegaron a la especialidad, con la intención de ser terapeutas, no se si la fantasía era ser terapeutas grupales en instituciones, pero si el de ser terapeutas. Entonces, ustedes dicen por ejemplo: Comienza SU diciendo que anoche comenzó a hacer una síntesis y que se dio cuenta, en relación al motivo de consulta u los objetivos, algo que también recupera CO y dice: "cuando JO y yo lo trabajamos juntos, en ese momento estuvimos más unidos, pudimos trabajar de otra manera". Hay más consciencia, más claridad, se iba a terminar y todo tenía que estar ahí (en el reporte). La terminación, principalmente en este tipo de trabajo, como que nos centra cosas, es decir, centra el objetivo. Y la conclusión de ustedes es: Teníamos miedo de (cita a un alumno) enfrentar, tenía miedo de saber: si podía ser terapeuta, trabajar en equipo y en general temor de ser o no ser acertado, aunque algunos

de ustedes ya tuvieran experiencia, hicieran entrevistas. Pero esta era una experiencia distinta porque iban a estar siendo observados por todos. Era una experiencia muy importante porque había que: comprobar una expectativa y vencer temores. Para mí sí estaba claro que mi tarea, y esto lo recupera SA, yo se los dije desde el principio, "mi tarea fundamental es que yo cuido a los pacientes. ¿Por qué?, porque si yo cuido a los pacientes, los estoy cuidando a ustedes, en que su experiencia no sea negativa ni frustrante. En algún momento ustedes dicen: Cómo uno debe de vencer sus propios temores, sus propias asperezas sus propias dificultades de carácter, su manera y su personalidad, para, cuando uno trabaja en equipo priorizar el objetivo de la tarea, en relación a los problemas personales, porque nuestro objetivo era, efectivamente, que los pacientes logran ciertas metas, cierta satisfacción, ciertos cambios en relación a la problemática que los trae aquí, y si lo lográbamos, lográbamos algo positivo para ustedes, para probar que lo podían hacer. Ahora yo les puedo explicar porque elijo las técnicas de terapia breve, lo dije también desde el principio.. No tenemos más tiempo en la especialización con ustedes. Han hecho pocas entrevistas, no han aprendido a seleccionar, entonces por lo menos, esta experiencia que tuvieran. Se llevan la experiencia de que pueden hacer entrevista, pueden focalizar, del diagnóstico no estoy segura que lo puedan hacer todavía, pero eso lo tendrán que aprender ustedes más adelante. Entonces, por lo menos aprendieron varias cosas. Se llevan la sensación de que si entraron a la especialidad para saber si podían o no ser terapeutas, salen sintiendo que a lo mejor sí pueden serlo. Yo creo que todos aprendieron que importante es saber escuchar, explorar. Aprender a intervenir en el momento adecuado y aprender a escucharse a sí mismos lo que está ocurriendo en la sesión, antes que nada a tratar de entender qué y conocer por qué, qué le pasa al otro, pero si hacemos eso con el otro lo tenemos que hacer con nosotros. Si se llevan eso me parecería que sería un principio muy importante para ustedes, porque sólo a partir de eso aprendizaje de qué entiendo de mí, eso lleva a una mejor intervención para transformar esa situación. Efectivamente, la técnica de terapia breve, cuando nosotros nos enfocamos en un problema nos ayuda a saber que sí podemos tener logros. En otro tipo de técnica de terapia, el trabajo terapéutico tiene otra connotación, tiene otra forma de proceder, ¿por qué?, porque nosotros no vamos atacar directamente un foco, a menos que sea un caso especial. Entonces si quiero que ustedes tengan claro que hemos trabajado con una técnica que es una de las que hay, porque es la que más conviene a la especialidad, a la experiencia y

para que no se fueran sin tener esa experiencia, porque yo sé que es el único seminario que tiene esta opción para ustedes.

A mí sí me parece, para quienes se van con ese sentimiento de incompititud, me gusta. Yo considero que nunca seremos sujetos acabados".

## **MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA**

Esta es una sesión de cierre, no sólo del proceso terapéutico en la que los alumnos fueron terapeutas, sino un cierre de un proceso formativo. Quizás por esta razón se habla más de transferencia que de contratransferencia. Los alumnos hacen más alusión a su proceso de formación que al proceso terapéutico en el que participaron. Es una sesión donde se confrontan las depositaciones que se hicieron, en la especialidad, en la supervisora, en el grupo y en uno mismo. La supervisora sugiere hablar de lo que se llevan los alumnos y lo que dejan, eso sirve precisamente de encuadre para hablar de las depositaciones.

La supervisora hace una síntesis de lo que comentan los alumnos y plantea también una síntesis del trabajo grupal con objetivos focalizados, contextualizando éste en una institución que forma terapeutas.

De los aspectos contratransferenciales señala la importancia de trabajar con uno mismo para poder trabajar con el paciente. Retoma la sensación de incompititud de varios alumnos como una posibilidad de seguir trabajando.

## CONCLUSIONES

Aunque ya se han venido a lo largo del trabajo algunas conclusiones, y otras han podido ser deducidas por el lector, este apartado pretende rescatar algunas reflexiones que a lo largo del proceso fueron generándose.

Lo primero que se destacaría es que a pesar del peso que unos autores dan algunos aspectos específicos de la supervisión, se coincide en que en esencia la supervisión es una experiencia de aprendizaje.

Originalmente el subtítulo de este trabajo sugería un vínculo entre la alianza terapéutica y la alianza educacional, a lo largo del proceso se hizo evidente que la alianza educacional entre supervisor y supervisado es lo que permite un encuentro terapéutico con el paciente.

Contrastando, las funciones de la supervisión enunciadas por los autores con la práctica de la misma, en las dos modalidades analizadas, puede decirse que todas se cumplen. Aunque aquí quisiera subrayar dos de ellas a las que hacen especial referencia los alumnos en formación y los supervisores: la supervisión como una experiencia integradora de aspectos teóricos y prácticos a través de la técnica, reconociendo que lo que se integra también es el estilo personal de los alumnos en formación. Otra de las funciones que para los estudiantes es relevante es precisamente el manejo de la contratransferencia en la supervisión.

Vale la pena detenemos aquí para enfatizar que este manejo tiene un efecto que los alumnos refieren como un cambio de actitud ante el paciente y ante el rol de terapeutas que tuvieron la oportunidad de vivenciar. Esto sólo pudo llevarse a cabo cuando ambas supervisoras motivaron para que las preconcepciones, prejuicios y fantasías fueran enunciados y explicados en términos de relación con los pacientes.

Uno de los tópicos que se exploró en las entrevistas fue si la supervisión es o no terapéutica. Los autores plantean que efectivamente en ocasiones el supervisor funciona como terapeuta del supervisado. Por su parte las supervisoras con las que se trabajó refieren que aunque la supervisión no tiene fines terapéuticos, resulta más terapéutico de lo que se esperaría. Esto se explica primero en términos de no haber un espacio de contención emocional, ya que los alumnos llegan a supervisión sólo con un año de trabajo terapéutico propio, es decir llegan con una demanda que hace que el espacio tome matices terapéuticos. Ahora bien el poner frente de los alumnos sus propias fantasías también moviliza aspectos y fomentan cambios.

Con lo anterior se puede deducir que además de constituir un instrumento de diagnóstico y de terapia, la contratransferencia es en el ámbito de formación un instrumento didáctico.

Particularizando en los dos modelos de supervisión se observa que en el caso de la supervisora 1 un hecho muy significativo es la forma en cómo convierte al grupo de alumnos en formación en un grupo de supervisión. Aquí el grupo funciona como un instrumento de formación. Sin embargo, planteado por la misma supervisora, se encuentra el problema del involucramiento del grupo en formación con el trabajo terapéutico.

Como muestran las sesiones, hay un mayor número de intervenciones por parte del Grupo en Formación a medida que avanza el proceso. Las intervenciones van en un principio dirigidas hacia el entendimiento de lo que está sucediendo en las sesiones para posteriormente complementarias con hipótesis clínicas y propuestas de intervención, pero aún más significativo es cómo el GAF empieza a señalar reacciones contratransferenciales de la terapeuta (docente) y a ubicarlas dentro del proceso del grupo terapéutico.

Al hablar de contratransferencia, en este modelo se hace referencia a aquella que aparece en el equipo terapéutico (terapeuta, coterapeutas y observadores). Cuando se cuestiona sobre reacciones ante los contenidos de la sesión o ante los pacientes, la intervención de un alumno es interpretada como una "emergencia grupal" y se da el tratamiento grupal, explorando la forma en que el GAF se vincula con el contenido de la

sesiones.. Esto permite al grupo una vivencia similar a la que pueden estar experimentando los pacientes. Cuando hablan de sentirse "acompañados".

Se observa también una intencionalidad de la supervisora, y es que la sesión llegue a sintetizarse en un registro. Este "ejercicio" de registrar las sesiones es una propuesta no sólo en el ámbito de la supervisión, en contacto con el grupo terapéutico, sino también referente al proceso de formación desde el primer semestre (relatoría). El registro ofrece un relato al grupo de supervisión e inclusive puede convertirse, en sí mismo, en objeto de análisis, encontrando, por ejemplo, que en sesiones terapéuticas en las que aparecen contenidos psicóticos es más difícil organizar la información.

En palabras de la supervisora el grupo de supervisión es un "continente" y como tal es usado, en primer lugar para expresar las emociones despertadas ante los contenidos de la sesión y posteriormente como marco de hipótesis clínicas.

En el caso de la supervisora 2, el modelo permite en primer lugar tener una visión general del proceso de terapia grupal, desde la selección de los pacientes hasta el cierre y la despedida.

Llama la atención como el objetivo verbalizado por la supervisora como fundamental encuentra eco en los alumnos en formación, "cuidar al paciente". Este objetivo, en apariencia más, relacionado con la dimensión terapéutica que con la formativa, genera una actitud de respeto ante el paciente. Puede decirse que precisamente el trabajo de la supervisora 2 es un trabajo dirigido hacia la formación de actitudes. En este sentido la supervisora no deja pasar la oportunidad de señalar o evidenciar los prejuicios o preconcepciones de los alumnos ante los pacientes, "para entrar en contacto con el otro". Es quizás por esta razón que la contratransferencia encuentra en este modelo un ámbito propicio para su manejo y análisis.

En la segunda modalidad de supervisión ya se ha mencionado que el manejo de la contratransferencia está orientado a poner ante los ojos del estudiante en formación sus propios prejuicios o preconcepciones ante el paciente y tratar de explicar por qué se adopta determinado actitud. Hablar de contratransferencia ante el "paciente o el terapeuta

fantaseado", es una idea sumamente interesante porque la fantasía se actualiza y actúa ante el paciente real. Esto hace evidente cómo lo que transferimos al paciente está vinculado con lo que reportamos en supervisión como contratransferencia.

En esta modalidad hay una intención exploratoria, percibida por algunos alumnos como intrusiva. La supervisora explora en primer lugar lo que los alumnos sintieron, pensaron o actuaron, posteriormente trata de clarificar o discriminar las reacciones contratransferenciales, por ejemplo, si lo que reporta un alumno es coraje, impotencia. Trata también de conectar la reacción contratransferencial con aspectos específicos del discurso del paciente, por ejemplo saber si la simpatía hacia un paciente es por su inocencia, por sus intelectualizaciones o por su apariencia.

El trabajo "focalizado", dentro de esta modalidad permite a la supervisora manejar y contrastar hipótesis con respecto a la personalidad de los alumnos, de tal manera que puede responsabilizar de un grupo terapéutico de puras mujeres a una alumna en formación que dice le es más fácil trabajar con hombres. Puede decirse, en este sentido, que también el proceso formativo en supervisión está siendo "focalizado", permitiendo que el alumno reconozca sus propias defensas y posibilidades.

El trabajo en coterapia, en palabras de los alumnos, permite una vivencia de acompañamiento, que parece permitir contener las reacciones contratransferenciales.

Lo que creo que es importante subrayar es el cambio de actitud ante la supervisión. Los alumnos plantean en un principio fantasías en torno a ésta, haciendo evidentes temores, defensas, resistencias y prejuicios, acerca del ejercicio de la psicoterapia y del papel que en ésta se juega. Hay un marcado temor a la crítica, rivalidad y dependencia ante la autoridad, sin embargo, durante las prácticas supervisadas éstas situaciones de van transformando dando lugar a la iniciativa, la confianza y la autoreflexión. Se hace evidente que en esta transformación el manejo de la contratransferencia ha sido fundamental.

Para finalizar quisiera mencionar algunas reflexiones despertadas a lo largo de la elaboración del presente trabajo.

- Si es reconocida cierta dimensión terapéutica en la supervisión, también tendría que ser reconocida una "transferencia" y una "contratransferencia" particular entre el supervisor y el supervisado. En este trabajo sólo se hace referencia a la transferencia de los alumnos hacia las supervisoras, haciendo énfasis en que dicha transferencia se actúa y facilita o dificulta los procesos terapéuticos y de formación.
- Al observar que hay diferentes contextos de supervisión, y que uno de ellos es el supervisar lo que los alumnos verbalizan a la supervisora, (cuando ésta no vio la sesión), cabría preguntarse si al igual que en el tratamiento se los sueños en el psicoanálisis hay una "elaboración secundaria del contenido", y si la "elaboración primaria" es la actuación de la contratransferencia en la sesión terapéutica.
- Se hace evidente una necesidad por parte de los alumnos un lugar intermedio, entre la "terapia didáctica" y las modalidades de supervisión expuestas, en donde se pueda profundizar sobre las reacciones contratransferenciales y su manejo ante los pacientes.

## ANEXOS

## ANEXO 1

### ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A ALUMNOS DE LA ESPECIALIDAD

- 1.- ¿Consideras que hay diferentes modelos de supervisión dentro de la especialidad?
- 2.- ¿Cuáles podrías mencionar?
- 4.- ¿Qué destacaría el o los modelos de supervisión?
- 5.- ¿Qué es para tí la contratransferencia?
- 6.- ¿Los modelos de supervisión utilizan la contratransferencia?, ¿de qué forma?
- 7.- ¿Cuál era tu fantasía de lo que sería la supervisión?
- 8.- ¿Qué obtuviste de la supervisión?, ¿qué tanto difiere de lo que pensabas?
- 9.- ¿Hubo algún señalamiento personal en las supervisiones?, ¿cuál o cuáles?
- 10.- ¿Qué emociones o afectos recuerdas haber trabajado en las sesiones de supervisión?, ¿cómo?
- 11.- ¿La supervisión tiene fines terapéuticos?, ¿por qué?

## ANEXO 2

### ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A DOCENTES-SUPERVISORES DE LA ESPECIALIDAD

La presente entrevista tiene como finalidad conocer cuál es su opinión y posición con respecto a la práctica de la supervisión dentro de la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo Instituciones.

- 1.- ¿Cómo conceptualizaría a la supervisión?
- 2.- ¿Cómo ubicaría la práctica de la supervisión en un contexto educativo como la Especialidad En Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones?
- 3.- ¿Qué aspectos destaca en la supervisión que lleva a cabo con los alumnos?
- 4.- Según su opinión, ¿en qué radica la importancia de la supervisión?
- 5.- ¿Qué formas de supervisión conoce?
- 6.- ¿Qué particularidad tiene su forma de supervisar?
- 7.- ¿Considera a su forma de supervisión un modelo?
- 8.- ¿Cómo fue construyendo su modalidad de supervisión?
- 9.- ¿Cuál es, según su opinión, la función de la supervisión?
- 10.- ¿La supervisión tiene aspectos terapéuticos?
- 11.- ¿Qué es lo que demandan los estudiantes en las sesiones de supervisión?
- 12.- Según sus palabras, ¿qué es la contratransferencia?
- 13.- ¿Considera que la contratransferencia sea una aspecto que necesariamente tiene que ser trabajado en la supervisión?
- 14.- ¿Cuáles han sido los problemas con los que se ha encontrado en la práctica de la supervisión?
- 15.- ¿Qué le interesa que capten los alumnos en la supervisión?
- 16.- ¿En el Centro de Servicios Psicológicos tiene contacto con otros supervisores, a manera de intercambio de experiencias?
- 17.- ¿Considera que hay vinculación entre lo que se hace en el centro de Servicios Psicológicos y las materias teóricas de la Especialidad?
- 18.- ¿Qué tan didáctica tendría que ser la supervisión en la Especialidad?

### ANEXO 3

#### CODIFICACIÓN DE RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

CATEGORÍA	A.A.	C.A.	C.O.
<b>NOCIÓN DE CONTRATRA-TRANSFERENCIA</b>	Fantasías, emociones y sentimientos que los ponemos a los pacientes y que no son ciertas. Hay que devolverle al paciente lo que provoca. El terapeuta debe de trabajar sus propios afectos.	Damos cuenta de los sentimientos positivos y negativos que despierta el paciente. Separar las cosas que son de nosotros de las de los pacientes y trabajar sobre lo que está pasando.	Lo que despierta la otra persona en ti. Se debe definir para ponerla al servicio del paciente. Es contraria a la identificación con nuestros puntos ciegos.
<b>FANTASÍA DE LA SUPERVISIÓN</b>	Como teníamos pocos conocimientos sobre la terapia, esperaba que nos dirigieran: "haz esto", como una receta y resulta que: "a ver qué haces",	Yo lo asocio con regaño. Que nos iban a decir: "no, pues la receta aquí"; "esto no se hace así". Aunque no directamente con el paciente. Como que iba a ser una lista de: "hiciste esto, preguntaste esto de más, te faltó esto", y claro, iba a mejorar pero tenía miedo a que me observaran los demás compañeros.	Yo la veía desde el punto de vista de autoridad, donde nos iban a marcar pautas normativas a seguir, pero también que nos iban a dar chance de experimentar.
<b>ASPECTOS DE DESTACA LA SUPERVISORA 1</b>			Incluye a todo el grupo, no retoma lo que individualmente se sintió sino que trata de rescatar lo más general, para concretizar.
<b>ASPECTOS QUE DESTACA LA SUPERVISORA 2.</b>	La confrontación con uno mismo, la confrontación de la transferencia del grupo, horizontal y vertical	Que se debía cuidar al paciente y no hacerle daño.	El clima del grupo terapéutico, la contratransferencia de los co-terapeutas y el grupo de observadores.
<b>ASPECTOS SEÑALADOS POR LA SUPERVISORA 1</b>			Señalaba cómo el grupo terapéutico contagia al grupo de observadores, como una situación isomórfica y como esto moldea la interpretación que se hace de la sesión.

<p><b>ASPECTOS SEÑALADOS POR LA SUPERVISORA 2</b></p>	<p>Me llegó a señalar que yo no marcaba límites. También que estudiaba algunos temas, como el de la sexualidad. Otro supervisor le señaló la preferencia hacia las pacientes jóvenes dependientes.</p>	<p>Aclaraba cómo en base a la historia de uno cuesta más o menos trabajo trabajar con ciertos pacientes. Me señaló cómo contratransferencialmente me molestaba que una paciente manipulara a su novio.</p>	<p>El bloqueo en el funcionamiento de la coterapia que se reflejaba en el bloqueo en el grupo. Me señaló la relación que hay entre el crecimiento del grupo y el crecimiento individual.</p>
<p><b>EMOCIONES TRABAJADAS</b></p>	<p>Inseguridad, necesidad de que alguien dependa de uno.</p>	<p>Manipulación de la figura masculina.</p>	<p>Temor a la crítica</p>
<p><b>TRANSFERENCIAS EN LA SUPERVISIÓN</b></p>	<p>Sup2. Negativa. Me confrontaba mucho y yo a ella no seguía sus indicaciones.</p>	<p>Sup2. Respeto ante el respeto de ella. A veces sentía que se quería meter en la historia personal.</p>	
<p><b>¿LA SUPERVISIÓN ES TERAPÉUTICA?</b></p>	<p>Si porque te confronta contigo mismo, con tus afectos, con tus problemas latentes y que aún no puedes manejar.</p>	<p>Aunque éste no sea el objetivo, daba gusto venir porque al supervisar nuestros casos nos supervisábamos a nosotros mismos.</p>	<p>Depende del alumno, si uno lo quiere ver sólo como aprendizaje o terapéutico. Para mí sí tiene fines terapéuticos, porque permite conocer los puntos ciegos que uno tiene en sus relaciones humanas no nada más con los pacientes.</p>

CATEGORÍA	J.O.	L.A.	L.S.
<b>NOCIÓN DE CONTRATRA-TRANSFERENCIA</b>	Es lo que está sintiendo uno ante sus pacientes. Creo que es muy importante saber qué es exactamente lo que se siente, si es dolor o coraje.	Sentimientos que despierta el paciente y que tienen que ver con tu personalidad y tu estructura psicológica. Lo ideal es que la utilices a favor del paciente.	El cúmulo de sentimientos que se generan hacia el paciente.
<b>FANTASÍA DE LA SUPERVISIÓN</b>	Creía que las cosas que hacía bien me las iban a decir para seguir las haciendo y las cosas mal para que ya no las hiciera. Tenía miedo que encontrarán mis debilidades.	Esperaba retroalimentación, que me ayudaran a "meter las manos", porque tenía inseguridad. Pensaba la supervisión era un trabajo en el nivel teórico, pero no fue así se tocó mucho el aspecto emocional.	Tenía la fantasía de que yo los iba a ser más mal a los pacientes que bien. Esperaba grandes cambios de los pacientes. También pensaba que se iba a repetir el modelo de supervisión del primer año.
<b>ASPECTOS DE DESTACA LA SUPERVISORA 1</b>	Los momentos grupales, los movimientos grupales. Lo que se despertaba en el grupo de observadores era trabajado como algo también grupal.	Le da más importancia a la teoría. A los momentos grupales, según Bion, a lo de Melanie Klein. Quería hacer una conexión entre la teoría y la práctica.	
<b>ASPECTOS QUE DESTACA LA SUPERVISORA 2.</b>	Cómo se está sintiendo uno. Se trata de dar una visión general del proceso. Desde las entrevistas de selección hasta la terminación del grupo. Lo que es la focalización.	Le daba mucha importancia a la transferencia y a la contratransferencia, te mostraba como se podía usar ésta para tus intervenciones.	Lo que se está sintiendo no sólo ante los pacientes, sino en la supervisión misma.
<b>ASPECTOS SEÑALADOS POR LA SUPERVISORA 1</b>	Preferencias con respecto a la atención que prestaba hacia algunos pacientes.		

<b>ASPECTOS SEÑALADOS POR LA SUPERVISORA 2</b>	El control racional ante el temor de no controlar la parte emocional, calificada como debilidad. Necesidad de reconocimiento.	Que no es malo poner el sentimiento en juego, que malo es cuando puedes afectar al paciente, si lo sabes poner a su servicio es bueno.	Sentimientos de rechazo ante pacientes, generados por las preconcepciones de lo que debe ser un paciente.
<b>TRANSFERENCIAS EN LA SUPERVISIÓN</b>	Sup1. Dependencia. Sup2. Necesidad de reconocimiento.	Sup1. Transferencia negativa por identificación con elementos de escisión. Sup2. Confianza.	Sup1. Transferencia negativa, competencia. Sup2. Dependencia y sentimientos de abandono.
<b>EMOCIONES TRABAJADAS</b>	Escisión, inseguridad, necesidad de dar una buena imagen hacia el exterior, envidia fraterna.	Coraje, ante la pasividad de algún paciente, tristeza, alegría, cariño.	Sentimientos de rechazo. Enojo ante la "sobredemanda" de pacientes.
<b>¿LA SUPERVISIÓN ES TERAPÉUTICA?</b>	Sí, a veces creo que necesita ser bastante terapéutica, porque uno siente que necesita contención quizás más que el paciente, la supervisión ayuda mucho en este sentido.	En la medida en que te mueve si es terapéutica. Toca elementos tuyos que si bien no siempre se trabajaban ahí, si lo hacías en terapia o tenías tu propio trabajo interno.	Claro, porque es reparadora. Cuando entiendes que te está pasando algo, obviamente que lo puedes controlar más.

CATEGORÍA	L.U.	S.O.	S.A.
<b>NOCIÓN DE CONTRATRA-TRANSFERENCIA</b>	Es algo que te permite la experiencia del "otro". Son una gama de sentimientos que tienen que ver con la situación que estás viviendo. Lo ideal es que se maneje y no se ponga distancia con ella.	Cuando el paciente o entrevistado le pone al terapeuta ciertas características y éste responde a esas características, a este tipo de depositaciones de necesidades del cliente.	Son sentimientos y sensaciones que se motivan en el espacio terapéutico por parte del terapeuta. Son erróneas en cuanto a tiempo y persona.
<b>FANTASÍA DE LA SUPERVISIÓN</b>	Pensaba que me iban a resolver todo. El supervisor daría respuesta a mis preguntas y me diría por dónde ir, por ejemplo: "mira esta paciente tiene esto, búscate por aquí".		Iba a haber observación de errores y corrección de éstos. Había mucha inseguridad por no tener experiencia, esto generaba ansiedad.
<b>ASPECTOS DE DESTACA LA SUPERVISORA 1</b>		Buscaba que el alumno tuviera, ante todo, herramientas teóricas.	Los movimientos del grupo, la dinámica grupal, los fenómenos que se dan en el grupo, identificación de los momentos del grupo.
<b>ASPECTOS QUE DESTACA LA SUPERVISORA 2.</b>	Las intervenciones que haces tanto en la supervisión como en la terapia deben de tener algún soporte metodológico.	La confrontación del alumno con lo que está sintiendo. Le interesaba la experiencia personal del alumno al estar dando terapia.	El proceso terapéutico. Trataba que nosotros identificáramos lo que estábamos sintiendo con respecto a los pacientes. También se centraba en el uso de las intervenciones según Florini.
<b>ASPECTOS SEÑALADOS POR LA SUPERVISORA 1</b>			"no es considerada como supervisora. "Su clase no se definió como tal oficialmente"

<p><b>ASPECTOS SEÑALADOS POR LA SUPERVISORA 2</b></p>	<p>* Para ella la psicoterapia de grupo fue supervisión, en este contexto trabajó la inseguridad y las necesidades de valoración.</p>	<p>Agresión ante pacientes con los que uno se identifica.</p>	<p>Depresión y sentimientos de abandono en el grupo. Señala que es importante que se trabaje de que manera uno se engancha con dichos sentimientos.</p>
<p><b>EMOCIONES TRABAJADAS</b></p>	<p>Enojo, necesidad de reconocimiento y valoración, inseguridad.</p>	<p>Sentimientos de abandono, que pensaba superados relacionados con la figura paterna, necesidades afectivas e inseguridad.</p>	<p>Depresión, y sentimientos de abandono. *Se aclara que se hizo el señalamiento en supervisión pero se llevaron a un espacio terapéutico.</p>
<p><b>TRANSFERENCIAS EN LA SUPERVISIÓN</b></p>			
<p><b>¿LA SUPERVISIÓN ES TERAPÉUTICA?</b></p>	<p>No puedes separar la supervisión de la terapia, porque cuando haces una entrevista trabajas con aspectos tuyos y es importante que los revises y trabajes.</p>	<p>Es 50% terapéutica y 50% una experiencia de aprendizaje.</p>	<p>No. Un proceso terapéutico está en función de provocar cambios en la persona, la supervisión no. En esta sólo se hacen señalamientos, pero están en función de la terapia del paciente. Aunque algunos alumnos puedan cambiar con tan sólo este tipo de intervención. Lo mejor es trabajar lo señalado en un espacio terapéutico. en supervisión es inadecuado.</p>

CATEGORÍA	S.U.		
<b>NOCIÓN DE CONTRATRA-TRANSFERENCIA</b>	La contratransferencia es la reacción del terapeuta ante el hecho de que el paciente le deposita sentimientos y emociones. El terapeuta debe utilizarla y hacer consciente al paciente de lo que despierta.		
<b>FANTASÍA DE LA SUPERVISIÓN</b>	Se observaría como te desenvuelves, te dirigen por teléfono. Después de la sesión se comenta lo que pasó. Hay preocupación por el desempeño, aunque yo mismo me evaluaba.		
<b>ASPECTOS DE DESTACA LA SUPERVISORA 1</b>	Es muy maternal y señala situaciones familiares que viven los miembros del grupo. Da la imagen de una madre recta y estricta.		
<b>ASPECTOS QUE DESTACA LA SUPERVISORA 2.</b>	Es muy maternal y señala situaciones familiares que viven los miembros del grupo. Es afectuosa y profundiza en los aspectos emocionales de los pacientes y los supervisados.		
<b>ASPECTOS SEÑALADOS POR LA SUPERVISORA 1</b>			
<b>ASPECTOS SEÑALADOS POR LA SUPERVISORA 2</b>	Llama la atención sobre la preferencia de pacientes varones, como hijos deseados.		
<b>TRANSFERENCIAS EN LA SUPERVISIÓN</b>	Sup1. Indiferencia Sup2. Muy melida en su trabajo, muy frontal y directa, aunque afectuosa.		

<b>EMOCIONES TRABAJADAS</b>	Complacencia ante los avances terapéuticos de pacientes.		
<b>¿LA SUPERVISIÓN ES TERAPÉUTICA?</b>	Si, porque a fin de cuentas uno proyecta situaciones propias, ves situaciones en los pacientes y te das cuenta como no haz afrontado algunas de ellas, y te preparas para hacerlo.		

**ANEXO 3**

**REGISTRO DE SESIONES DE GRUPO, UTILIZADAS POR AL SUPERVISORA 1**

GRUPO: \_\_\_\_\_  
SESIÓN: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_

**TEMAS MANIFIESTOS CENTRALES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PORTAVOCES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONTENIDOS DE LA SESIÓN**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONTENIDOS LATENTES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HECHOS SIGNIFICATIVOS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INTERVENCIONES DE LOS TERAPEUTAS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## BIBLIOGRAFIA

1. **Anzieu D.,** Bejarano A., (et. Al.), El trabajo Psicoanalítico en los Grupos, Edit. Siglo XXI, México, 1972.
2. **Battagay, Raymond.** El hombre en el Grupo. Edit. Herder, Barcelona, 1978.
3. **Bellak, M.D.,** Small, S.D., Psicoterapia Breve y de Emergencia, Edit. Pax, México, 1990.
4. **Braler, Eduardo, A.,** Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica. Edic. Nueva Visión, Buenos Aires 1984.
5. **Brunner, Jerome,** Acción Pensamiento y Lenguaje, Alianza Psicológica, Barcelona, 1966.
6. **Dallal y Castillo E.** "El Proceso Formativo del Especialista", Manual de Psicoanálisis y Psicoterapia de Niños y Adolescentes. Editorial Planeta, México, 1992.
7. **Devereux, George,** De la Ansiedad al método de las Ciencias del Comportamiento. Edit. Siglo XXI, México, 1987.
8. **Florini, Héctor, J.** Teoría y Técnica de Psicoterapias, Edit. Nueva Visión, Argentina 1992.
9. **Foulkes, S.H.,** Manual de Psicoterapia de Grupo. Fondo de Cultura Económica, México, 1986.
10. **Freud, Sigmund,** "Trabajos sobre la Técnica Psicoanalítica", Obras Completas, Vol. 12, Amorrortu edit., Argentina 1980.
11. **Garneta, D.,** María del Carmen. "El lado oscuro de la transferencia". ALÉTHEIA No.12, 1993. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y social.
12. **González Nuñez ,** Interacción Grupal. Edit. Planeta, México, 1992.
13. **González Nuñez ,** La Fortaleza del psicoterapeuta: la Contratransferencia. Instituto de Investigación en psicología Clínica y Social, Eón Editores. México, 1989a.

14. **González Nuñez** Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica de Adolescentes. Edit. Trillas, México, 1989b
15. **González Nuñez** , "La contratransferencia y el Acting Out", ALËTHEIA No. 7, 1986, Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.
16. **González Nuñez**, "Concepto Actual de la Contratransferencia en la Psicoterapia de Grupo, ALËTHEIA No. 11, 1992, Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.
17. **González Nuñez**, (et.al) Dinámica de Grupos: Técnicas y Tácticas, Edit. Concepto, México, 1991.
18. **Jackel, Merl, M.**, "Supervision in Dynamic Psychotherapy". en Applied supervision in Psychotherapy, Grune & Stratton, U.S.A.
19. **Jones, Ernest.** La vida y Obra de Sigmund Freud, Salvat Editores, Barcelona 1984.
20. **Kadís A., Krasner J. (Et.al).** Manual de Psicoterapia de Grupo. Fondo de Cultura Económica. México, 1986.
21. **Kaës, René,** El Aparato Psíquico Grupal, Edit. Gedisa, México, 1977.
22. **Kissen, Morton,** Dinámica de Grupo y Psicoanálisis de Grupo, Edit. Limusa, México, 1990.
23. **Laplanche, J., Pontalis, J.-B. ,** Diccionario de Psicoanálisis, Edit. Labor, Barcelona, 1983.
24. **Lazarini, Jiménez, Luis,** "Algunas Consideraciones en Torno a la Formación del Psicoterapeuta Psicoanalítico", ALËTHEIA No.11, 1992 Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.
25. **Lucio, Emilia,** "La Transferencia y la Supervisión en la Práctica del Psicólogo y otras Profesiones de la Salud". ALËTHEIA No.13, 1994. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.
26. **Maisonneuve, Jean,** La Dinámica de los Grupos. Edic. Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.
27. **Malan, D.H.** Fondo de Cultura Económica, México, 1980.

28. **Palacios, Agustín.** Técnica de Grupo en Psicoanálisis. Prensa Médica Mexicana, Edit. Fournier, México, 1975.
29. **Piaget Jean.** Psicología y Epistemología. Edit. Ariel, Barcelona, 1971.
30. **Pichon-Rivière, E.** (a) El Proceso Grupal: Del Psicoanálisis a la Psicología Social (1). Edic. Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.
31. **Pichon-Rivière, E.** (b) Teoría del Vínculo. Edic. Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.
32. **Segal, Hanna.** Introducción a la Obra de Melanie Klein. Edit. Paidós, México 1992.
33. **Yalom, Irvin.** Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo, Fondo de Cultura Económica, México 1986.