

## PSICOTERAPIA

# LA SUPERVISIÓN CLÍNICA COMO MODELO PEDAGÓGICO Y SU USO EN PSICOTERAPIA VINCULAR CON PADRES Y BEBÉS<sup>1</sup>

(Rev GPU 2017; 13; 1: 63-66)

Javiera Navarro<sup>2</sup>

La supervisión clínica como metodología de enseñanza es la firma pedagógica de la psicoterapia (Bernard y Goodyear, 2014). Es decir, es el sello distintivo a través del cual se enseñan competencias profesionales y destrezas relacionales propias del ejercicio clínico. En el trabajo perinatal existe una valencia especial porque tanto bebé como padres y terapeutas están enfrentados a la dolorosa realidad de la extrema dependencia. En este trabajo el foco está tanto en formar un andamiaje básico para la salud mental del bebé como en utilizar los procesos inherentes del desarrollo de la primera infancia para un cambio creativo en los padres. Este andamiaje dependerá de la capacidad de los padres para ser sensibles a las necesidades de sus hijos y construir vínculos seguros. Cuando los padres tienen dificultades serán los terapeutas los que ayudarán a facilitar esta construcción. En el trabajo de supervisión debemos sostener a los terapeutas que se enfrentan a esta difícil tarea.

## INTRODUCCIÓN

Un buen trabajo de supervisión permite construir este andamiaje que ayuda a los padres a sentir y generar seguridad vincular. Tal como muñecas rusas, sostenemos al terapeuta para que pueda sostener a los padres, para que puedan sostener a su bebé, o como dice Winnicott (1965), la supervisión en el marco del trabajo vincular tiene por objetivo proveer un ambiente

“suficientemente bueno” que permita una atmósfera apropiada para el desarrollo emocional temprano y un auténtico desarrollo del self. La tarea del supervisor en nuestro equipo muchas veces se vuelve similar a la de liderar la crianza en una familia, que en este caso incluye al terapeuta, al equipo, a los padres y a los hijos. La seguridad percibida por los terapeutas en la relación de supervisión es crítica para el éxito de esta tarea (Fleming, Glass, Fujisaki y Toner, 2010).

<sup>1</sup> Presentado en XXV Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de D.W. Winnicott. Noviembre 2016, Santiago Chile

<sup>2</sup> Psicóloga Clínica PUC, Magister Clínica Tavistock Londres, académica Facultad de Psicología Universidad Alberto Hurtado, Directora Programa Vínculos Tempranos Facultad de Psicología Universidad Alberto Hurtado. Miembro IARPP CHILE (jnavarro@uahurtado.cl)

Desde un marco psicoanalítico relacional de supervisión el foco está en lo implícito de la relación supervisor-supervisado. Por ejemplo, una terapeuta que está trabajando con intensos sentimientos de rechazo de una madre hacia ella, en supervisión se resiste a recibir cualquier sugerencia del equipo, generando una escena semejante a la escena terapéutica. Más adelante profundizaremos en este concepto.

En este trabajo revisaré algunas definiciones y reflexiones generales de supervisión, describiré la supervisión desde un modelo psicoanalítico relacional y explicaré cómo intentamos trasladar este conocimiento al trabajo clínico con padres y bebés. Esto lo hacemos en el trabajo de supervisión al equipo de terapeutas del Programa de Vínculos Tempranos (PiVT) de la Universidad Alberto Hurtado en Santiago de Chile.

A través del trabajo de Winnicott de "Odio en la Contratrasferencia" (1947), ejemplificaré cómo en el espacio de supervisión es necesario poder nombrar el odio en las diadas que han quedado atrapadas en psicopatología vincular.

## ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE SUPERVISIÓN?

Desde un modelo tradicional de psicología clínica, los autores Bernard y Goodyear (2014) definen la supervisión como

(...) una intervención entregada por una persona más experimentada dentro de la profesión a un colega más joven, que típicamente (pero no siempre) es miembro de la misma profesión. Esta relación es evaluativa y jerárquica; se extiende en el tiempo; y tiene el doble propósito de fortalecer el ejercicio profesional de la persona más joven y monitorear la calidad de los servicios profesionales ofrecidos a los clientes por esta, es decir, el supervisor es un "guardián" de la profesión a la cual el profesional más joven busca entrar (página 9).

De la sistematización que hacen Bernard y Goodyear (2014) sobre el estado del arte de las supervisiones en Estados Unidos, hay algunos elementos interesantes a considerar y que posiblemente se repiten en nuestra realidad. Supervisar es la tercera actividad más común entre los profesionales de la salud mental (primero hacer psicoterapia, segundo hacer evaluaciones y tercero supervisar). Un 85% de los profesionales en salud mental supervisan de manera habitual sin estar formados específicamente para ello y sin que existan aún suficientes programas acreditados y sistemáticos

para formar supervisores. La supervisión clínica es una intervención por sí misma y la gran mayoría de los supervisores no ha recibido formación para ello. Los autores además destacan que no existe evidencia que indique que un buen psicoterapeuta es necesariamente un buen supervisor.

A pesar que un objetivo central en supervisar es mejorar los resultados de un proceso terapéutico, no hay estudios sistemáticos a la fecha que hayan evaluado el impacto de la supervisión en los resultados con los pacientes, aunque la presunción implícita es que tiene un alto impacto.

## ENTONCES, ¿QUÉ ES UN "BUEN" SUPERVISOR?

Los estudios revisados por Bernard y Goodyear (2014) resaltan las siguientes características de un buen supervisor:

- Establecer confianza y respeto por la relación de supervisión
- Demostrar sensibilidad sobre las necesidades del supervisado
- Promover la autonomía del supervisado
- Identificar las tensiones y conflictos en la relación de supervisión
- Clarificar expectativas de ambas partes
- Entregar retroalimentación regular a los supervisados
- Ser capaz de tolerar de manera no defensiva la retroalimentación negativa de los supervisados

Todas estas características se asemejan a las que esperamos de los padres cuando hablamos de un ambiente suficientemente bueno (Winnicott, 1965) que promueva el desarrollo: sensibilidad parental, promoción del crecimiento y la autonomía del niño, capacidad para reparar desconexiones, etc.

Sin embargo, en la realidad las cosas parecen no siempre ser así. De los pocos estudios que existen, uno reporta que el 38% de los supervisados refiere conflictos en la relación de supervisión y afirman sentirse muy vulnerables para exponerlo (Ladany, Hill, Corbett y Nutt, 1996 citado en Bernard y Goodyear, 2014). Gabbay, Kiemble y Maguire (1999) en una encuesta aplicada a 127 psicoterapeutas en Inglaterra revelan que 42% está insatisfecho con sus experiencias de supervisión. Esto puede ser consistente con una tradición clásica donde se acentuaba la posición de autoridad del supervisor, tal como vimos en las definiciones de un inicio. Lo anterior cobra aún más sentido cuando existe una relación evaluativa formal de por medio.

En 2010 Fleming, Glass, Fujisake, Toner hacen un estudio cualitativo sobre experiencias en supervisión grupal y concluyen que la seguridad que sienten los supervisados en el grupo es clave para su aprendizaje. Cuando los supervisados experimentan situaciones de conflicto en sus sesiones de psicoterapia reportan en supervisión sentirse avergonzados y con un sentimiento de fracaso. El manejo que hace el supervisor y el grupo de esto es clave para cómo el supervisado siente que resolvió el *impasse*. Cuando la dinámica grupal se ha vuelto más de crítica que de apoyo y la ansiedad del supervisado es alta, los resultados suelen ser pobres. De manera opuesta, cuando el grupo provee seguridad y los montos de ansiedad del supervisado son manejables, los resultados son óptimos. Esto requiere de una capacidad del supervisor no solo de manejar el proceso clínico de supervisión, sino a la vez manejar adecuadamente dinámicas grupales (Bernard y Goodyear, 2014).

Desde nuestra experiencia supervisando y formando a terapeutas en vínculos tempranos, las características que consideramos fundamentales para que se cumplan los objetivos de nuestro trabajo son: la promoción de la colaboración, la reparación de rupturas en la relación de supervisión, la revisión de dinámicas que estén haciendo de paralelo de la relación terapéutica, el trabajo de los *impasses*, el fortalecimiento de la alianza de supervisión, la consideración de las necesidades del supervisado de regulación afectiva, la generación de seguridad y la provisión de una teoría que ayude a contener ansiedades.

## MODELO RELACIONAL DE SUPERVISIÓN

El modelo relacional propone un cambio de paradigma que pone el énfasis en la “competencia relacional” y no en un listado de competencias propias del supervisor y/o del supervisado, como mayoritariamente ha planteado la literatura hasta ahora. Este marco que se sostiene en la relación es más consistente con nuestro trabajo en vínculos tempranos.

Como describimos en un comienzo, en el modelo relacional de supervisión las dificultades con el paciente se llevan a la relación con el supervisor, en lo que se llama “proceso paralelo”. Por proceso paralelo entendemos cuando el supervisado inconscientemente se presenta a su supervisor del modo en que el paciente se ha presentado con él. Y viceversa, cuando el supervisado adopta formas con el paciente que su supervisor ha adoptado con él, es decir, es un proceso bidireccional (Bernard y Goodyear, 2014).

Los procesos paralelos resultan mucho más claros cuando consideramos que toda nuestra comunicación

cuando bebés es no-verbal, y que esta modalidad continúa durante nuestra vida sin que necesariamente estemos conscientes. Por eso el foco central es el tipo de interacción supervisor-supervisado y no la información sobre los contenidos verbales de una sesión.

Cualquier significado que emerge para crear un marco de entendimiento mutuo es siempre parcial y abierto a la deconstrucción y reconstrucción de las nuevas experiencias. Todo vínculo está en permanente dialéctica entre conexión, desconexión y reparación (Tronick, 2007). Cada vez que reparamos aprendemos algo nuevo y cuando aprendemos algo nuevo crecemos. Y tanto la primera infancia como las supervisiones son lugares donde debe desplegarse el crecimiento.

Por eso el foco de atención en la supervisión son las dificultades que el terapeuta tiene en el proceso terapéutico, tratando de traer la experiencia de *impasse* o detenciones del proceso psicoterapéutico a la supervisión.

Para Del Río (2011) el *impasse* da cuenta de la aparición de un emergente relacional (Stolorow y Atwood, 1992) y entender este emergente va a permitir resolver este.

La paradoja de la supervisión es que en sí misma es una situación donde se necesita la máxima confianza para poder mostrar los aspectos más frágiles de nuestra personalidad, creencias, aspectos traumáticos de nuestra historia, que muchas veces son reflejados de manera intensa y violenta por nuestros pacientes y, al mismo tiempo, es una situación donde lo habitual es que esté mediada por una evaluación, sea esta formal o una autoevaluación respecto a nuestra capacidad y eficacia como terapeutas. En nuestro trabajo en PiVT, donde formamos terapeutas, no estamos exentos de esta tensión. Aquí usamos la evidencia que entregan estudios como los de Fleming, Glass, Fujisaki y Toner (2010) sobre la generación de ambientes de seguridad a pesar de los *impasses*, procesos paralelos y ansiedades que se apoderan de nuestro espacio grupal.

## EL ODIOS COMO UN *IMPASSE*: DINÁMICAS GRUPALES EN EL PROGRAMA DE VÍNCULOS TEMPRANOS (PIVT)

Sentir odio por un hijo recién nacido, sentir que no ha sido nunca parte tuya, sentir tanta hostilidad que no puedes tocarlo, son algunas de las experiencias que traen las madres y padres que vemos en nuestro programa.

La extrema vulnerabilidad de un bebé evoca en algunos padres sentimientos de furia, terror y asco. La idea de un bebé necesitado puede estremecer, generar sensaciones físicas de repulsión que muchas veces están ligadas a sus propios estados de extrema dependencia.

Esta es la intensidad de los afectos que deben manejar los terapeutas que trabajan en nuestro programa. Estamos acostumbrados a relatos donde las terapeutas cuentan cómo el odio se apodera de la diada en la situación clínica, y para prevenir más daño ese odio debe ser nombrado y comprendido en supervisión.

Una terapeuta contaba con vergüenza cómo le había dicho con rabia a su paciente que era más fácil dejar a su marido pedófilo que seguir intentando tantas maniobras inútiles de protección a los niños; otra terapeuta con dolor contaba las agresiones reiteradas de una madre con un gran sobrepeso que no podía tolerar el cuerpo de la terapeuta “no dañado” por el nacimiento de un hijo; otra terapeuta, furiosa, nos contaba de una madre que se negaba a darle pecho a un bebé hambriento para castigarlo por su excesivo llanto. Todas reconocían lo difícil de contar estas experiencias al equipo, todas temían nuestra reprobación. Todas decían que la supervisión las había ayudado a poder odiar con tranquilidad a estas madres.

Winnicott en su escrito magistral sobre *El odio en la contratransferencia* (1949/1999) dice que el terapeuta debe primero odiar a su paciente, tal como la madre debe odiar primero a su bebé, antes que este pueda odiarla a ella.

“El analista debe tolerar que se le ponga en el lugar del que odia” (p. 435) y es incluso una necesidad de los terapeutas que trabajan con pacientes graves poder odiar a sus pacientes. Para Winnicott (1949/1999) el odio puede ser empático cuando es utilizado para elaborar y describir las experiencias tempranas de un paciente.

Supervisor y terapeuta se encuentran en una situación comparable a la de una madre y un bebé cuando este en un estado de regresión profunda no puede identificarse con el supervisor ni apreciar su punto de vista más de lo que el feto o el recién nacido puede simpatizar con su madre (Winnicott, 1949/1999). Una madre debe ser capaz de tolerar el odio que su bebé le inspira sin hacer nada al respecto, sin pagarle con la misma moneda. El terapeuta debe poder hacer lo mismo, lo que se logra con el apoyo de un equipo que esté detrás otorgándole seguridad.

Es terrible para los padres sentirse inefectivos o incapaces de generar una diferencia para su bebé. Una gran cantidad de recursos internos debe utilizar una madre para calmarse a sí misma en la medida que

intenta calmar a su hijo. Es terrible para un equipo de supervisores y terapeutas sentirnos inefectivos o atrapados en dinámicas de odio. Nuestro equipo debe sobrevivir ese viaje y al final esperar que la hostilidad y el odio se transformen para que crezca el amor y la compasión. La supervisión debe proveer el espacio para que el amor crezca y la relación terapéutica pueda sentirse nuevamente segura.

Uno de los placeres de trabajar en primera infancia es facilitar el encuentro de mentes y admirarse con la riqueza que se produce cuando padres e hijos pueden entender la profundidad de sus propios mundos internos.

## REFERENCIAS

1. Bernard JM, Goodyear RK (2014). *Fundamentals of Clinical Supervision* (5th ed). Boston: Pearson
2. Borders DL (2014). *Best Practice in Clinical Supervision: Another Step in Delineating Effective Supervision Practice*. *American Journal of Psychotherapy*, 68(2), 151-162
3. Del Río M (2011). Proceso terapéutico y supervisión. *Rev GPU*, 7(1), 77-84
4. Falender C, Shafranske E (2004). *Clinical Supervision: A Competency-based Approach*. Washington, DC: American Psychological Association
5. Fleming LM, Glass JA, Fujisaki S, Toner SL (2010). *Group Process and Learning: A grounded theory model of group supervision. Training and Education in Professional Psychology*, 4(3), 194-203
6. Gabbay MB, Kiemble G, Maguire C (1999). Clinical supervision for clinical psychologists: existing provision and unmet needs. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(5), 404-412
7. Jara C, Vidal C (2004). La formación de Terapeutas Familiares y la Familia de Origen del Terapeuta: el trabajo en el taller de la persona del terapeuta en el ICHTF. *Revista De Familias y Terapias Año 12, N° 18*
8. Safran JD, Muran JC (2003). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: Guilford Press
9. Sarnat JE (1992). Supervision in Relationship: Resolving the Teach-Treat Controversy in Psychoanalytic Supervision. *Psychoanalytic Psychology*, 9(3), 387-403
10. Sarnat JE (2015). *Supervision Essentials for Psychodynamic Psychotherapies (Clinical Supervision Essentials)*. Washington, DC: American Psychological Association
11. Stolorow R, Atwood G (1992). *Los Contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder
12. Tronick E (2007). *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*. New York and London: W. W. Norton & Company
13. Winnicott D (1965). *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. New York: Basic Books
14. Winnicott D (1999). El odio en la contratransferencia. En J. Beltrán (trad.). *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 267-279). Barcelona: Paidós Ibérica (Trabajo original publicado en 1949)