

# LA IMPORTANCIA DE LA SUPERVISIÓN Y LA CLÍNICA ACTUAL UNA EXPERIENCIA DE SUPERVISIÓN GRUPAL AMPLIADA PARA EL ANÁLISIS COMPRENSIÓN Y CONTENCIÓN DE LA TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA NEGATIVA

A IMPORTÂNCIA DA SUPERVISÃO  
E DA CLÍNICA ATUAL  
UMA EXPERIÊNCIA DE SUPERVISÃO GRUPAL AMPLIADA  
PARA A ANÁLISE, COMPREENSÃO E CONTENÇÃO DA  
TRANSFERÊNCIA E DA CONTRATRANSFERÊNCIA NEGATIVA.

THE IMPORTANCE OF SUPERVISION AND CONTEMPORARY  
CLINICAL PRACTICE  
AN EXPANDED GROUP SUPERVISION EXPERIENCE FOR  
THE ANALYSIS, UNDERSTANDING, AND CONTAINMENT OF  
TRANSFERENCE AND NEGATIVE COUNTERTRANSFERENCE.

Elvira Soto de Dupuy  
ORCID 0009-0008-7715-9198  
Correo electrónico: elvirasoto.dupuy@gmail.com  
Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes

Fecha de Recepción: 30 – 04 – 2026  
Fecha de Aceptación: 12 -05 – 2026

**Para citar este artículo / Para citar este artigo / To reference this article**

Soto de Dupuy E. (2026) LA IMPORTANCIA DE LA SUPERVISIÓN Y LA CLÍNICA ACTUAL UNA EXPERIENCIA DE SUPERVISIÓN GRUPAL AMPLIADA PARA EL ANÁLISIS COMPRENSIÓN Y CONTENCIÓN DE LA TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA NEGATIVA Intercambio Psicoanalítico 17 (1), DOI: 10.60139/InterPsic/17.1.5 Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

# LA IMPORTANCIA DE LA SUPERVISIÓN Y LA CLÍNICA ACTUAL

## Una experiencia de supervisión grupal ampliada para el análisis comprensión y contención de la transferencia y contratransferencia negativa

Elvira Soto de Dupuy<sup>1</sup>

1 Licenciada en Psicología Clínica por la PUCP. Candidata del Instituto de la SPP, con formación en psicoanálisis de adultos, niños y adolescentes. Miembro fundador del Centro de desarrollo y asesoría psicosocial (CEDAPP) y de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de niños y adolescentes (APPPNA). Miembro del Comité Editorial de Transiciones y actual secretaria científica. Práctica privada con niños, adolescentes y adultos desde 1978. Supervisora del trabajo con niños y adolescentes en CEDAPP y ex supervisora del Departamento de niños y adolescentes D. Winnicott del CPPL. Autora de diversos artículos sobre clínica con niños publicados en la Revista Transiciones. Coautora y coeditora del libro *La maternidad y sus vicisitudes hoy* (2006) y de *La continuidad a través del vínculo. Lugar simbólico y real que ocupan los abuelos para sus nietos* (2002).

**Resumen:** Reflexionaré sobre la supervisión, su importancia en nuestro quehacer clínico con pacientes de difícil acceso y sobre el rol del grupo de supervisión como espacio de escucha del material clínico presentado en la supervisión y de sostén emocional para los sentimientos y temores intensos que puede provocar su paciente, en el terapeuta, vía la identificación proyectiva. Analizaré una experiencia a la que he llamado supervisión grupal ampliada, en la cual esta y el grupo se constituyen en un espacio de contención para quien supervisa a algún paciente, facilitando el pensar, comprender, elaborar y metabolizar la experiencia para desarrollar nuestra función de sostén emocional, rêverie y empatía con nuestros pacientes y así construir el vínculo terapéutico, atravesado por la transferencia y la contratransferencia. Presentaré dos viñetas clínicas de pacientes adolescentes —con la autorización de sus terapeutas— para ilustrar los sentimientos transferenciales y contratransferenciales relacionados con el odio y la impotencia y que, eventualmente, pueden llevarnos a una actuación. También, para animar a otros colegas a escribir sobre sus experiencias. En trabajos anteriores he escrito sobre la contratransferencia negativa desde mi experiencia como terapeuta de niños; ahora lo haré desde mi rol de supervisora.

**Palabras clave:** El odio en la transferencia y contratransferencia, identificación proyectiva, supervisión grupal ampliada, adolescentes limítrofes

**Resumo:** Refletirei sobre a supervisão, sua importância em nosso trabalho clínico com pacientes de difícil acesso e sobre o papel do grupo de supervisão como espaço de escuta do material clínico apresentado na supervisão, bem como de sustentação emocional diante dos sentimentos e temores intensos que o paciente pode suscitar no terapeuta, por meio da identificação projetiva. Analisarei uma experiência que denominei supervisão grupal ampliada, na qual a supervisão e o grupo se constituem como um espaço de continência para o terapeuta que supervisiona um paciente, facilitando os processos de pensar, compreender, elaborar e metabolizar a experiência, a fim de desenvolver nossa função de sustentação emocional, rêverie e empatia com nossos pacientes, favorecendo assim a construção do vínculo terapêutico, atravessado pela transferência e contratransferência. Apresentarei duas vinhetas clínicas de pacientes adolescentes —com autorização de seus terapeutas— para ilustrar os sentimentos transferenciais e contratransferenciais relacionados ao ódio e à impotência, que eventualmente podem nos levar a uma atuação. Busco também incentivar outros colegas a escrever sobre suas experiências. Em trabalhos anteriores, abordei a contratransferência negativa a partir da minha experiência como terapeuta de crianças; agora o farei a partir do meu papel como supervisora.

**Palavras-chave:** Ódio na transferência e contratransferência; Identificação projetiva; Supervisão grupal ampliada; Adolescentes limítrofes.

**Abstract:** I will reflect on supervision, its importance in our clinical work with patients who are difficult to access, and on the role of the supervision group as a space for listening to the clinical material presented in supervision, as well as for providing emotional support in the face of the intense feelings and fears that patients may evoke in the therapist through projective identification. I will analyze an experience I have termed expanded group supervision, in which both the supervision and the group become a containing space for the therapist who is supervising a patient, facilitating the processes of thinking, understanding, elaborating, and metabolizing the experience in order to develop our capacity for emotional containment, rêverie, and empathy with our patients, thus fostering the construction of the therapeutic relationship, shaped by transference and countertransference. I will present two clinical vignettes of adolescent patients—with the authorization of their therapists—to illustrate transferential and countertransferential feelings related to hatred and helplessness, which may eventually lead to enactment. I also aim to encourage colleagues to write about their own experiences. In previous works, I have addressed negative countertransference from my experience as a child therapist; here, I will approach it from my role as a supervisor.

**Keywords:** Hatred in transference and countertransference; Projective identification; Expanded group supervision; Borderline adolescents.

### Antecedentes

En el presente trabajo busco reflexionar sobre la supervisión y su importancia en nuestro quehacer clínico; en especial, cuando trabajamos con aquellos pacientes de difícil acceso que ahora llegan con más frecuencia a nuestra consulta; más aún, cuando debemos enfrentar el odio transferencial de alguno de ellos, que aflora en el interjuego de la transferencia-contratransferencia y que provoca en nosotros, terapeutas, intensos sentimientos contratransferenciales de impotencia, miedo, rabia y odio.

He escrito antes en la Revista Transiciones 12 (2007) sobre el odio en la transferencia desde mi rol de terapeuta, analizando mi vínculo con Dania, una niña de 5 años que presentaba una fuerte angustia de separación. En ese entonces, transcribir esas sesiones tan difíciles fue una primera manera de expresar y empezar a metabolizar esos sentimientos tan intensos. Es lo que Grimberg (1991) entiende como una forma de autosupervisión. Luego, supervisarlas, fue fundamental para contener esos sentimientos que surgían en mí y en la niña durante sus sesiones, tomar consciencia de las diferentes *funciones del odio en la transferencia* (Gabbard, 1991) y así, lograr reforzar la alianza terapéutica y la confianza en el vínculo; también, me permitió analizar la intervención que hice a través del juego, transformando mi sentimiento de impotencia en un juego creativo que, ahora, con los nuevos desarrollos de la teoría psicoanalítica, podría entender como una *interpretación metafórica*, en el sentido propuesto por Hilda Catz (2026). (Concepto muy interesante que ella ha ido desplegando a lo largo de su obra, al trabajar desde el análisis vincular). Es una intervención terapéutica que privilegia lo que se da en el vínculo terapeuta-paciente, que procura ampliar el sentido en lugar de cerrarlo, e introducir lo simbólico a través de imágenes, metáforas, etc.

Fue así como Dania, gracias a la curiosidad que pude generar en ella, se acercó a mí para ver juntas qué pasaba con los piojitos blancos. Esta fue una representación que posibilitó que ella saliera de ese distanciamiento físico y afectivo, así como de su actitud agresiva y de control hacia mí. Así, juntas, logramos ir transformando su rabia y su odio, para lo cual fue muy importante mostrarle que yo, como terapeuta, había sobrevivido a la intensidad de sus ataques y de su odio y, de esa manera, restaurar el espacio analítico al comprobar que seguía disponible para ella. (Winnicott, 1947/1960). Finalmente, escribir y ponerle un nombre a esa experiencia tan movilizadora fue lo que me permitió seguir elaborándola e integrándola a la luz de sus aportes teóricos y de los de Gabbard (1991) (Soto de Dupuy, E., 2007).

Cuando supervisé a las colegas que tan generosamente me proporcionaron el material clínico que voy a presentar, lo asocié de inmediato con Dania por la situación de turbulencia emocional de sus pacientes y por la fuerza del odio en la transferencia. La reacción de apoyo de los demás miembros del grupo de supervisión, además de conmoverme, me hizo pensar en lo que he denominado *supervisión grupal ampliada* (Soto de Dupuy, E., 2025) y luego escribir sobre ella para analizarla a través de aportes teóricos y clínicos sobre la supervisión.

Personalmente, aprecio mucho la supervisión individual, pero desde mi experiencia, la supervisión grupal y la de pares

Grupo de supervisión de pares de la APPPNA (2012) plantea:

Se convierte en un espacio privilegiado que nos da la posibilidad de observarnos en grupo, de mostrar nuestras dificultades y trabas en un ambiente de respeto, tolerancia, reconocimiento y escucha atenta. Nos permite tomar conciencia de aquellos aspectos inconscientes que dificultan el desarrollo del proceso terapéutico, y también es un espacio de contención para quien presenta el caso. (pp. 81-89)

Cabe resaltar la mayor distancia emocional que tienen los miembros del grupo de supervisión frente al material clínico presentado por uno de los terapeutas y el valor de las diferentes miradas y aportes de cada uno de ellos al “poner de manifiesto aspectos, dentro de la sesión, que el terapeuta no había rescatado, precisamente, por estar inmerso en el diálogo y el encuentro terapéutico” (Grupo de supervisión de pares de la APPPNA, 2012), brindándole una nueva oportunidad para volver a observar, analizar y repensar el material desde una perspectiva más amplia. Esto le facilitará su integración y transformación en una interpretación o señalamiento que ofrecerá a su paciente cuando vea que es el momento propicio para intervenir nuevamente y devolverle, ahora, esos contenidos metabolizados.

Es una herramienta que tiene un valor adicional que facilita un aprendizaje permanente, ya que la discusión del material clínico de un paciente nos permite analizar la relación terapeuta-paciente y los aspectos teóricos y técnicos subyacentes; es decir, comprender los procesos inconscientes de nuestro paciente y los que se presentan en el encuadre y en el vínculo terapéutico, las identificaciones proyectivas y la transferencia y contratransferencia (Grupo de supervisión de pares de la APPPNA, 2012); lo cual es fundamental para ayudar a nuestros pacientes con el sufrimiento mental y las experiencias vividas que nos traen, las que, en muchos pacientes, están todavía a nivel de lo sabido no pensado (Bollas, Ch., 1987); o, de los elementos beta (Bion, 1962) a causa de las fallas tempranas que sufrieron y que han impedido que el paciente pueda contener, dar un sentido y simbolizar.

También nos permite “develar el impacto de las ansiedades inconscientes que el terapeuta no pudo detectar, en sí mismo y en su paciente, así como analizar la transferencia y la contraidentificación proyectiva.” (Ungar y Busch, 2003) y profundizar en el análisis y comprensión de la alianza terapéutica imprescindible para la construcción del vínculo emocional con él y para favorecer el proceso terapéutico. (Falvy, M., 2011, Serrano de Dreifuss, 2012).

Pezo, M.A. (2020), quien tiene una larga experiencia de trabajo con grupos, subraya que la supervisión grupal no debe ser vista como una supervisión individual en grupo, sino que debe tener en cuenta los procesos específicos movilizados por la herramienta psicoanalítica en el encuentro con los demás colegas. Así, un miembro del grupo, al escuchar el relato de un colega sobre su paciente, lo asocia y articula con lo que este ha movilizado en su mundo intrapsíquico. La misma autora hace referencia a Kaes (1962), quien habla de dispositivo grupal y no de encuadre, y nos propone elementos valiosos para seguir pensando:

Pezo (2020) afirma:

El dispositivo grupal sitúa al supervisor en una posición de ser alguien capaz de asegurar los procesos asociativos grupales en relación con lo que sucede con el/los paciente(s), con los colegas y la institución, los procesos de transferencia-contratransferencia y las modalidades de intervención requeridas según el funcionamiento del paciente. Y, como en cualquier encuentro grupal, el analista-supervisor puede reconocerse y desnarcisarse; con esta palabra, enfatizamos que el supuesto conocimiento del analista se diluye en el momento en que reconoce las contribuciones de los colegas y es capaz de valorar y trabajar en los aspectos percibidos por los demás. Ya no es el poseedor de la experiencia y el conocimiento, tan común en el "supervisor"; el trabajo grupal desnarcisiza al analista, al coordinador, ya que en el encuentro con el/los otro(s), su conocimiento es solo uno más. Quizás, se prioriza una intervisión, una intermirada, una construcción rica y nutritiva de copensamiento, cosentimiento, coreflexión." (Pezo, 2020, trabajo inédito)

## **La experiencia de supervisión grupal ampliada**

### **II.1 El encuadre**

Voy a referirme ahora a un grupo de supervisión que comparte las características y el encuadre propios de la supervisión grupal. Está conformado por 4 colegas más jóvenes pero muy bien formadas, con más de una década de experiencia en la consulta privada, sumada a una práctica clínica previa en instituciones. Es un grupo particular porque, cuando me buscaron como supervisora, ya se conocían entre sí y habían compartido espacios de formación o trabajado juntas; por lo que entre ellas se percibe una relación de confianza, respeto, reconocimiento, compromiso, generosidad y deseo de pensar y aprender. Lo cual facilita el intercambio de experiencias y conocimientos. En general, la supervisión se desarrolla en un clima de cordialidad y benevolencia (Chasseguet-Smirgel, 2007; Pares, 2007) y con la voluntad de apoyarse entre ellas, en especial cuando se presenta alguna dificultad.

Ellas mismas fueron proponiendo el encuadre de la supervisión y crearon desde el inicio un chat grupal para coordinar lo necesario. Originalmente, nos reuníamos de manera presencial y con una frecuencia quincenal; pero, a raíz de la pandemia, fue semanal y por Zoom, siempre durante una hora y cuarto. Empezamos y terminamos puntualmente, salvo alguna eventualidad tecnológica o de otro tipo.

Se han organizado de manera tal que cada una de ellas presenta un material, cada semana. Eventualmente, si tienen alguna dificultad o urgencia, pueden hacer un cambio. El pago de los honorarios lo hacen al final de cada mes, por turnos, y asumo, que después se arreglan entre sí. Cada una elige el material que quiere supervisar; generalmente, es un paciente que en ese momento le está generando alguna duda o dificultad. Eventualmente, se pregunta a qué paciente supervisar y, por lo general, optan por aquel que les genera mayor urgencia. Si bien doy por sentado que cada una registra el material de cada paciente, lo presentan de manera poco formal y vívida (Da Rosa Silva, M., Hallberg, A., Steibel, D., von Megden, P. y Pereira, K., 2012), poniendo mucho énfasis en la actitud de su paciente y en los sentimientos transferenciales y contratransferenciales.

Si es un paciente nuevo, mencionarán los datos relevantes del paciente (filiación e historia) y de su familia y entorno cercano, así como el motivo de consulta, quién lo refiere y por quién viene acompañado, en caso de ser niño o adolescente. Si este está en un proceso diagnóstico, pueden compartir algunas de las pruebas psicológicas que han aplicado; esto nos facilita analizar el material para llegar a una presunción diagnóstica y pronóstica. Si es un caso que ya ha sido presentado en otras oportunidades, harán un resumen para recordarnos de quién se trata y presentarán alguna situación difícil que se haya suscitado, ya sea con el paciente, sus padres, su pareja, el colegio o el trabajo, en el vínculo terapeuta-paciente o en la alianza terapéutica.

Hay que resaltar que tanto la presentación del material como las preguntas, aclaraciones e intervenciones de los diferentes miembros del grupo se dan de manera bastante libre y espontánea, pero respetando la palabra de quien está hablando, y buscan aclarar el material, proponer hipótesis, vincularlo con algún aporte teórico o con el recuerdo de algún paciente que antes hayan visto.

Otro elemento que marcó la diferencia es que el chat grupal que servía inicialmente para alguna coordinación eventual se fue convirtiendo en otro, en el cual, eventualmente, compartían alguna duda, inquietud o un breve comentario sobre alguna situación complicada con un paciente que las había movilizadas; o, para contar como les fue, por ejemplo, en una reunión delicada con los padres o maestros de algún paciente que habíamos supervisado en esa semana. También escribían a veces para transmitir el alivio o la satisfacción después de que la situación terapéutica recobraba su rumbo y, en cuanto nos era posible, le respondíamos, cada una a su tiempo. Así, se fue dando, de manera espontánea, una ampliación de las funciones para las que el chat se había creado.

Podríamos decir, entonces, que esta experiencia fue posible gracias a la tarea en común y a las características señaladas, que conforman la *identidad grupal* (da Rosa Silva, M. et al., 2012) lo cual lo hace único como son únicos cada uno de nuestros pacientes; identidad que se fue afirmando con el vínculo de confianza y los años de trabajo conjunto en este grupo de supervisión del cual tengo la suerte de ser supervisora hace 7 años. Debo decir que la manera en que me gusta supervisar y la libertad que siento las he aprendido de algunos de mis supervisores y de los miembros del grupo de supervisión de pares de la APPPNA; también tiene que ver con que, en este grupo, mi compromiso es solo con las colegas que superviso y, a través de ellas, con sus pacientes. Esto, porque fue formado a su pedido, de manera independiente; es decir, sin tener que demostrar que trabajan bien salvo a sí mismas y a sus pacientes, ni dar cuenta a una institución ni buscar una buena calificación. Es decir, en donde la tarea principal es seguir pensando, aprendiendo y creando, haciendo alusión al espacio transicional de Winnicott (1972), y en donde la preocupación y la tarea principales son aprender a pensar (Grimberg, 1991) para entender y ayudar a su paciente de la mejor manera posible.

Si bien sabemos que la supervisión tiene que darse dentro de un encuadre, fui observando que, en este grupo en particular —cuando la situación era realmente difícil— este encuadre se ampliaba de manera espontánea al dar un uso adicional al chat, convirtiéndolo en una nueva herramienta para la contención de las ansiedades y temores intensos que habían sido inoculados en la terapeuta vía la identificación proyectiva masiva y de sostén emocional. Tal como voy a narrar a través de las viñetas, esta nueva función del chat fue muy valiosa, cuando dos de las terapeutas, cada una en su momento, con su respectiva paciente y en su propio consultorio, enfrentaron una situación crítica producto de la turbulencia emocional que invadió la mente de sus pacientes; llevándolas a “actuar” su frustración, rabia e intolerancia ante su imposibilidad de escucha, atacando a sus terapeutas y trasgrediendo los límites propios del setting. Fue este desborde el que, en estas últimas, produjo una reacción contratransferencial negativa y, tal como lo describe Gabbard (1991) líneas abajo, se sintieron impotentes, amenazadas, aterradas y con su capacidad para pensar y contener totalmente paralizada. Jacob Parade, N. (2007) analiza el despliegue de la transferencia y la contratransferencia en el campo dinámico de la sesión y en el vínculo terapéutico, como “instrumentos nobles de trabajo, especialmente en los casos de transferencias peculiares de pacientes autistas, psicóticos o borderline”; es decir, pacientes cuyo yo es extremadamente frágil y está en búsqueda de un continente. Hace referencia también a mecanismos primitivos como la escisión y, en especial, a la identificación proyectiva que “al mismo tiempo que comunicación, evidencia una manera de librarse de vivencias de dolor insoportable y de proyectarlas dentro de la analista.” (Grupo de supervisión de pares de la APPPNA, 2012).

Cuando trajeron a supervisión a sus dos pacientes, nos narraron de manera muy vívida y dramática —en el sentido literal del término— el contenido de la sesión, la actitud de sus pacientes, los hechos que se suscitaron, logrando transferir a los demás miembros del grupo los sentimientos tan intensos que experimentaron en sus respectivos vínculos terapéuticos para, de esa manera, poder ayudarlas a contenerlos, entenderlos y metabolizarlos.

Pienso que es gracias a lo mencionado líneas arriba que ellas me permitieron compartir las viñetas extraídas de esas dos experiencias clínicas tan difíciles: Cuando las presentaron, fue grande la preocupación y conmoción que generaron en todas nosotras y, al igual que ellas, sentimos mucha rabia hacia las pacientes; pero, a la vez, un sentimiento de compasión —con pasión— y de compromiso por ayudarlas.

Pero lo que realmente me hizo pensar en la ampliación del encuadre fue la reacción inmediata de las terapeutas implicadas en ese vínculo, que se había vuelto tóxico y casi letal por los contenidos tanáticos que se pusieron en juego: ellas escribieron en el chat grupal pidiendo ayuda y contención y la respuesta de los otros miembros del grupo fue también inmediata, solidaria, empática, de apoyo y comprensión. Pienso que fue una respuesta espontánea frente al impacto que sintieron por la urgencia, intensidad y gravedad que nos habían transmitido, brindándoles apoyo y comprensión con una actitud cálida, empática y de estar a su disposición. Las dos terapeutas necesitaban recuperar su capacidad alfa, de reverie, que les permitiera reconocer, comprender, contener y metabolizar todos esos elementos beta que les habían sido inoculados a través de la identificación proyectiva (Bion, 1962). Es decir, recuperar su capacidad de pensar saliendo de la situación de parálisis, terror e impotencia que nos transmitieron en el chat.

Para mí fue muy revelador y conmovedor porque sentí que acudieron al apoyo grupal tal como lo haría un bebé aterrado buscando a su madre para ser contenido por ella, respondiendo ella desde su *rêverie* y contención, ayudándolo a recuperarse, a calmarse, poniendo palabras y afecto que le den sentido a lo ocurrido, comprendiendo y discriminando para después volver a sentirse seguro; además, por supuesto, del sostenimiento emocional o *holding* propuesto por Winnicott (1979). Pienso que es esa la función de la *supervisión grupal ampliada* sobre la que escribí en el trabajo que presenté en el Congreso de FLAPPSIP (Soto de Dupuy, 2025) y que ahora, en este artículo, he ampliado para seguir pensándolo.

Cuando supervisamos el material clínico de un colega, es común que lo asociemos con alguno de nuestros pacientes, y en este caso, mi asociación con Dania y los sentimientos que se desplegaron en mi vínculo con ella no fue casual. Pero, a diferencia de Dania, cuyo odio y agresión fueron expresados con un distanciamiento físico y afectivo y con una actitud de control y expresiones verbales que “gritaban su odio” hacia mí; las pacientes que veremos a continuación, además de estar en otro momento de su desarrollo evolutivo y psicológico, pasaron al acto al atacar el *setting* y agredir físicamente a las terapeutas, poniendo en riesgo su

integridad y el vínculo terapéutico. Por lo cual requieren ser pensadas y comprendidas de otra manera, buscando el apoyo de la teoría y de la técnica para iluminar y aclarar las características propias de pacientes adolescentes, con tendencia a la actuación y a ponerse en situaciones limítrofes (Botbol, 2011) y para hacer las modificaciones y ajustes necesarios en el abordaje clínico.

Me parece interesante observar que, al escribir este trabajo, he usado varias veces el gerundio, reflejando que nuestra tarea como terapeutas, analistas o supervisores es siempre un proceso. Y considero fundamental que esté marcado por la vitalidad y el compromiso y por la pasión que nos genera. Sabemos que hay momentos muy difíciles y retadores, pero también otros que nos llenan de satisfacción y de gratitud compartida.

## **II.2 Material Clínico** (cedido y relatado por dos colegas)

### **Viñeta 1**

*“Vania, una púber de 11 años, fue derivada a la consulta porque se frustraba con frecuencia en el colegio y rompía los límites. Esto se agravó después de la pandemia, porque durante esta, su papá falleció en el extranjero de un infarto cardíaco. Fue necesario medicarla por el desborde de sus impulsos en la escuela, la que se vio obligada a retirarla por lo que Vania tuvo que cambiarse a otro colegio.*

*Sus sesiones se volvieron cada vez más difíciles, si bien había momentos de mayor reflexión, conversación y elaboración en el juego, predominaban los retos, la agresión, la devaluación y la crítica constante hacia mí como terapeuta y profesional. Fueron muchas las ocasiones en que me cuestioné —en privado y en el grupo de supervisión— cómo seguir con una paciente así, que me agotaba, con la que me sentía acorralada, que me devaluaba, que me generaba un odio que no reconocía como mío, pero al que tampoco podía dar forma; ¿cómo podía seguir viendo a alguien que no quería ver? Me cuestioné sobre mi capacidad de comprenderla, de estar haciendo un buen trabajo. Me fui dando cuenta de que Vania ocupaba cada una de mis oportunidades de supervisar, abarcaba toda mi mente y tomaba por completo mi capacidad para pensar.*

*Un día, Vania se molestó mucho en una sesión, empezó a tirar y romper todo el material de pintura con el que algunas veces trabajábamos, y, al no dar resultado mis límites verbales, en mi afán de poner límites y contenerla, o —quizá— en una cuestión más omnipotente, traté de impedirlo, interponiéndome entre ella y el material y la invité a pensar. No recuerdo bien cómo, pero de pronto tenía a Vania encima, ejerciendo mucha presión. Cuando me di cuenta de su fuerza y de que me era difícil moverme, me asusté. Su mirada es algo que aún no puedo poner en palabras. La intensidad de su rabia, la violencia de la situación... Yo ya no podía cuidarla, ni contenerla. Logré sacármela de encima, atiné a abrir la puerta y con firmeza le dije que íbamos a interrumpir la sesión porque así no podíamos trabajar. La entregué a su mamá. “Ya no es mi responsabilidad”, pensé. Regresé a mi consultorio, cerré la puerta y me quebré. Estaba aterrada, paralizada, temblando, me dolía todo el cuerpo. Luego de unos instantes recurrí al chat de la supervisión: “Chicas, ¿están?”, escribí.*

*En menos de media hora, había hablado con cada una de mis colegas-amigas. De a pocos, el miedo y la angustia fueron bajando y pude ir pensando en que ese debía ser el final de la relación terapéutica con Vania, pero ¿cómo hacerlo?. Sentía mucha culpa de dejarla porque sería una nueva pérdida para ella”.*

#### **Viñeta 2**

*“L. una adolescente de 15 años había llegado hacía un mes a mi consulta por episodios de desregulación en el manejo de sus emociones e impulsos, tanto en casa como en el colegio, por lo cual había dejado de ir a este. Manifestaba sentimientos de tristeza e ideas de ser poco atendida y cuidada por sus padres. Estaba medicada hacía un tiempo. Hasta esa sesión no había mostrado conductas agresivas, aunque sí, actitudes hostiles y resistencia a hacer los test psicológicos durante la evaluación. Ese día, L. llegó al consultorio acompañada de su tía. Desde que ingresó, se le veía molesta y sin ganas de hablar. Al preguntarle cómo estaba, dijo que no quería hablar de eso; súbitamente se paró, salió gritando del consultorio, tiró la puerta y fue directo al ascensor, lugar en el que yo la detuve diciéndole que no podía irse sola a la calle, tampoco irse así de alterada, y la invité a pasar nuevamente para que se calmara y para tratar de entender esta reacción abrupta. La sensación de verse retenida gatilló en ella una conducta aún más violenta. Los gritos y patadas hacia el ascensor y hacia mí aumentaron, reflejando odio y mucha fuerza en ella. En un intento de la tía por abordar la situación, me puso a la mamá al teléfono y L. aprovechó que me distraje un instante para arrinconarme contra la pared y patearme. En medio de sus gritos y los de la tía, logré zafarme y les pedí que se retiraran. La situación me dejó absolutamente desarmada, adolorida, temblorosa. Me sentí profundamente vulnerable y casi sin poder articular palabras, llorando, me comuniqué con mi grupo de supervisión. Inmediatamente, ellas me respondieron, me acogieron, ayudándome a entender y procesar lo sucedido, así como a pensar cómo continuar manejando el caso.*

*La violencia desatada por L. me hizo dudar acerca de mi desempeño, me pregunté si estaba preparada para estos casos, si había hecho lo correcto en un caso tan difícil. Me sentí frustrada, con mucha rabia y dolor por lo sucedido, pero también con mucho miedo y dudas de volver a recibirla y poder cuidarla, cuidarme y cuidar el espacio. El grupo de supervisión me contuvo, me ayudó a volver a pensar y analizar la situación y mis sentimientos y a recuperarme. Solo después de eso, de hablar con los padres de L., con el psiquiatra y de reencuadrar el espacio terapéutico, pude tratar de retomar contacto con L. sintiéndome nuevamente más fuerte, más clara y más ecuánime para poner límites frente a una conducta actuadora y violenta.”*

### **II.3 Discusión de las viñetas a partir de algunos aportes teóricos sobre el odio transferencial y contratransferencial**

En una breve mirada a las viñetas podemos observar que ambos casos, muy diferentes entre sí, tienen en común la violencia y los sentimientos agresivos de Vania y L., que ellas no podían contener y que, peor aún, se agravaron con los intentos de las terapeutas de intervenir con la palabra y ponerles límites que las contuvieran.

Desde la teoría podríamos pensar que la trasgresión de los límites propios del encuadre terapéutico implicó un paso al acto; y, considero que la más grave fue, en los dos casos, la agresión física a sus terapeutas; como si fuera la única forma que encontraron de revelar, aspectos muy primitivos y dolorosos que Vania y L. no podían tolerar; podría haber sido también una repetición de algún conflicto a nivel de su mundo interno o de sus vínculos, aun no resuelto, que producía en ellas intensos sentimientos de odio y rabia que fueron depositados en sus terapeutas vía la identificación proyectiva. Ante el agudo desborde de sus impulsos, el ataque a ellas y al *setting* y la imposibilidad de ser escuchadas, las terapeutas tuvieron que poner un límite incluso físico entre ellas y la paciente y dar por terminada la sesión, como una manera de cuidar a su paciente y cuidarse ellas de la furia incontenible y del ataque masivo que se había desatado, en un intento de preservar el vínculo. Era necesario evitar que los mecanismos de proyección y de identificación proyectiva siguieran operando. Fueron situaciones límite que produjeron a nivel contratransferencial intensos sentimientos de odio, miedo, impotencia, rabia, y devaluación en las terapeutas, haciéndolas sentirse paralizadas en su capacidad de pensar.

El apoyo, contención, empatía y comprensión que brindó el grupo a través de la supervisión ampliada posibilitó que las terapeutas se fueran recuperando de los ataques y encontrarse nuevamente con su capacidad de pensar y con su función de reverie; luego, poco a poco, fueron reconociendo, elaborando y conteniendo sus sentimientos contratransferenciales. Para así poder ponerlos en palabras, entenderlos y metabolizarlos y, recién, después, encontrar el momento para devolvérselos a la paciente, es decir, cuando esta esté lista para escucharlos, pensarlos y elaborarlos y, en el mejor de los casos, seguir avanzando en su proceso de desarrollo mental.

Con la elaboración de la experiencia y el proceso de metabolización a través del vínculo, de la empatía y las interpretaciones de la terapeuta se podría conseguir, en el mejor de los casos, que se recupere el vínculo, se restablezca el espacio transicional y que esta se convierta en una experiencia emocional correctiva que ayude a las pacientes y a las terapeutas.

Plantearé a continuación varios aportes de autores citados por Gabbard (1991) que nos permitirán reconocer, pensar y comprender los sentimientos contratransferenciales que las terapeutas sintieron.

Gabbard (1991) hace alusión a la erosión real de la competencia técnica del analista y del trabajo analítico que puede ser causada por el deseo consciente o inconsciente del paciente de transformar a su analista en un objeto malo expresado a través de aspectos transferenciales primitivos, el odio, por ejemplo, a los que el analista tiene que llegar; yendo con el paciente hasta el borde de la desesperación, la cual llevará al analista a sentirse cuestionado y devaluado. Bird (1972) afirma que ese es quizás "el único tipo de transferencia en el cual los impulsos más profundamente destructivos del paciente pueden ser analizables".

Es precisamente en esos momentos, como vimos en el material clínico, que las terapeutas se preguntaron si podían o debían (desde el punto de vista ético) continuar atendiendo a sus pacientes, dudando de su capacidad y eficiencia. Fue muy importante para ellas compartir con los otros miembros del grupo estas dudas y reflexiones. Se preguntaban si, luego de recuperar sus funciones como terapeutas, era posible retomar el vínculo y reforzar la alianza terapéutica, si es que las condiciones estuvieran dadas o, si era mejor dar por terminado el proceso, previa explicitación y devolución a las adolescentes y sus padres de lo que había ocurrido y de los contenidos mentales que les habían depositado y del posible camino a seguir para que las dos adolescentes puedan continuar su tarea de desarrollo.

Fleming (1961) recalca que el analista necesita lograr una escisión entre los aspectos observantes y vivenciales de su yo de analista (Kris, 1956), sobre todo cuando estos aspectos son amenazados por el poderoso proceso de identificación proyectiva (Gabbard, 1991). También es muy importante la afirmación que hace Galdston (1987) al respecto:

Galdston (1987, como se citó en Gabbard, 1991) señala:

El paciente no puede superar eso por sí solo, porque el odio lo une con un objeto del pasado con la fuerza de un rencor antiguo que requiere de la transferencia para poder aminorar su presión. El analista pronto será colocado en el rol de aquel que hizo daño al paciente y la única esperanza que este último tiene de superar su amargura y resentimiento es resolviendo tales sentimientos en el marco de la transferencia". (Gabbard, G., 1991, pp. 81-95).

Strachey (1934/1993) refiere que "la única forma de romper el círculo vicioso es que la imagen proyectada en el analista a través de la transferencia no se confunda del todo con la real, para lo cual se requiere del setting analítico y de la interpretación". Son estos los que facilitarán la contención y la posibilidad de devolverle al paciente esos contenidos primitivos e irlos transformando a través del vínculo paciente-analista. Agregaría que ello solo será posible cuando esa interpretación pueda ser formulada y ofrecida por el analista y, a la vez, al menos ser escuchada por el paciente al interior del campo dinámico desplegado. Pero en las viñetas presentadas ocurrió justamente lo contrario, ya que Vania y L. con su actuación, atacaron y rompieron el setting y agredieron al analista, paralizando su capacidad analítica, impidiéndole pensar e interpretar, por la fuerza de la identificación proyectiva masiva. Como vimos, ante ese ataque masivo (porque fue físico y verbal) solo les quedó a las terapeutas dar por terminada la sesión.

Hay que señalar, sin embargo, que gracias a un profundo y doloroso proceso de análisis de sus sentimientos contratransferenciales y de la comprensión de lo que se había desplegado y actuado en el vínculo con sus pacientes, las terapeutas lograron sobrevivir a estos al comprender, contener y metabolizar esos sentimientos y recuperarse de la fragilidad, terror e impotencia que les habían inoculado sus pacientes.

Grimberg (1997) afirma:

Aunque la situación varía de paciente a paciente algunos de ellos, en los momentos más regresivos de su análisis, utilizarán identificaciones proyectivas patológicas para evacuar sus fantasías y afectos dolorosos y persecutorios en la mente del analista, provocando en él reacciones de contra identificación proyectiva". (Grimberg, 1956, 1963, 1990) Es en esos momentos en los que se pone especialmente a prueba nuestra tolerancia y capacidad para recibir y contener fantasías y emociones". (Grimberg, 1997, pp. 11-22)

En esos momentos de turbulencia desatada en el campo analítico (Winnicott, 1947, 1969) propone que el terapeuta trate de e ayudar a sus pacientes a que hagan uso de ellas como terapeutas, y volver a ser percibidas como una "figura verdaderamente externa, fuera de su control omnipotente", transmitiéndoles que han logrado sobrevivir a sus ataques y que no han sido abandonadas por el analista y que éste no está respondiendo a través de actitudes retaliativas, a pesar del odio y devaluación que les fue proyectado; Y, sólo después de un proceso de metabolización, el analista podrá usar la interpretación para devolverle al paciente lo que de verdad le pertenece, siendo esto lo que curará al analista del conflicto contratransferencial (Pichon Rivière (como se citó en Etchegoyen, 1993)), permitiéndole recuperarse de los sentimientos de odio transferidos a través de la intensa y masiva proyección identificatoria.

Volviendo a las viñetas, la terapeuta de Vania necesitó varios días para lograr recuperarse de todo lo proyectado en ella y tomar una distancia saludable. Y, luego de hablar con la madre de Vania y su psiquiatra, encontrar el momento y la forma adecuados de devolverle a su paciente esos sentimientos de los que se había defendido a través de la evacuación masiva y de su actuación. Ayudaron en este proceso el largo vínculo que tenían entre ellas dos y la disposición de la madre para colaborar.

Lamentablemente, en el caso de L., ni ella ni sus padres estuvieron dispuestos a regresar y facilitar este proceso de reincorporación tan importante para ellos, su hija, así como para la terapeuta; repitiéndose el círculo vicioso de descalificación y abandono del proceso terapéutico, que recién se iniciaba, colocando, nuevamente, las graves dificultades de la adolescente y las de ellos, como padres, en un tercero.

Siguiendo a Gabbard (1991) que afirma que en el trabajo con pacientes con estas características, es solo en la medida que el analista logre contener los sentimientos que surgen del paciente y de sí mismo que pueden estar cargados, como hemos visto, de hostilidad y odio y ser muy intensos, podrá ir tomando consciencia de *las múltiples funciones del odio en la transferencia*, el cual puede ocultar anhelos de amor y aceptación del paciente (así como la transferencia erotizada puede ocultar una enorme agresión hacia el analista). Podríamos pensar que, al menos en el caso de Vania, fue el terror de ser rechazada y abandonada y su deseo de seguir siendo querida y aceptada, que solo pudo ser expresado a través del ataque que desató una dinámica muy intensa en el campo analítico y en el vínculo con su terapeuta.

Como vemos, la transferencia, contratransferencia, identificación y contraidentificación proyectivas son temas muy relevantes, pero escapan a la posibilidad de revisarlos en el presente trabajo.

### **II.5 Algunas hipótesis pensadas a partir del material clínico**

Si bien esta es una tarea imposible porque solo tenemos el relato de un momento de las sesiones de Vania y de L., y porque, por razones de confidencialidad, la breve información sobre las pacientes ha sido debidamente disfrazada, podemos intentar plantear algunas hipótesis o presunciones clínicas.

Las situaciones críticas que se presentaron dentro del proceso de evaluación de L. y, terapéutico de Vania, tuvieron que ver con que ambas, por diferentes motivos, rompieron el encuadre terapéutico, trasgredieron los límites y pasaron al acto, posiblemente como la única manera que encontraron, -en ese momento de su desarrollo mental y de las circunstancias que estaban viviendo-, para expresar sus sentimientos de rabia y frustración; tan intensos que sobrepasaban su capacidad de controlar estos impulsos agresivos. Se podría pensar también que comunicaron así su deseo de interrumpir el proceso terapéutico porque les era muy difícil y doloroso tomar contacto con esos aspectos de su *self*, que eran seguramente los que les proponía la terapeuta y no los toleraron; tampoco podían calmarse porque estaban en medio de una fuerte turbulencia emocional.

Este tipo de actuaciones se presenta con frecuencia en pacientes que tienen una "patología de déficit" (Killingmo (1980, como se citó en Serrano de Dreifuss, 2012)), cuyas carencias tempranas y/o actuales se dramatizan en el vínculo paciente-terapeuta, en la transferencia y contratransferencia. Es importante también tener en cuenta la edad de las pacientes, que podría ser entendida como un factor predisponente, ya que ambas estaban viviendo y sufriendo su proceso adolescente, el cual, como sabemos, produce una movilización emocional ligada a causas biológicas, psicológicas, educativas, sociales, entre otras. En especial, por los cambios corporales, los nuevos retos que les impone su entorno familiar, escolar y social y por la dificultad para lidiar con estos y el desborde de sus impulsos sexuales y agresivos.

Con respecto a Vania, podríamos hipotetizar que además estaría expresando su dolor, frustración y cólera ante tantas pérdidas y separaciones a través de su actuación al no poder ponerlos en palabras ni expresarlos simbólicamente. Quizás estaba probando si el vínculo con su terapeuta y el proceso mismo podrían continuar y sobrevivir a estos.

En L. podríamos conjeturar que existía un vacío mental que trataba de esconder, inconscientemente, bajo una sensación y una actitud de omnipotencia y control que, posiblemente, fue la causa de que tuviera que quedar fuera de la experiencia escolar tan importante a su edad. Es dable pensar en un entorno familiar y escolar poco contenedor y en la ausencia o deficiencia de vínculos afectivos que la sostuvieran y le pusieran los límites, imprescindibles en la adolescencia. Entonces, su actuación podría

ser entendida como una expresión del dolor sentido por sus carencias, producto de fallas tempranas. Quizás, en ese caso, fue una forma muy dramática de pedir ayuda y de buscar límites y contención para los desbordes producidos por sus dificultades para el control de sus impulsos. Como diría Kanner (1971), sus síntomas cumplían la función de denuncia y de pedir ayuda como un SOS desesperado.

Al tratar de profundizar en Vania, la púber de 11 años, podríamos decir que la situación que era una amenaza se convirtió en oportunidad, coincidiendo con lo que afirma Grimberg, L. (1997) sobre el aspecto positivo de la transferencia negativa: "Ofrece al paciente la oportunidad de reexperimentar, en el reencuadre psicoanalítico, un sentimiento de autonomía y de poder". Así como de "diferenciar la hostilidad destructiva de la que no lo es." (En Vázquez, S., 2007, *Transiciones* 12, 2007). Ya que terapeuta y paciente lograron retomar el vínculo que ya tenían establecido desde hacía un buen tiempo, previa reunión con la madre que se mostraba bastante preocupada por su hija y comprometida con el proceso (y con el psiquiatra). Se planteó retomar las sesiones por unos meses más, luego de hacer un reencuadre, en especial con respecto a los límites y de conversar y entender lo que había ocurrido; Vania también pudo disculparse y ser acompañada, un tiempo más, mientras se adaptaba al nuevo colegio. Después de lo cual se despidieron de manera adecuada y fue derivada. Evitando así dejarla en el aire.

Con L., la adolescente de 15 años fue más complicado, ya que aún no se había establecido un vínculo terapéutico porque estaba en un proceso de reevaluación (varias intervenciones terapéuticas y psiquiátricas previas no habían dado resultado), y, a pesar de los esfuerzos de la terapeuta por retomar las sesiones, al menos para conversar y entender lo ocurrido y despedirse, eso no fue posible. Ella me hizo pensar en que se hubiera podido beneficiar de un proceso psicoterapéutico grupal institucional que Botbol, M. (2011) denomina "la empatía metaforizante" cuando habla de la posibilidad de pasar "del acto al sentido" en el trabajo con adolescentes muy actuadores, en "situaciones limítrofes". Él lo describe como un espacio psíquico extendido a los familiares o a las instituciones para acceder a la problemática inconsciente del paciente que es casi inaccesible desde otros encuadres terapéuticos.

Es interesante mencionar que, como casi siempre ocurre cuando participamos en una supervisión grupal, las experiencias o el material clínico que presenta y discute alguno de los miembros del grupo se convierten en una transmisión de conocimientos y en aprendizaje para los otros, que se enriquecen y amplían sus capacidades para el trabajo clínico con otros pacientes. Esta podría ser una función adicional del espacio de supervisión ampliada, del cual dio cuenta otra de las colegas del grupo mencionado al relatar que, luego de haber pasado por las dos experiencias presentadas en las viñetas, cuando le llegó una nueva paciente adolescente con rasgos de personalidad e historias parecidas a las de Vania y L., pudo anticiparse y acercarse de otra manera, con más elementos para pensarla, comprenderla y ayudarla. Podríamos hablar, entonces, de un

aprendizaje a través de lo vivenciado desde su contratransferencia en el espacio ampliado de la supervisión y —también desde la empatía y simpatía por sus dos colegas— que se expresaron en el reverie grupal y en el sostén emocional que les ofrecieron, ampliando así su capacidad de comprensión e intervención terapéutica.

Puedo afirmar, sin temor a equivocarme, que ha sido mi participación en el grupo de supervisión de pares con mis colegas de la APPPNA, que tenemos desde hace muchos años de manera casi ininterrumpida, lo que me ha permitido aplicar lo aprendido y reproducir en el encuadre de trabajo el clima emocional de respeto, confianza, cuidado, creatividad y libertad contribuyendo a la identidad grupal que se formó en este grupo de supervisión grupal ampliada. Gear (1990) menciona cuatro cualidades adicionales importantes para crear un clima “generativo” que formarían también parte del contrato implícito: “racionalidad, entusiasmo, cordialidad y serenidad que ayudarán también a contener y metabolizar el pesimismo, exasperación y desesperación” propios del dolor y el desborde psíquico como el que nos transmitieron las viñetas.

### **Consideraciones finales**

#### **III.1 Con respecto a la supervisión clínica**

Me parece importante resalta el valor de escribir y sistematizar la experiencia con nuestros pacientes o con los colegas que supervisamos para profundizar y actualizar nuestros conocimientos teóricos y técnicos en beneficio de nuestra tarea clínica.

Si bien reconozco el valor de la supervisión individual, reafirmo el beneficio adicional de la supervisión grupal que amplía el conocimiento y nutre la experiencia clínica y personal de sus participantes. Por eso, sumándome a lo propuesto por varios autores, considero que la supervisión grupal puede ser una modalidad valiosa a ser implementada en los institutos o instituciones de formación de terapeutas o analistas.

A partir de mi experiencia y de los aportes arriba mencionados, pienso que es aconsejable que, como parte de nuestra ética profesional y del compromiso con nuestros pacientes, todos los terapeutas y analistas mantengamos la supervisión clínica —ya sea individual o grupal— a lo largo de nuestro ejercicio profesional para trabajar, entre otras cosas, en nuestros puntos ciegos y en nuestros conflictos contratransferenciales.

Sugiero, como miembro de APPPNA, que abramos un espacio para revisar los nuevos aportes sobre la supervisión mediante grupos de estudio y seminarios.

Recomiendo a los terapeutas que así lo deseen que formen y participen de un grupo de supervisión de pares porque brinda un sostén emocional y es un espacio de reflexión, escucha y contención que enriquece a todos, sin importar su edad o experiencia.

### **III.2 Con respecto a la propuesta de supervisión ampliada**

Me pregunto: si la identidad del grupo y las características de sus miembros fueran otras, ¿se podría dar un encuadre ampliado? Valdría la pena intentarlo si se da la oportunidad. Y a la vez, considero que sería muy interesante profundizar más en su estudio, desde los aportes de René Kaës, ya que el concepto de dispositivo usado por él podría permitirnos entender mejor la dinámica grupal que se produjo dentro de esta propuesta.

Considero que mi experiencia como parte del Grupo de Supervisión de pares de la APPPNA, así como las características, la personalidad de los miembros y la identidad grupal, han sido las que me permitieron pensar y proponer la idea de la supervisión grupal ampliada, en la que he participado, facilitando el clima de trabajo en el que se fue desarrollando la tarea y, como parte de ella, esa ampliación espontánea.

Me pareció sugerente y muy valioso el rol que cumplió el chat grupal en esta experiencia de supervisión y, dado su uso casi generalizado en la clínica actual, considero que ya forma parte del material de algunos pacientes demostrando su utilidad. Lo planteo a partir de la experiencia de análisis de una joven adolescente, cuyos mensajes me llegaban siempre con el ícono de una foto suya que variaba de acuerdo con su estado de ánimo, convirtiéndose en otro elemento importante dentro del vínculo.

Todo esto me lleva a pensar que el uso y utilidad del chat en el trabajo en la supervisión y -en general en nuestra práctica clínica-, nos abre posibilidades muy interesantes de comunicación con nuestros pacientes, sus padres, maestros y nuestros colegas; como si fuera una manera actualizada, gracias a la tecnología, de lo que era la correspondencia de Freud con el padre de Juanito. También es una herramienta útil para registrar el material y sistematizarlo.

Finalmente, agradezco la oportunidad de publicar este trabajo en la Revista Intercambio Psicoanalítico como miembro de APPPNA, así como a los colegas que me han ayudado a pensarlo en la supervisión de pares: Mati Ureta de Caplansky, César Estrella, Roxana Navarro, Rosario Zuzunaga, Daniela Maya, Carolina del Castillo, Claudia Torrejón y Gabriela Vázquez.

#### Referencias bibliográficas

- BION, W. R. (1967). *Second thoughts*. William Heinemann. (Trabajo original publicado en 1962).
- BOLLAS, C. (1987). *La sombra del objeto: Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Amorrortu.
- BOTBOL, M. (2011). *Psicoterapia por el entorno con los adolescentes limítrofes: La empatía metaforizante del acto al sentido*. <http://www.seypma.com>
- CASEMENT, P. (1990). *Aprender del paciente*. Amorrortu.
- CATZ, H. (2026). *A partir de un garabato* [Taller]. APPPNA.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (2007). En L. E. Rubinstein (Ed.), *Talking about supervision: 10 questions, 10 analysts = 100 answers*. Karnac Books.
- DA ROSA SILVA, M., HALLBERG, A., STEIBEL, D., VON MEGDEN, P., & PEREIRA, K. (2012). Presentación de material clínico de supervisión grupal: Relato de una experiencia. *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, 37, 261–271.
- ETCHEGOYEN, H. (1993). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu.
- FALVY, M. (2011). *La alianza terapéutica en pacientes difíciles* [Manuscrito no publicado].
- GABBARD, G. O. (1991). *Enfoques técnicos del odio transferencial en el análisis de pacientes fronterizos*. Libro anual de psicoanálisis, 7, 81–95.
- GEAR, M. C., BIBRING, E., LEVINSON, E., et al. (1990). *Supervisión terapéutica: Análisis y síntesis de un caso clínico*. Paidós.
- GRIMBERG, L. (1975). *La supervisión psicoanalítica: Teoría y práctica*. Paidós.
- GRIMBERG, L. (1997). ¿Es la transferencia temida por el psicoanalista? Libro anual de psicoanálisis, XIII, 11–22.
- GRUPO DE SUPERVISIÓN DE PARES DE LA APPPNA. (2012). *Supervisión de pares*. *Revista Transiciones*, 17, 81–89.
- KANNER, L. (1971). *Psiquiatría infantil* (3.ª ed. en español; trabajo original publicado en 1935). Psique.
- PARRES, M. (2007). En L. E. Rubinstein (Ed.), *Talking about supervision: 10 questions, 10 analysts = 100 answers*. Karnac Books.
- PEZO, M. A. (2020). *O dispositivo grupal e a supervisão psicoanalítica* [Manuscrito no publicado].
- SERRANO DE DREIFUSS, O. (2012). *La supervisión en la formación y el cuidado del terapeuta*. *Revista Transiciones*, 17, 91–99.
- SOTO DE DUPUY, E. (2007). *Dania y los pijitos blancos: Una reflexión acerca del odio en la transferencia*. *Revista Transiciones*, 12, 51–63.
- SOTO DE DUPUY, E. (2025). *La importancia de la supervisión en la clínica actual: En especial para analizar y comprender la transferencia y contratransferencia negativa* [Trabajo presentado en el XIII Congreso de FLAPPSIP].
- STRACHEY, J. (1934/1993). *The nature of the therapeutic action of psychoanalysis*. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 127–159.
- UNGAR, V., & BUSCH, L. (2003). *Supervisión: Continente-contenido*. Libro anual de psicoanálisis, XVII, 131–140. Escuta.
- VÁZQUEZ, S. (2007). *La transferencia y la contratransferencia negativa en el trabajo con niños límites: Importancia del encuadre analítico*. *Revista Transiciones*, 12, 65–75.
- WINNICOTT, D. W. (1947/1981). *El odio en la contratransferencia*. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Laia.
- WINNICOTT, D. W. (1969/1979). *Contratransferencia*. En *El proceso de maduración en el niño*. Laia.
- WINNICOTT, D. W. (1972). *Realidad y juego*. Granica.
- WINNICOTT, D. W. (1979). *El proceso de maduración en el niño*. Laia.