

Artículo

La Supervisión: Tercer eje de la Capacitación y el Ejercicio de la Clínica Psicoterapéutica. Propuestas Para la Reflexión y el Debate Desde la Sistémica

B. Olabarria González¹, A. Jiménez Bidón² y M. García Ramírez³

¹Psicóloga clínica. Directora científica CES AESFASHU. Vocal Consejo Asesor Ministerio Sanidad España (España)

²Psiquiatra. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid). Especialista en Psicoterapia Sistémica AESFASHU (España)

³Psicóloga clínica. Hospital Universitario Clínico San Carlos (Madrid). Especialista en Psicoterapia Sistémica AESFASHU (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 18/06/2025
Aceptado: 28/09/2025

Palabras clave:

Reflexión
Formación
Psicoterapia
Calidad
Clínica
Espacio seguro

RESUMEN

El presente artículo surge de un proceso de reflexión y elaboración compartida y en espiral, dirigido a la supervisión, partiendo de nuestra experiencia, información y reflexión, buscando contribuir a un debate que creemos imprescindible. Se realiza una revisión repasando las raíces históricas y aportaciones de diversas escuelas teórico-técnicas al desarrollo de la supervisión en psicoterapia, para concluir con una propuesta que subraya la necesidad de consolidar marcos seguros y consensos operativos que garanticen la calidad del quehacer clínico y formativo.

Supervision: The Third Axis of Training and Psychotherapeutic Clinical Practice. Proposals for Reflection and Debate From a Systemic Perspective

ABSTRACT

This article emerges from a process of joint reflection and elaboration, focused on supervision, based on our experience, information and reflection, aiming to contribute to a debate we consider essential. It includes a review of the historical roots and the contributions of various theoretical and technical schools to the development of supervision in psychotherapy, concluding with a proposal that emphasizes the need to establish safe frameworks and operational agreements that ensure the quality of both clinical and training practices.

Keywords:

Reflection
Supervision
Psychotherapy
Training
Quality
Clinical practice
Safe space

Citar como: Olabarria, B., Jiménez, A. y García, M. (2025). La supervisión: Tercer eje de la capacitación y el ejercicio de la clínica psicoterapéutica. Propuestas para la reflexión y el debate desde la sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 36(132), 105-113. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i132.45656>

Autor y e-mail de correspondencia: Ana Jiménez Bidón, ajimenezbidon@gmail.com

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Antecedentes y Perspectivas de la Supervisión en Psicoterapia

Orígenes

Pocos años después del surgimiento del Psicoanálisis como una elaboración teórico-técnica basada en la observación/reflexión clínica de Freud, fue Sandor Ferenczi quien dirigió la atención hacia lo que pronto se consideró como una necesidad imprescindible en la capacitación.

Los candidatos a ejercer el Psicoanálisis debían someterse en principio, a un *análisis personal*, cuyo foco era elaborar los conflictos inconscientes, debido a que, al trabajar desde sí mismo, el psicoanalista podía vincular dichos conflictos en la clínica a través de la relación terapéutica y más concretamente, en el manejo de la transferencia y ante el surgimiento de la contratransferencia.

De este modo, el *psicoanálisis didáctico* se incorporó como un requisito para la capacitación del Psicoanálisis, pasando por diferentes modos de formalización y reglas en distintos grupos, organizaciones e instituciones del Psicoanálisis.

En un desarrollo posterior, se estableció el *análisis de supervisión*, definido como un “control” de calidad del trabajo clínico-psicoanalítico de los *candidatos* a ser miembros de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), un proceso que se mantiene vigente hasta hoy. Su extensión posterior, más allá de las organizaciones psicoanalíticas puede ilustrar la afirmación de la *American Psychological Association* (n.d.), que lo describe como “un proceso psicoanalítico conducido por un candidato, bajo la guía de un psicoanalista calificado, que ayuda al candidato a decidir la dirección del tratamiento y a tomar conciencia de su contratransferencia. También se denomina “análisis de supervisión”.

El tema del *control* suscitó un intenso debate en el que varios grupos se enfrentaron durante años. Tal vez las observaciones críticas de *Lacan* (1966) ocupan uno de los lugares más relevantes. Lacan, en contra de la idea de control rígido en el psicoanálisis y en la supervisión, propone un enfoque más flexible, y más centrado en la escucha activa, el “no saber” y la reflexión compartida. Lacan enfatizó la importancia de trabajar con la transferencia y de mantener una postura ética en el que el supervisor no asumiera un control autoritario, sino que facilitara un espacio para el desarrollo de la subjetividad y la reflexión crítica del supervisado. Por otro lado, tanto *Casement* (1990) como *Grinberg* (1990) coinciden en que la supervisión psicoanalítica no puede reducirse a un ejercicio de corrección técnica. Para Casement la supervisión es un espacio que permite al terapeuta observar su propia práctica, detectar actuaciones prematuras y cultivar una actitud de aprendizaje continuo que, con el tiempo, se internaliza como un “supervisor interno”. En una perspectiva complementaria, Grinberg subraya que la supervisión constituye un proceso triangular en el que emergen fenómenos transferenciales y contratransferenciales, y donde el papel del supervisor no es imponer un estilo analítico, sino facilitar la comprensión y favorecer la autonomía clínica del supervisando.

El hecho es que se fue consolidando un proceso complejo de capacitación que incluyó la supervisión como tercer eje, además de la formación teórico-técnica y análisis personal. El Psicoanálisis fue el primer modelo teórico-técnico en establecerla formalmente en la década de los 50 (*Eckstein y Wallerstein, 1958*), y sigue siendo

hasta hoy un eje fundamental de la capacitación en Psicoanálisis, con sus evoluciones y desarrollos (*McWilliams, 2021*).

No en todos los modelos teóricos-técnicos de psicoterapia, la supervisión clínica ha sido un requisito o una práctica obligatoria, pero durante años, cuando se realizaba, se trataba de un recurso establecido para la etapa de formación. Sólo después se abrió el proceso para considerar también la supervisión como un instrumento útil en el manejo de casos críticos o de especial dificultad para el profesional, y, finalmente, la supervisión llevada a cabo en equipos, que implica una búsqueda de reflexión vertebradora compartida.

La relevancia de la supervisión traspasó el modelo psicoanalítico, siendo hoy considerada por diferentes modelos teórico-técnicos como un eje central de la capacitación y del ejercicio clínico-psicoterapéutico. De hecho, la *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas* (FEAP, 2012) lo incorpora como uno de los tres elementos imprescindibles de la formación, y cada vez son más los servicios públicos de Salud Mental que incorporan programas de supervisión para sus equipos dentro de la *formación continuada*.

Esta presentación no pretende dar cuenta de los diferentes modelos de supervisión (por otra parte, con frecuencia, poco formalizados), ni de sus procedimientos y técnicas. Más bien, se enfoca a referenciar diversas aportaciones que consideramos relevantes y que, en distinto grado han venido a conformar referentes, contribuyendo a nuestra propuesta en este ámbito.

Así, en supervisión otra contribución importante es la de la escuela rogeriana: la introducción de grabaciones y transcripciones en la capacitación de los profesionales creemos que fueron un aporte relevante (*Hackney y Goodyear, 1984*). En ella, la supervisión adquiere características experienciales, en las que la formación incorpora cómo hacer frente a las suposiciones o atribuciones sobre la naturaleza humana y las actitudes del psicoterapeuta, el desarrollo de habilidades de escucha, y la posibilidad de que el terapeuta pueda conocer sus propios bloqueos para escuchar (*Hess, 2008*). Para Rogers, la función de la supervisión es ayudar a crecer en autoconfianza, en comprensión de sí mismo y en comprensión del proceso terapéutico.

Con la diversificación de modelos técnicos de intervención y métodos de evaluación en psicoterapia, surgieron una multiplicidad de desarrollos teórico-técnicos en materia de supervisión, especialmente relevante el modelo sistémico. Otros han alcanzado propuestas de praxis como el constructivismo, el cognitivo-conductual, el humanístico-existencial, entre otros, que han logrado reconocimiento dentro de la comunidad científico-profesional, a pesar de las polémicas internas que aún persisten tanto sobre sus objetivos, como su obligatoriedad en la capacitación, su encuadre y reglas, etc.

Panorama Actual de la Supervisión en Psicoterapia Desde el Modelo Sistémico

Aunque el concepto de supervisión ha evolucionado de manera notable en las últimas décadas y distintos modelos han continuado realizando avances significativos –en términos de conceptualización, técnicas y objetivos–, nosotras queremos detenernos en lo que específicamente aporta el modelo sistémico. No se trata de contraponer enfoques, sino de destacar cómo la mirada sistémica, desde sus fundamentos teóricos y metodológicos, introduce elementos distintivos que enriquecen el proceso de supervisión.

La aportación clave del modelo sistémico en este ámbito es la *alianza de supervisión*, que constituye un pilar fundamental sobre el cual se apoya una supervisión funcional (Montalvo, 1973). Además, la supervisión sistémica *en vivo* ha destacado el valor de la participación del supervisor (en directo) en la clínica psicoterapéutica, definiendo un objeto de atención/foco/mirada nuevo y distinto al del clínico interventor “de 1ª línea”: el de la relación terapéutica entre el clínico y el sistema atendido (ya sea individual, pareja, familia u otros). Este método sistémico abrió la puerta a desarrollos posteriores en supervisión, al proponer no solo un “foco” diferente para el supervisor, sino también un tiempo posterior y distinto, que no está marcado por el tiempo de la intervención.

Esta modalidad se ha seguido desarrollando hasta hoy, con aportaciones metodológicas significativas y específicas. Entre ellas la bicameralidad del Grupo de Milán, destacando G. Prata (*El niño que mecía la barca*) y las del “equipo reflexivo” (Andersen, 1991), donde el grupo, como elemento referente del clínico en ejercicio en primera línea, cobra una dimensión de especial interés. Penn (1985) y Cecchin et al. (1994) encontraron que el rol del equipo reflexivo reduce la rigidez cognitiva de los terapeutas, permitiendo mayor creatividad en la intervención.

El modelo cognitivo-conductual ha comenzado a desarrollar, de manera más tardía pero decidida, aportaciones en esta materia, aunque no está definido como un elemento necesario de la capacitación reglada. A pesar de ello, el modelo cognitivo-conductual ha mostrado un interés creciente desde principios del presente siglo XXI, y ha ejercido praxis poco generalizadas pero significativas en esta materia. El trabajo de Bloyd, en 1978 (Bernard y Goodyear, 2004 y 2014), se dirigió a establecer los comportamientos adecuados del clínico y eliminar los inadecuados en la realización de tareas definidas, utilizando los principios del aprendizaje y siguiendo el estudio de manuales de tratamiento. Entre los desarrollos más relevantes se encuentran los de Falender et al. (2004), Falender y Shafranske (2004, 2008 y 2014), Roth y Pilling (2007), Bernard y Goodyear (2004 y 2014), Fernández Álvarez (2016 y 2008), Fernández Álvarez y Grazioso (2023), Hess (2008), Milne (2009 y 2014), Saúl et al. (2023).

En todos estos modelos, sus improntas y modalidades han favorecido una comprensión y praxis de la supervisión como un instrumento relevante en la formación/capacitación de los psicoterapeutas clínicos y en su desarrollo profesional, tanto en los profesionales en formación, como en los equipos y en los profesionales en ejercicio, especialmente en relación con casos o dificultades específicas. Según Morgan y Sprenkle (2007), no existen evidencias que sugieran que un modelo sea superior a otro, acercándose así a la apreciación de que la eficacia terapéutica no estaría determinada por el modelo teórico-técnico.

En todo caso, el panorama actual y desde hace algunos años parece dar cuenta de un progresivo interés y búsqueda de convergencias que establezcan bases para un acuerdo marco de definición. La definición aportada por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), siguiendo lo expuesto en el documento firmado por tres entidades: la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF) FEAP/AEN/FEATF en la *Acreditación de Psicoterapeutas, Documento Marco* (2012) establece lo siguiente: “diremos sobre la Supervisión que es un proceso parte de la capacitación, su meta es influir positivamente

sobre la capacidad del supervisando para llevar a cabo tratamientos e intervenciones psicoterapéuticas coherentes con el marco teórico-técnico y eficaces con el consultante, en el marco de los servicios donde se realicen las prestaciones asistenciales”, y se detalla su operativización para las tres entidades.

Asimismo, en 2014, la *Revista American Journal of Psychotherapy* publicó un número monográfico sobre la supervisión en psicoterapia (Watkins et al., 2019 y Watkins 2023), sobre diferentes praxis, objetivos y funciones de la supervisión.

Sobre la Supervisión en Psicoterapia

El Proceso de Supervisión

Existen avances de consenso básico sobre algunos componentes funcionales clave en la supervisión:

- Un vínculo definido, continuado, claro, seguro y asimétrico entre supervisor y supervisado.
- Un acuerdo consistente entre ambos en roles, objetivos y tareas.
- Un *encuadre* que aporte un marco de lugar, espacio y tiempo definidos y adecuados tanto para el supervisor como para el supervisado.

Para Leddick (1994), un modelo de supervisión se refiere a la manera sistemática en que se aplica la supervisión, incluyendo las prácticas, rutinas y creencias que permitirían avanzar hacia una definición operativa de la supervisión clínica.

Desde esta perspectiva, Leddick que busca un “metamodelo”, propone tres modelos generales de supervisión: el modelo de desarrollo, los modelos integrados y los modelos de orientación específica:

- 1) De desarrollo: Orientada al “progreso” del supervisado, busca favorecer el crecimiento del terapeuta, facilitando la integración de nuevos conocimientos, habilidades y experiencias clínicas.
- 2) Integrados: Buscan combinar diversas corrientes teórico-técnicas, adaptando la supervisión a las necesidades tanto del terapeuta como del caso en particular. Se autodefinen como un enfoque flexible y multidimensional, si bien ha sido criticado por su falta de rigor y deslizamientos conceptuales y técnicos.
- 3) De orientación específica: Como puede ser psicodinámica, sistémica, conductual, humanista Rogeriana ...

Pensando la Tarea Desde Componentes Funcionales y Objetivos de la Supervisión

Aunque existe consenso sobre que la supervisión tiene objetivos propios, no existe, a fecha de hoy, una definición única establecida entre los diferentes modelos teórico-técnicos. Algunos de los cuales incluso no lo consideran como eje de capacitación imprescindible, como hemos dicho anteriormente.

Consideramos que en la supervisión, el objetivo principal no es incidir directamente sobre el bienestar del paciente (aunque no se abandone), sino organizar un espacio relacional “asimétrico y seguro” para la revisión compartida de material clínico-psicoterapéutico elaborado por el supervisado y presentado ante un psicoterapeuta con trayectoria y reconocimiento que encauza apoyo (en reflexión/

adecuación teórico-técnica, reflexión clínica –pensamiento y emoción–) en el proceso individual o grupal para el profesional en su ejercicio clínico, favoreciendo con todo ello la elaboración de su identidad como psicoterapeuta clínico.

Los contenidos se refieren al material clínico presentado en un tiempo/lugar dados por el supervisado, donde el supervisor atiende el quehacer teórico-técnico desde una relación asimétrica cuya significación busca incidir en el devenir del quehacer del clínico, que puede recibir señalamientos por implicaciones personales afectadas durante la presentación del caso a supervisar.

En la supervisión como parte fundamental del proceso de formación clínica, resulta imprescindible subrayar el valor de la congruencia entre el modelo teórico-técnico y la práctica supervisora. Esta coherencia se manifiesta en la articulación entre el marco conceptual y la praxis: es decir, entre lo que se sostiene teóricamente y lo que efectivamente se pone en juego en la relación con el supervisado.

Un aspecto fundamental de esta congruencia es el uso compartido de un lenguaje clínico común. En un proceso de formación, la congruencia favorece que los clínicos en formación internalicen una manera coherente de nombrar, de preguntar y de aprehender y construir sentido, en consonancia con los supuestos del modelo teórico.

Formar dentro de un modelo no solo implica transmitir conceptos, sino también un estilo lingüístico que facilite la comprensión mutua, el sentido de pertenencia y la articulación de pensamiento clínico entre quienes comparten esa perspectiva.

Como señala Andersen (1991), el lenguaje no es simplemente una herramienta para comunicar información, sino un espacio de construcción conjunta de significados. Esta visión resalta que, en la supervisión, lo que se dice no solo transmite conocimientos, sino que participa activamente en la creación de realidades clínicas.

Por tanto, la congruencia no se limita a la fidelidad conceptual, sino que debe reflejarse en los diferentes ámbitos y niveles, tales como la manera de organizar el encuadre, la formulación de hipótesis, la construcción del vínculo y el abordaje de los casos clínicos. Cuando la supervisión es coherente con los principios del modelo, desde el cual se interviene y congruente con los contenidos, y la relación trasciende la mera transmisión de contenidos técnicos y se convierte en una experiencia formativa profundamente transformadora.

En este sentido, la congruencia actúa como un eje estructurante del proceso de supervisión, al ofrecer un marco de referencia estable y operativo que promueve el desarrollo de una mirada relacional y contextual compartidas (Anderson y Goolishian, 1992). Esta alineación entre el modelo teórico y la vivencia de la supervisión fortalece no solo la formación clínica, sino que también modela una forma particular de participar en y construir la relación terapéutica y de “habitar” el rol profesional. Esta congruencia resulta ser una pieza clave en la configuración de la identidad profesional en psicoterapia sistémica.

Por todo ello, entendemos que la congruencia es clave para ofrecer al supervisado un marco de referencia estable y operativo, que permita incorporar una mirada relacional y contextual. Se convierte en un eje estructurante que aporta solidez al proceso de supervisión como espacio de formación, elaboración y maduración profesional. Favorece, además, una experiencia formativa transformadora que trasciende la mera transmisión de contenidos, modelando un modo de estar en la clínica y de “habitar” el rol profesional.

Asimismo, el espacio de supervisión en grupo actúa como un recurso que brinda protección y ayuda a enfrentar las dificultades que surgen en el trabajo de acompañamiento y apoyo a las personas. Representa una ocasión para experimentar el cuidado, lo cual es fundamental para poder cuidar a los demás (Fernández y Rodríguez, 2019).

Que los supervisados obtengan conocimientos, desarrollos reflexivos en sus praxis y logren sentirse firmemente orientados es, sin duda, algo favorable. Los clínicos y equipos supervisados transmiten valoraciones muy favorables respecto de las ventajas de contar con un espacio de supervisión reglada y sostenida, aunque lo que tenemos como datos objetivos al respecto pertenecen a estudios tipo *encuesta de valoración*

Aportaciones en la Definición de Perfiles en el Ejercicio de la Supervisión

Bordin (1983) estableció variables que califican la alianza de la supervisión, destacando la necesidad de establecimiento de una comunicación efectiva, transparente y sincera. El supervisor debe transmitir un genuino interés y una ausencia de juicios de valor, desde la congruencia (atendiendo a la comunicación verbal y analógica y a las líneas de sentido comunicativo), escucha, respeto y apoyo en el ejercicio del supervisado. En este sentido, el uso de instrumentos, como el humor, pueden jugar un papel importante en la construcción de un vínculo seguro en la supervisión. Garrido (2021) resalta la utilidad del humor para establecer apoyo/apoyo seguro en la co-construcción relacional de la supervisión y también advierte sobre sus contraindicaciones y malos usos. Además, propone directrices al respecto, especialmente en el modelado del “equipo reflexivo”, cuyas aportaciones son particularmente relevantes en los contextos de formación y supervisión. El equipo reflexivo favorece y fortalece un proceso más colaborativo.

Boscolo y Cecchin (1987) introdujeron la noción de “curiosidad terapéutica” en la supervisión, promoviendo que se mantengan abiertos a nuevas perspectivas, evitando rigideces en la escucha y en la mirada. Si bien estos autores no definen estilos de supervisión específicos, es posible vincular su propuesta con estilos desarrollados posteriormente, como el energizante, intelectual, continente y ejecutivo. El estilo energizante estimula la creatividad y motiva al supervisado a explorar nuevas alternativas; el estilo intelectual promueve la reflexión y el cuestionamiento de supuestos, profundizando en el análisis clínico; el estilo continente ofrece un espacio seguro donde es posible expresar dudas y emociones, condición necesaria para sostener una actitud curiosa; y el estilo ejecutivo, aunque más estructurado, puede canalizar esa curiosidad hacia decisiones clínicas concretas (Fernández y Rodríguez, 2019). En conjunto, estos estilos favorecen una supervisión dinámica y flexible, alineada con los principios de la curiosidad terapéutica.

Por otro lado, y muy importante, Stoltenberg et al. (2014) plantearon que un elemento central de la supervisión sería considerar el nivel de desarrollo y trayectoria clínica en que se encuentran los participantes, supervisados y supervisores, y si se encuentran en un marco de formación reglada o en un contexto de reflexión clínica; en este último caso, cuál. Por ello, los roles en la supervisión (Holloway et al., 1995 y Holloway, 2014) y los procesos (Hawkins y Shohet, 2012) que son objeto de la atención, llevan a

considerar un foco de convergencia a partir de las diferencias y de los elementos comunes (Bernard y Goodyear, 2004 y 2014) o en las competencias (Falender y Shafranske, 2008 y 2014).

Finalmente, mencionar que la tarea del supervisor se ha venido depositando en la (supuesta) competencia de profesionales con prestigio y experiencia clínica, especialmente entre aquellos que han dado pruebas de ser reconocidos clínicos psicoterapeutas. Desde la crítica recurrente de que las horas de experiencia y buen hacer no son suficiente garantía para el buen hacer del supervisor, ya que puede adolecer de fragilidad, basarse en personalismos y falta de rigor, algunos autores apuestan por la creación de programas de formación en supervisión, desde finales de la primera década de este siglo. Si bien, creemos oportuna la crítica respecto a que la capacitación específica en supervisión no garantiza la eliminación de los riesgos en su ejercicio antes mencionados. Una de las propuestas más contundentes en este sentido proviene del modelo cognitivo-conductual, con Milne (2009), aunque a fecha de hoy, son particularmente conocidos los trabajos de Daskal (2023) y Watkins (2023). Sin embargo, existe una crítica compartida respecto a la concepción de la supervisión que estos contienen, así como a sus *praxis* en el desarrollo de la misma, ya que se alejaron de los elementos de la trayectoria y tradición existente hasta la fecha, base del consenso actual, respecto a la supervisión como concepto y tarea, roles y relación y encuadre, definiendo perfiles más cercanos a una noción de control básico. Todo esto, ha generado alertas de manera creciente sobre los riesgos de estas recientes propuestas.

Estas alertas apuntan, sobre todo, a intentos de estandarización para obtener medidas y datos cuantificadores sobre los perfiles del supervisor y otras variables (Wrape, 2015), estableciendo datos sobre la supervisión como una superposición, lo que introduce el riesgo de modificar el sentido del ejercicio de la misma, al tapar y oscurecer la *praxis* y experiencia de supervisión y sustituirla por “datos”.

La denuncia de Byung-Chul Han (2021) (*No cosas: Quiebras del mundo de hoy*, 2021) puede ser pertinente en esta materia. Afirma que “Hoy estamos en la transición de la era de las cosas a la era de las no-cosas. No son las cosas, sino la información, lo que determina el mundo en que vivimos”, lo que genera perfiles de profesionales o académicos supuestamente capacitados a partir de un nuevo diploma (de “supervisor”) en contraposición al perfil clínico prioritario basado en una trayectoria reconocida y trabajo en la práctica clínica para la capacitación de clínicos-psicoterapeutas. Y junto a esa posible carencia, se estableció una indefinición o confusión respecto de lo que se observa y lo que se mide, siendo estos nuevos datos los que reemplazarían la *praxis* del quehacer, sus contenidos, la tarea, la relación asimétrica, su sentido y, por tanto, su valor. Estos son riesgos importantes, ante los cuales probablemente sea necesario esperar el asentamiento de la supervisión en el modelo cognitivo-conductual (y en otros), considerando lo que Rodríguez Morejón (2019) nos detalla al presentar, desde un mismo esquema, más de treinta y cinco modelos de psicoterapia reconocidos, para abrir debates reflexivos en esa línea.

Finalmente, y siguiendo a Linares (2008) en sus aportaciones sobre el valor de la “supervisión directa”, la experiencia de los terapeutas/supervisores, la consideración de la fase de vida y la trayectoria profesional de los supervisados (atendiendo sus elaboraciones referidas a sus conflictos y los de otros, así como

su desempeño en el afrontamiento/manejo de la incertidumbre) resultan elementos relevantes para la configuración del perfil de identidad del supervisor.

En cualquier caso, no cabe duda de que la trayectoria clínica es considerada globalmente como elemento principal para el asentamiento de la función de supervisor y su buen desempeño.

Trasmisión del Conocimiento y Elaboración en Supervisión

El proceso de capacitación en la clínica psicoterapéutica parte de una concepción compleja de la transmisión del conocimiento, que se opone a la concepción lineal y mecánica en la que los sujetos protagonistas estarían anclados en dos roles diferenciados: activo uno —como transmisor, controlador o evaluador— y otro pasivo —como receptor, en prueba o examinado— en cuanto al conocimiento teórico-técnico en esta materia. Esta concepción y su *praxis* determina rigideces que obstaculizan y empobrecen la adquisición de un conocimiento operativo y fundante de identidad profesional, como requiere la clínica psicoterapéutica. En lugar de promover una comprensión y construcción subjetiva de la identidad profesional, se tiende a reproducir modelos frágiles y poco elaborados.

Particularmente en el ámbito de la supervisión, que consideramos un eje fundamental para la capacitación, resulta imprescindible establecer su sentido, sus objetivos y sus modalidades. Esto implica reflexionar sobre el lugar que ocupan los sujetos en el proceso, la relación y ubicación entre ellos, los perfiles de la tarea que les une y su dinámica, atendiendo a la complejidad que requiere una capacitación activa y madurativa, más allá de la mera reproducción formal de los modelos establecidos.

Asimismo, creemos necesario considerar los nuevos problemas que todo esto abre en diferentes vertientes, sin duda, en lo que se refiere a las propuestas y modos específicos del desempeño de la supervisión como un eje imprescindible (y complementario) para la aprehensión e integración de conocimientos capacitadores en materia de la clínica de Salud Mental, y especialmente en el ámbito psicoterapéutico. No debe olvidarse su función como espacio e instrumento de reflexión orientadora y desveladora en la *praxis* clínica avanzada.

Foucault (1978), al abordar la transmisión del conocimiento, introduce el concepto de “gubernamentalización” de la sociedad y de los individuos, refiriéndose a procesos que se vienen realizando históricamente, donde dicha transmisión se ejerce desde una práctica que invoca una supuesta “verdad”. Esta “verdad” se impone a través de procedimientos y tecnologías definidas, que operan como mecanismos de poder. En este marco, al tiempo, los sujetos quedan atrapados en la imposibilidad de cuestionar dichos efectos de poder y la naturaleza de esa “verdad”, que obtendría un carácter reproductivo, único y esencialista, en detrimento de un saber construido de forma crítica y autónoma. Precisamente, es esta autonomía reflexiva y madurativa la que los procesos de formación/capacitación deberían fomentar, en lugar de perpetuar modelos cerrados-normativizados, que dificulta la elaboración propia favoreciendo la mera repetición.

Para los sujetos partícipes, la relación concebida y dominante en estos modelos se considera de forma dicotómica y simplista: uno de los participantes ocupa el lugar del saber y su control, mientras que el otro se posiciona como receptor pasivo. En este esquema, los contenidos son presentados de manera rígida y cerrada, sostenidos

por procedimientos codificados y legitimados, lo que refuerza su carácter reproductivo.

Frente a esta configuración, la capacidad de reacción crítica resulta fundamental. En este sentido, Foucault señaló que *el lugar de la crítica no es neutro ni ajeno al poder; siempre concomitante a las relaciones humanas*. Por tanto, la cuestión estaría en qué se critica de un/os procedimientos determinados, y hacia dónde y cómo configurar nuevas propuestas funcionales para alcanzar los objetivos madurativos buscados, que siempre tienen una función de direccionalidad, sea esta simplista o compleja. Así, lo entendemos para la supervisión, un eje de capacitación referido a praxis en acción, orientada hacia un proceso madurativo e integrador del conocimiento teórico-técnico y su reflexión con sentido en el ámbito de la clínica psicoterapéutica, todo ello con carácter compartido desde una relación asimétrica en un contexto seguro.

En este sentido, nos preocupan aquellas modalidades de transmisión que, aun surgiendo desde una crítica legítima a los modelos reproductivos dominantes, se han construido bajo ideologías de “verdad alternativa” y se han instalado en el llamado discurso de la sospecha. En este ámbito de la supervisión, estas posiciones han derivado, en algunos casos, en una actitud de abstención sistemática del supervisor frente a toda forma de intervención, en nombre del respeto absoluto por la autonomía del supervisado y con frecuencia entrando en un deslizamiento hacia lo pseudoterapéutico en espacio y tarea.

Nos preguntamos entonces: ¿cuántas veces estas posturas, en apariencia liberadoras, han dado lugar a prácticas igualmente atrapantes, sustentadas en objetivos y procedimientos difusos o en la ausencia de reglas claras? Tales prácticas pueden generar confusión operativa y desdibujamiento de la identidad profesional, así como establecer vínculos de dependencia acrítica que obstaculizan el proceso de maduración y autonomía que debería promoverse en toda formación clínica, y particularmente en el espacio de supervisión.

Todo esto, paradójicamente, suele justificarse en nombres de valores como la autonomía, la singularidad y la pluralidad. Sin embargo, sus efectos pueden incluir el afianzamiento de dominios narcisistas, la subordinación a lógicas de mercado o la cristalización de identidades profesionales rígidas y desorientadas respecto del ejercicio que se pretende formar.

Entendemos que la supervisión, como eje principal de la transmisión capacitadora, supone tomar en consideración la herencia del conocimiento habido, lo que implica una noción de tradición que otorga bases vigentes de pertenencia y de participación en una construcción de lo común, que aporta dinámica de inclusión, y no mera reproducción conservadora, desde señales compartidas con garantía.

La supervisión, en tanto proceso activo, implica una transmisión y una asunción elaboradas del conocimiento, enraizados también en antecedentes y referencias históricas. Se trata de conocer el pasado no para quedar atrapado en él, sino para poder salir y retomar a él desde una apropiación crítica, colectiva y singular. Esta elaboración ocurre dentro de un marco definido por reglas, roles y contenidos que permiten generar un contexto propicio para el desarrollo subjetivo y profesional.

En ese encuadre, las relaciones entre los sujetos implicados en la supervisión, así como los objetos de atención y tarea, se construyen desde coordenadas claras: un dispositivo que posibilita la escucha, la producción de sentido y la apropiación elegida del

saber. Así, el presente se abre al futuro a partir de una tradición reconocible, pero no mimética, que habilita la transformación y la maduración del ejercicio clínico y supervisivo.

Posibles Efectos Adversos en Supervisión

La supervisión conlleva riesgos de deslizamientos que pueden generar daños. Un manejo inadecuado de la relación – que, por definición, debe ser asimétrica en cuanto al ejercicio de poder (particularmente en el caso del supervisor, aunque no exclusivamente)-, el conocimiento inapropiado y la función fuera de encuadre, así como las actitudes y comunicaciones (tanto digitales como analógicas), pueden vulnerar los límites de una relación funcional con el supervisado.

Así, el ejercicio del rol de supervisor como un medio de autoafirmación frente al supervisado puede incluir no solo un uso instrumental del supervisor hacia el supervisado, sino también un quebramiento del “espacio seguro” mediante maniobras relacionales, tanto abiertas como ocultas, con efecto de “sometimiento” del supervisado y/o ensalzamiento del supervisor. Asimismo, el deslizamiento en la tarea, pasando a entrar en una relación pseudoterapéutica, fragiliza al supervisado, contamina el material a supervisar y genera riesgo de daño. Es decir, la supervisión contiene riesgo de daño, sobre los que conviene estar alerta manteniendo siempre las bases de un marco *seguro*.

Propuesta Para la Mejora del Proceso de Supervisión en Psicoterapia

La supervisión implica la puesta en marcha de una relación de perfiles singulares, que está marcada por la trayectoria clínica del supervisor, quien pone el foco de la atención en la intervención realizada por el supervisado con uno o más pacientes (un caso). Se valora como una parte sustantiva en el desarrollo y mantenimiento de calidad del conocimiento clínico y las habilidades profesionales (Senediak, 2014).

Es mucho lo que queda por desarrollar para alcanzar una perspectiva común consistente respecto del proceso de supervisión. Por ello, la presentación de qué hacemos y cómo, quienes venimos ejerciendo la supervisión resulta de interés.

Tras lo expuesto, sostenemos que la supervisión constituye uno de los tres componentes imprescindibles en la capacitación reglada para el ejercicio de la psicoterapia, junto con la formación teórico-técnica y el análisis personal del terapeuta. Desde el modelo sistémico, estos tres pilares no se entienden como compartimentos estancos, sino como dimensiones que se entrelazan y se retroalimentan de manera continua. La formación teórico-técnica aporta los marcos conceptuales y las herramientas metodológicas para comprender la complejidad de los sistemas humanos y sus interacciones, mientras que el trabajo personal permite al terapeuta reconocer las resonancias de su propia historia y diferenciar lo que le pertenece de lo que emerge en el encuentro clínico, y la supervisión se convierte en el espacio donde estos dos ejes encuentran su integración en la práctica, posibilitando un aprendizaje reflexivo a partir de la experiencia directa con los consultantes. En el marco sistémico, además, suele desplegarse en un contexto grupal, lo que amplía la perspectiva y fomenta una mirada circular, coherente con los principios del modelo. En este sentido, la supervisión trasciende la mera revisión técnica y se

configura como un dispositivo central que no solo es fundamental en la etapa de formación, sino que se mantiene como un recurso esencial en el ejercicio profesional posterior, acompañando al terapeuta en la construcción y el sostenimiento de su identidad clínica.

Es un instrumento valioso, para el buen ejercicio del clínico en momentos y circunstancias diversas del devenir profesional o ante ciertos casos (críticos/difíciles) a petición/elección del profesional.

Hoy en día, la supervisión clínica se ha consolidado activamente en servicios públicos de Salud Mental como parte del programa de “Formación Continuada de los facultativos”. Este avance se ha convertido en un sello de calidad y cuidado de los equipos, aportando apoyo al clínico y subrayando la importancia del autocuidado. Además, se ha extendido también a otros equipos de trabajo de otras redes de servicio, particularmente servicios sociales, promoviendo la reflexión compartida sobre el ejercicio de casos e intervenciones, lo que favorece la cohesión grupal y establece bases comunes en la práctica clínica que llevan a cabo los miembros de un equipo determinado.

Planteamos relevante mencionar aquí que, en muchas ocasiones, bajo el nombre de “supervisión” se desarrollan prácticas que, si bien pueden tener valor en supervisión de equipos en ejercicios puntuales, pueden sustraer a estos la posibilidad de reflexionar sobre su quehacer clínico cotidiano cuando se dirigen establemente a desviar el foco hacia cuestiones organizativas, emocionales o interpersonales que posponen o aparcen la reflexión guiada y vertebradora sobre clínica compartida en el equipo, lo que termina por empobrecer el proceso reflexivo sobre la intervención profesional común y operativa.

Por esta razón, defendemos una concepción de la supervisión de equipos que, aunque no esté orientada a la formación en un modelo específico, como sucede en la supervisión como eje para la capacitación, mantenga un encuadre claro, la reflexión se centre en la tarea compartida y se organice a partir del análisis de casos y situaciones concretas abordadas por el equipo. Esto permite habilitar preguntas, generar hipótesis y construir significados que otorguen sentido a la experiencia asistencial.

En este proceso, el rol del supervisor, si bien se sustenta en un modelo, en nuestro caso el sistémico, no se presenta como una imposición doctrinal. Por el contrario, su función es la de garantizar el encuadre y facilitar una elaboración colectiva, crítica y situada en la práctica clínica.

En este sentido, concebimos la supervisión de equipos no como una herramienta enfocada en el análisis organizacional, la gestión de conflictos/tensiones internas o en la optimización de estructuras de funcionamiento, aunque de manera puntual pueda, incluso deba incorporarlo, como un espacio de reflexión compartida y vertebradora que sostiene y cuida la tarea asistencial, ofreciendo al equipo un espacio seguro para mirarse, cuestionarse y afinar su mirada sobre lo que hace, cómo lo hace y con qué efectos.

Si bien estos aspectos pueden emerger tangencialmente en ciertos momentos del proceso, lo fundamental es propiciar un espacio de reflexión clínica orientado a la tarea asistencial, para pensar con y desde la práctica, tomando como eje articulador los casos clínicos concretos que se trabajan en el equipo.

Esta distinción creemos que resulta importante, ya que la polisemia del término supervisión en los últimos años ha dado lugar a deslizamientos conceptuales en los que, en ocasiones, se diluye su función clínica y se corre el riesgo de desviar al equipo del ejercicio

reflexivo de su tarea. Lo fundamental es pensar la tarea con el caso clínico como eje y con una guía que permita sostener el encuadre, fomentando formulaciones y acompañe el proceso de elaboración y reflexión conjunta.

Consideramos que el especialista experto en supervisión y uno o más supervisados establecen una relación con una tarea común:

- Definiendo un encuadre (fechas, tiempo, esquema-base de presentación de casos...).
- Centrada en los problemas (psicopatológicos, relacionales, clínicos...) que plantea un consultante a partir de una demanda específica contextualizada.
- Dirigida a crear un “espacio seguro” para los participantes.
- Donde el foco de la atención/intervención del supervisor se centra en la atención prestada por el supervisado al o los paciente/s en su intervención.
- Partiendo de una formación teórico - técnica básica definida en el modelo de referencia de que se trate, y con un nivel de experiencia en ejercicio directo por parte de los supervisados.

El proceso ha de orientarse a:

- Mejorar la capacitación y el ejercicio profesional.
- Promover la reflexión clínica compartida.
- Generar cuidado del terapeuta o del clínico y el equipo, en su caso, desde un contexto facilitador y de intercambio.

Considerando:

- La posibilidad de interferencias personales del supervisado, que pueden aparecer y “contaminar” la intervención, objeto de la supervisión, y que deben ser identificadas (sin confundirlo con deslizamientos pseudoterapéuticos).
- La calidad y coherencia teórico-técnica en la intervención del supervisado.
- El establecimiento de una comprensión global/estratégica del caso.
- La definición compartida de objetivos y líneas estratégicas para la actuación clínica.

Se trata, por tanto, del establecimiento de una alianza, que, siendo distinta de la alianza terapéutica, constituye un elemento central en la supervisión como un espacio seguro para el desarrollo constructivo de la identidad en la actuación clínica.

Desde esta perspectiva es imprescindible establecer bases para una relación dinámica y funcional en la interacción supervisor/supervisado, basado en una alianza relacional y en un espacio seguro, evitando potenciales efectos adversos (fundamentalmente para el supervisado), tales como:

- Juegos disfuncionales de poder en el contexto relacional de la supervisión (Prata, 2001; Senediak, 2014; Ellis, 2010 y 2017). Esto hace referencia a dinámicas relacionales en las que el poder se ejerce de manera implícita o explícita generando tensiones, resistencias o bloqueos en el proceso de supervisión. Estos juegos pueden manifestarse, por ejemplo, cuando el supervisor adopta una postura excesivamente jerárquica o directiva, o cuando el supervisado responde desde la sumisión, la evitación o incluso la confrontación encubierta.
- Marcos inestables con derivas terapéuticas (inaceptables y que nunca deben ser buscadas) que generan contextos pseudo-terapéuticos. Este tipo de contexto emergen cuando la supervisión deja de sostener un encuadre claro y comienza a deslizarse hacia intervenciones que simulan una relación terapéutica con el supervisado. En estos casos, el rol del

supervisor puede confundirse con el del terapeuta, y el espacio supervisivo se convierte en un lugar de desahogo emocional o resolución de conflictos personales del supervisando, sin la estructura, finalidad ni resguardo propio de una psicoterapia.

- Ruptura de límites en la relación con el supervisado. Este fenómeno ocurre cuando no se mantienen con claridad las fronteras propias del rol supervisivo, lo cual puede dar lugar a confusiones, alianzas inapropiadas o relaciones duales que afectan la calidad y la ética del proceso.
- Conductas invalidantes, tanto autoritarias/descalificadoras como sobreprotectoras, que dificultan, a veces gravemente, la capacidad reflexiva y abierta, condición esencial para un ejercicio clínico adecuado. En el modelo sistémico, se entiende que el rol del supervisor no es imponer respuestas correctas ni proteger al supervisando de la complejidad clínica, sino crear las condiciones para que este pueda pensar su práctica, cuestionar sus propias hipótesis, reflexionar sobre sus intervenciones y posicionarse éticamente ante los sistemas con los que trabaja.

Al mismo tiempo, la comunicación funcional, el feedback consistente, comprensivo y abierto, se presenta como un instrumento fundamental para realizar una buena tarea de supervisión. En este sentido, un acercamiento comprensivo, de apoyo, abierto y de escucha crítica, adquiere un valor significativo, sirviendo como mensaje positivo en el desarrollo de la tarea de supervisión, favoreciendo la reflexión vertebradora de contenidos.

Esto se debe llevar a cabo en una relación que se organice dentro de un contexto seguro, donde la alianza relacional aporte un clima de calma colaborativa propicio para la escucha activa, desde roles diferenciados y en relación asimétrica y cercana. Este clima facilita la apertura de nuevas perspectivas, comprensiones del sentido del juego relacional disfuncional en un contexto donde cobra sentido y favorece el establecimiento estratégico de líneas de acción en el tratamiento, que se establecen progresivamente de manera compartida, considerando con flexibilidad la singularidad del clínico supervisado, sus capacidades y favoreciendo su propio pensamiento. De esta forma, se asienta una progresiva seguridad, mientras se muestran claramente los límites en los instrumentos sugeridos, atendiendo a las necesidades específicas del supervisado, quien debe sentir que su experiencia está siendo cuidada y orientada dentro de una relación asimétrica y segura.

En conclusión, y en línea con los desarrollos del modelo sistémico, la supervisión en psicoterapia se configura como una herramienta esencial no solo para la capacitación del profesional, sino también para su desarrollo continuo. Favorece el estilo personal, aumentando la complejidad de sus intervenciones, al brindar un espacio donde se permite explorar la identidad terapéutica, promoviendo un ejercicio clínico de calidad. Para que este proceso sea efectivo, es fundamental que se base en una relación de confianza, respeto y apoyo mutuo, donde la comunicación abierta y el feedback constructivo sean pilares.

En los equipos, al ofrecer un espacio seguro para la reflexión compartida y el autocuidado, la supervisión no solo optimiza la capacidad técnica y teórica de los profesionales, sino que también promueve un ambiente de colaboración dentro de los mismos, contribuyendo a disminuir el desgaste profesional.

Por tanto, la supervisión contribuye a fortalecer la identidad profesional del psicoterapeuta, a prevenir posibles interferencias,

a ejercer una intervención ética y coherente, desde el compromiso para la garantía de calidad a través de la introducción de una mirada y praxis compleja en la capacitación.

Declaración de Autoría (Taxonomía CRediT)

Begoña Olabarria: Conceptualización, supervisión, redacción borrador original.

Ana Jiménez: Conceptualización, redacción borrador original.

Maria García: Conceptualización, redacción borrador original.

Financiación y Conflicto de Interés

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales. Asimismo, las autoras declaran que no existen conflictos de interés relacionados con el contenido de este artículo.

Referencias

- American Psychological Association. (n.d.). *APA dictionary of psychology*. Recuperado el 6 de septiembre de 2023, de <https://dictionary.apa.org/>
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. Norton.
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25–39). Sage Publications.
- Bernard, J. M., y Goodyear, R. K. (2004). *Fundamentals of clinical supervision* (3rd ed.). Pearson.
- Bernard, J. M., y Goodyear, R. K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5th ed.). Allyn & Bacon.
- Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *The Counseling Psychologist*, 11(1), 35–42. <http://hdl.handle.net/2027.42/68473>
- Casement, P. (1990). Aprender del paciente. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26(4), 405–413. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00405.x>
- Cecchin, G., Lane, G., y Ray, W. A. (1994). *The cybernetics of prejudices in the practice of psychotherapy*. Karnac / Routledge.
- Daskal, A. M. (2023). Desde ser psicoterapeuta, a ser supervisor clínico. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 19–36. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38693>
- Eckstein, R., y Wallerstein, R. S. (1958). *The teaching and learning of psychotherapy* [La enseñanza y el aprendizaje de la psicoterapia]. Basic Books. <https://doi.org/10.1037/11781-000>
- Ellis, M. (2010). Bridging the science and practice of clinical supervision: Some discoveries, some misconceptions. *The Clinical Supervisor*, 29(1), 95–116.
- Ellis, M. V. (2017). Narratives of harmful clinical supervision [Narrativas de supervisión clínica nociva]. *The Clinical Supervisor*, 36(1), 20–87. <https://doi.org/10.1080/07325223.2017.1297752>
- Falender, C. A., y Shafranske, E. P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*. American Psychological Association.
- Falender, C., Cornish, J. E., Goodyear, R., Hatcher, R., Kaslow, N. J., Leventhal, G., y Grus, C. (2004). Defining competencies in psychology supervision: A consensus statement. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 771–785.

- Falender, C. A., y Shafranske, E. P. (2008). Best practices of supervision. En C. A. Falender y E. P. Shafranske (Eds.), *Casebook for clinical supervision: A competency-based approach* (pp. 3–15). American Psychological Association.
- Falender, C. A., y Shafranske, E. P. (2014). Clinical supervision: The state of the art. *Journal of Clinical Psychology*, 70(11), 1030–1041.
- Fernández Álvarez, H. (2008). Supervisión en psicoterapia. En H. Fernández Álvarez (Ed.), *Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé 1977-2008* (pp. 177–204). Desclée.
- Fernández-Álvarez, H. (2016). Reflections on supervision in psychotherapy [Reflexiones sobre la supervisión en psicoterapia]. *Psychotherapy Research*, 26(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014009>
- Fernández-Álvarez, H., y Grazioso, M. P. (2023). Desafíos de la supervisión en psicoterapia [Editorial]. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 1–8. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38692>
- Fernández Liria, A., y Rodríguez Vega, B. (2019). Psicoterapias en la red comunitaria de atención a la salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 175–188.
- Foucault, M. (1978). ¿Qué es la crítica? Crítica y Aufklärung. *Revista Internacional de Filosofía*, 11. Universidad de Murcia. <https://revistas.um.es/daimon/article/view/7261>
- Garrido Fernández, M. (2021). *Psicoterapia y sentido del humor. Fundamentos, modelos y aplicaciones* (2º vol. de *El humor es sabiduría*, 2020). Letra Minúscula.
- Grindberg, L. (1990). *La supervisión psicoanalítica. Teoría y práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Hackney, H., y Goodyear, R. (1984). Carl Rogers' client-centered approach to supervision. En R. Levant y J. Shlien (Eds.), *Client centered therapy and the person centered approach: New directions in theory, research and practice* (pp. 278–296). Praeger Publishers.
- Han, B.-C. (2021). *No-cosas: Quebras del mundo de hoy* (C. Gutiérrez, Trad.). Taurus.
- Hawkins, P., y Shohet, R. (2012). *Supervision in the helping professions* (4th ed.). Open University Press.
- Hess, A. (2008). Psychotherapy supervision: A conceptual review. En A. Hess, K. Hess, y T. Hess (Eds.), *Psychotherapy supervision: Theory, research and practice* (pp. 3–24). John Wiley y Sons.
- Holloway, E. L., Neufeldt, S., y Allstetter, S. (1995). Supervision: Its contributions to treatment efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 207–213.
- Holloway, E. L. (2014). Supervisory roles within systems of practice. En C. E. Watkins y D. Milne (Eds.), *The wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 598–621). Wiley.
- Lacan, J. (1966). *Écrits: A selection*. Norton & Company.
- Leddick, G. R. (1994). Models of clinical supervision. *ERIC-Digest Supervision: Exploring the effective components*.
- Linares, J. L. (2008). *Terapia familiar. Aprendizaje y supervisión*. Trillas.
- McWilliams, N. (2021). *Psychoanalytic supervision* [Supervisión psicoanalítica]. Guilford.
- Milne, D. L. (2009). *Evidence-based clinical supervision: Principles and practice* [Supervisión clínica basada en la evidencia: principios y práctica]. John Wiley & Sons.
- Milne, D. L. (Ed.). (2014). *The Wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 576–597). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118846360.ch28>
- Montalvo, B. (1973). Aspects of live supervision [Aspectos de la supervisión en vivo]. *Family Process*, 12(4), 343–359. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1973.00343.x>
- Morgan, M. M., y Sprenkle, D. H. (2007). Toward a common-factors approach to supervision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(1), 1–17.
- Penn, P. (1985). Feedforward: Future questions, future maps. *Family Process*.
- Prata, G., Vignato, M., y Bullrich, S. (2001). *El niño que mecía la barca*. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares. Deusto.
- Rodríguez Morejón, A. (2019). *Manual de psicoterapias. Teorías y técnicas*. Herder.
- Rodríguez Vega, B., Ávila, A., Pereira, R., y Olabarria, B. (2012). Documento marco de consenso de acreditación de psicoterapeutas (Consensus document for the accreditation of psychotherapists). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116). (Documento fechado en Madrid, 28 de septiembre de 2011).
- Roth, A., y Pilling, S. (2007). *A competence framework for the supervision of psychological therapies*. University College London.
- Saúl, L. A., Botella, L., y Sanfeliciano, A. (2023). Utilización de mapas cognitivos borrosos en supervisión clínica en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 133–148. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38710>
- Senediak, C. (2014). Integración de la práctica reflexiva en la supervisión de la terapia familiar. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 34(4), 338–351. <https://doi.org/10.1002/anzf.1035>
- Stoltenberg, C. D., Bailey, K. C., Cruzan, C. B., Hart, J. T., y Ukuku, U. (2014). The integrative developmental model of supervision. En D. A. Dingwell (Ed.), *The Wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 576–597). Wiley.
- Watkins, C. E., Hook, J. N., Mosher, D. K., y Callahan, J. L. (2019). Humility in clinical supervision: Fundamental, foundational and transformational [Humildad en la supervisión clínica: fundamental, fundacional y transformacional]. *The Clinical Supervisor*, 38(1), 58–78. <https://doi.org/10.1080/07325223.2018.1487355>
- Watkins, C. E. (2023). Incorporación de la humildad cultural y las pautas de humildad cultural en la relación de supervisión de la psicoterapia: Un compromiso y una promesa. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 9–18. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38689>
- Wrape, E. R., Callahan, J. L., Ruggero, C. J., y Watkins, C. E. (2015). An exploration of faculty supervisor variables and their impact on client outcomes. *Training and Education in Professional Psychology*, 9(1), 35–43.