



La supervisión clínica en psicoterapia

Laura Isabel Franco Amaris

Monografía para optar al título de Especialista en Psicopatología y Estructuras Clínicas

Asesora

Maricelly Gómez Vargas

Magíster en Psicología

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Departamento de Psicología

Medellín

2020

Contenido

1. Planteamiento del problema	6
2. Objetivos	17
3. Marco conceptual	17
4. Método	20
5. Resultados	25
5.1. Definiciones y funciones de la supervisión clínica en psicoterapia	25
5.2. Objetivo de la supervisión clínica en psicoterapia: Categoría emergente	34
5.3. Agentes y escenarios de la supervisión clínica en psicoterapia	35
5.4. Modelos teóricos y las modalidades de supervisión clínica en psicoterapia.	51
5.5. Efectos de la supervisión clínica en psicoterapia	59
6. Conclusiones: ¿qué supervisión es posible en nuestro contexto?	64
7. Recomendaciones	66
8. Referencias	67

Resumen

El propósito de esta monografía fue describir las características de la supervisión clínica en psicoterapia a través de la estrategia metodológica del estado del arte. De esta manera, se recogieron 102 documentos en diferentes formatos en una matriz bibliográfica y se realizó un análisis categorial de la muestra documental. Los resultados se ordenaron en cinco categorías que daban cuenta de las definiciones de la supervisión clínica, su objetivo y sus funciones, los agentes que participan en ella, los escenarios, las modalidades, los modelos y algunos efectos de la práctica de la supervisión. Esto permitió concluir que la lógica interna de la supervisión clínica está definida por sus funciones y que es un dispositivo que se puede poner en juego tanto en escenarios académicos como independientes, aunque en Colombia su escenario predilecto es la universidad como institución encargada de la formación de psicólogos. En ese orden de ideas, la supervisión clínica en esos contextos tiene en cuenta los recursos, actividades y productos que documentan el proceso de formación en psicoterapia y paralelamente, involucra un ejercicio ético que articula la teoría con la práctica a partir de la reflexión continua.

Palabras clave: Supervisión clínica, psicoterapia, psicología clínica.

Abstract

The purpose of this monograph was to describe the characteristics of clinical supervision in psychotherapy through the methodological strategy of the state of the art. In this way, 102 documents in various formats were collected in a bibliographic matrix and categorical analysis of the documentary sample was carried out. The results were ordered into five categories that gave an account of the definitions of clinical supervision, its objective and functions, the agents that participate in it, the scenarios in which it can be detected, the modalities in which it can be carried

out, the models from which it can be comprehended and some effects of the practice of supervision. This allowed us to conclude the internal logic of clinical supervision is defined by its functions and that it is a device that can be put into play in both academic and independent settings, although in Colombia its preferred setting is the university as the institution in charge of training psychologists. In that order of ideas, clinical supervision in those contexts takes into account the resources, activities, and products that document the process of training in psychotherapy, and in parallel, it performs an ethical exercise that articulates theory with a practice based on continuous reflection.

Keywords: Clinical supervision, psychotherapy, clinical psychology

1. Planteamiento del problema

Desde su origen la psicología clínica y la psicoterapia han respondido a las demandas sociales con la creación de teorías y metodologías que aborden las problemáticas psíquicas. Paralelamente, estas disciplinas han tenido que demostrar la eficacia de sus intervenciones y para ello conciben el dispositivo de supervisión clínica.

La psicología clínica se ha configurado como un campo que en sí mismo hace referencia a diversas formas de explicar lo psicológico, a las variadas formas de intervenir (metodologías) y en el cual el psicólogo puede ejercer su labor en diferentes lugares, bien sea en una universidad como profesor llevando las funciones de enseñanza, investigación y supervisión o, en un centro de salud, hospital, o consultorio independiente como psicólogo clínico en el cual evalúa, diagnostica y hace tratamientos (Compas y Gotlib, 2002, p. 13).

Esto concuerda con la conceptualización y descripción que Resnick (1991, p.7) hace acerca de lo que es la psicología clínica (citado en Trull y Phares, 2003)

El campo de la psicología clínica comprende investigación, enseñanza y servicios importantes para las aplicaciones de los principios, métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción y el alivio de la desadaptación, la discapacidad y la aflicción intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una gran variedad de poblaciones de clientes (p.4)

Paralelamente, Pedro Sánchez Escobedo concibe la psicología clínica como una disciplina en la cual se encuentran dos tradiciones: la psicométrica que centra su atención en la medición de los procesos psicológicos y la psicoanalítica que se ocupa en la comprensión del funcionamiento psíquico (2008, p.8). Cabe agregar que la psicología clínica es un campo disciplinar que funciona

en diferentes modalidades; entre ellas está la asesoría, la consultoría, la intervención en crisis y la psicoterapia (Gómez y Peláez, 2015).

Este trabajo se centra en la última modalidad mencionada anteriormente, por lo que es preciso anotar algunas definiciones de ella. Así pues, Duran Palacio, Restrepo Ochoa, Salazar Trujillo, Sierra Rodríguez y Schnitter Castellanos (2013) definen la psicoterapia como una metodología que no se deriva de las teorías científicas, ni sustenta su existencia en la “*aplicación sistemática y rigurosa de una serie de pasos estandarizados*” (p.136). Entonces, puede decirse que esta concepción de la psicoterapia está relacionada con una visión ascética de ella en la que el objetivo será la transformación subjetiva, esto sin procedimientos estandarizados, pero si con unos elementos estables como lo son la relación terapéutica, la escucha, la verbalización del paciente y la interpretación del psicólogo (Lopera, 2017).

Para Compas y Gotlib (2002) la psicoterapia está relacionada al momento del tratamiento desde la perspectiva en la cual el método clínico se da en tres momentos; la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento y es a su vez una de las formas “más común de intervención en la psicología clínica” (p. 283). Esto también es confirmado por Gómez y Peláez (2015) en tanto la psicoterapia es la modalidad de intervención más frecuente y que se diferencia de otras modalidades por su concepción de lo psicopatológico anudado a una escuela de la psicología.

También la psicoterapia es un tratamiento de la psique en el que se da lugar a la transformación del sí mismo del sujeto que consulta, localizando aquellos elementos particulares que lo caracterizan por medio de su discurso (Lopera citado en Duran Palacio, Restrepo Ochoa, Salazar Trujillo, Sierra Rodríguez y Schnitter Castellanos, 2013, p.145). Teniendo esto en cuenta puede decirse que la psicoterapia remite a una actividad en la que dos o más personas hablan con

el objetivo de modular el sufrimiento de quien consulta sostenida en una concepción de este y a partir del cual se formulan métodos de tratamiento (Gómez y Peláez, 2015).

En última instancia, la psicoterapia es uno de los espacios del psicólogo clínico para lo cual es necesaria que tenga una formación especializada y supervisada. En ese orden de ideas, podría decirse que la supervisión es una actividad que debe ser establecida con carácter de obligatoriedad para aquellos psicoterapeutas que recién inician su proceso de formación (Loubat, 2015). En Colombia no hay una normatividad que mencione que la formación especializada como un posgrado en este campo sea un requisito para la autorización del ejercicio psicoterapéutico del psicólogo. De hecho, Bastidas-Bilbao y Velásquez (2016, p. 295) presentan que alrededor del 60% de los profesionales graduados en psicología no acceden a un estudio de posgrado, de manera que, si existiese una regulación de este tipo, solo podrían estar habilitados para el ejercicio psicoterapéutico menos de la mitad de los psicólogos del país.

Sin embargo, en el código deontológico y bioético del psicólogo en Colombia en el capítulo III inciso B dice: “rehusar hacer evaluaciones a personas o situaciones cuya problemática no corresponda a su campo de conocimientos o no cuente con los recursos técnicos suficientes” (Ley 1090, 2006); es decir que debe abstenerse de realizar actividades en las que el profesional en psicología no tenga una formación. En ese sentido habría que preguntarse si esto se extiende a toda la actividad psicoterapéutica y a su vez, cuestionarse si todo graduado de psicología está habilitado para dirigir un tratamiento psicoterapéutico, especialmente porque eso va a depender de la experiencia que tenga en sus prácticas académicas y del campo de la psicología en que haya desempeñado su labor; dicho de otro modo, los conocimientos sobre alguna materia van a depender únicamente de la experiencia laboral que haya tenido, bien sea en las prácticas de pregrado o en el ejercicio como psicólogo titulado.

Ahora bien, la psicoterapia en su funcionamiento más común sigue siendo uno de los espacios dotados de plena intimidad, lo cual dificulta la evaluación de su eficacia y la determinación de algún riesgo. Esta preocupación ha estado en el campo de la psicología clínica desde su nacimiento con Witmer quien paralelamente a la creación de esta disciplina, crea el primer programa de entrenamiento en psicología clínica alrededor del año 1896 partiendo del hecho que los profesionales que se dedicaban a esta labor debían tener un nivel doctoral y debían pasar por la experiencia de ser supervisado en su labor clínica (Hess, 2011, p. 704). Más adelante Witmer ratifica su posición en que la psicología es primordialmente una materia de posgrado, donde se enseña a “observar de cerca, a distinguir lo que está delante de él y lo que, debido a preconcepciones y teorías, cree que debería estar allí. En otras palabras, debe ser entrenado para convertirse en cierta medida en psicólogo” (1907, p. 28. Traducción de la autora).

Cabe anotar que junto con Witmer estaban los grandes representantes de las corrientes psicológicas: Sigmund Freud, John Watson y Carl Rogers, quienes fueron los primeros en formalizar la supervisión; es decir, en articular el hábito de acompañar a sus estudiantes en su labor clínica con los conceptos que eran propios de la escuela que cada uno de ellos funda.

En el caso de Freud y el psicoanálisis que fundó, se puede decir brevemente que él introduce en 1920 el análisis didáctico como parte del “programa” formación de un psicoanalista, actividad que tenía por una meta de enseñanza de la técnica y le apostaba a la comprensión de “complejos irresueltos en el analista” (Hess, 2011, p. 705. Traducción de la autora).

Sin embargo, este modelo rápidamente fue ganando críticas dirigidas al análisis didáctico que es el dispositivo de supervisión en este modelo, estas estaban dirigidas al hecho de que el carácter del analista es un elemento fundamental en la dirección del tratamiento que no se puede modificar; es decir que, si había algo de la personalidad del analista que hiciera las veces de

obstáculo en los tratamientos a sus pacientes, ese elemento era difícilmente modificable. Además, había una función excesiva de la enseñanza del psicoanálisis que termina siendo un inconveniente para el análisis del candidato, debido a que quien hacía las veces de supervisor era a su vez quien analizaba al candidato (relación dual) (Hess, 2011, p. 705).

Con relación al modelo conductista de supervisión, el cual basa su funcionamiento en el modelado y el acercamiento sistemático para conseguir el comportamiento que se esperaba en los supervisados. Este modelo prontamente se articuló con el cognitivismo, comprendiendo la supervisión a partir de tres tipos de aprendizaje; el episódico, que tiene lugar en las primeras veces que se presenta un caso o se asiste por primera vez a supervisión, pues lo importante de estas situaciones es que posibilita la creación de patrones de comportamiento como psicoterapeuta. Otros de los tipos de aprendizajes es el semántico, el cual registra la intención de los estudiantes para aprender sobre teorías y técnicas a través de las lecturas. Por último, está el aprendizaje procesual, en el cual el supervisor puede fijar su atención en la construcción del caso y el uso de la técnica (Hess, 2011, p.709)

La tercera corriente de supervisión que se configuró fue la humanista-existencial, como bien se había anotado anteriormente Carl Rogers pasó por la experiencia de supervisión y a la hora de formular su psicología, tuvo en cuenta el lugar del entrenamiento y la supervisión de la práctica clínica. En esa medida pasaron a ser fundamentales a causa de que él partía de la premisa de que lo que hacía posible el cambio en los pacientes era el psicoterapeuta en sí mismo y las condiciones que este podía crear, así las cosas, asuntos como la comprensión empática y la congruencia en el psicoterapeuta eran totalmente necesarias para la labor psicoterapéutica (Hess, 2011, p. 709)

Hasta este punto, se podría deducir que el modelo de supervisión está fuertemente relacionado con el modelo en que el supervisor se formó y a su vez la concepción del dispositivo

mismo está atravesado por la concepción del objeto de intervención y el abordaje de la situación, lo cual introduce algunas diferencias.

Aun así, cabe anotar que hay algunas similitudes en los modelos, Hess (2011, p.711. Traducción mía) las enumera así:

- a) Hay un líder con visión, quien escribe bien e inspira a otros a estudiar, quien a menudo escribe y describe casos convincentemente en público, participa en discusiones de caso de manera que transmite una sensación palpable de la teoría o la técnica, con una fuerte tradición académica que le permite evaluar y producir un profesional competente.
- b) La supervisión utiliza
 - a. Modelado de casos clave
 - b. Trabajo didáctico sobre la teoría
 - c. Configuración de respuestas
 - d. Evaluación del paciente y el terapeuta

No obstante, estos no son los únicos modelos de supervisión existentes, Hess (2011, p, 712. Traducción de la autora) menciona 8 modelos en los que el supervisor adopta una figura determinada, con un objetivo determinado por ella que matiza la relación con el supervisado. Esto introduce un giro en la concepción de modelo de supervisión clínica ya no basado en las nociones de las escuelas de la psicología sino en el rol que ejerce el supervisor.

En ese orden de ideas, la conceptualización de la supervisión clínica no solo se hace a partir de la escuela psicológica, que es en este caso un uso de la supervisión para promover el aprendizaje de los conceptos propios de la escuela y de una práctica orientada por ellos. También, el modelo de la supervisión clínica puede estar subordinado a la forma en que el supervisor ejerza su rol, lo

cual puede difuminar las diferencias entre las escuelas e introducir la idea en la que un supervisor no tenga que compartir la adherencia a una misma escuela que sus supervisados. Asimismo, podría decirse que poner el énfasis en el rol acentúa lo que tienen de común las diferentes escuelas clásicas de supervisión. Aun así, habría que anotar la pregunta en cuanto a si en la supervisión no se transmite un saber sobre los conceptos que orienten la práctica psicoterapéutica, ¿qué enseñaría la supervisión sobre la psicoterapia sin un modelo psicológico que lo oriente?

En este punto es necesario introducir aquello que se entiende por supervisión clínica, clásicamente es concebida como un componente fundamental de una labor psicoterapéutica responsable, en el que se ofrece soporte al psicoterapeuta al mismo tiempo en que este dirige el tratamiento del paciente (Araya, Casassus, Guerra, Salvo, Zapata y Krause, 2017). En lo anterior coinciden Bastidas-Bilbao y Velásquez, (2016, p.295) quienes ubican la supervisión clínica como un factor nuclear en la práctica clínica que establece unas bases para la evolución del profesional en psicología, debido a que este campo profesional contribuye a la dimensión técnica y promueve formas de proceder éticas en las que se cuida el bienestar del paciente (Villafuerte-Montiel, 2016).

Otros autores la conceptualizan como una actividad que integra la teoría y la práctica, que precisa la comprensión de esos elementos, lo cual permite localizar en este dispositivo su carácter pedagógico en tanto está relacionado con la interiorización de conocimientos (Zas, 2015). Además, está estrechamente relacionada con la potenciación de competencias en los psicoterapeutas como la sensibilidad, bases científicas, habilidades relacionales y comunicacionales, capacidad para el diseño e implementación de planes de tratamiento, maniobrar situaciones extraordinarias, entre otros (Loubat, 2015).

De alguna manera, se ha dado por sentado que el dispositivo de supervisión clínica asegura la eficacia y la calidad tanto del profesional que direcciona el tratamiento como del tratamiento en

sí mismo. Con esto está de acuerdo Zas (2015) quien menciona que la supervisión garantiza la calidad en los servicios que opera el psicólogo, esto soportado en el reconocimiento del propósito pedagógico que se da casi exclusivamente en las facultades de psicología tanto a nivel de pregrado (staff, asesor) o como de posgrado (programas de entrenamiento).

También es conceptualizada como una relación profesional entre psicólogos configurada a partir de una alianza de trabajo, la formación de la transferencia y contratransferencia, y la conexión genuina interpersonal (Calvert, Crowe, y Grenyer, 2017). En efecto, la supervisión por tener esta naturaleza de relación no está exenta de conflicto, en la que ambos agentes pueden ser defensivos, resistentes, tener diferencias en su estilo de personalidad y competencias deficientes (McNeill y Stoltenberg, 2016).

Ahora bien, en la literatura abundan referencias sobre esta asociación entre supervisión y eficacia de las intervenciones del psicólogo que se supervisa, lo cual permite el cuestionamiento: ¿Qué es lo que asegura esto? Algunos estudios comprueban que la supervisión promueve las competencias del psicólogo clínico, en términos de poder pensar los acontecimientos en consulta desde una perspectiva compleja, hay un mejoramiento en la conceptualización y la intervención psicoterapéutica, una mayor disposición para enfrentar los desafíos propios de este ejercicio y promueve la autonomía y la confianza (MacNeill y Stoltenberg, 2016; Loubat, 2015; Daskal, 2008; Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016; Villafuerte-Montiel, 2016; Araya, Casassus, Guerra, Salvo, Zapata y Krause, 2017).

Anudado a lo anterior, no hay que dejar pasar el hecho de que la supervisión es una herencia de la medicina lo cual está relacionado con que haya cierta representación implícita en los beneficios de la supervisión clínica sobre el rol del supervisor, como alguien que todo lo ve, alguien “con súper poderes” (Brown, 2019, párr. 2). A su vez es alguien que tiene la habilidad de ver multi-

focalmente atendiendo así varios asuntos a la vez que están subordinados al modelo al que se inscriba su labor, de allí la super-visión (Araya, Casassus, Guerra, Salvo, Zapata y Krause, 2017). Habría que pensar en que el funcionamiento de la supervisión soportada en la mirada puede dar lugar a un exceso de vigilancia, lo cual tampoco asegura la calidad de intervenciones psicoterapéuticas.

Cabe anotar que una muestra representativa de la literatura acerca de la supervisión se encuentra en inglés, pues la producción académica al respecto viene de países como Estados Unidos, Australia y Reino Unido. Esto implica por ejemplo que en el caso de Estado Unidos hay una articulación entre la psicología y la formulación de políticas públicas, por lo que en sus regulaciones hay algunas prescripciones para el supervisor clínico como en el Código de Ética de la APA en su versión del año 2017 que tiene todo un capítulo destinado a la formación y al entrenamiento (Cap. 7) y que destaca la relevancia y obligatoriedad de la supervisión en la labor del psicólogo (Galán Jiménez y De Ávila Ramírez, 2018). También, se puede decir que en estos países proliferan los programas de formación clínica en lo que la figura del supervisor aparece constantemente tanto en entidades educativas como la universidad y otras instituciones externas.

Contrario es el caso de Latinoamérica y países de habla hispana, entre los cuales se logró recoger 26 artículos en español en una población de 95 representando el 27.36 % de los textos recogidos en la matriz bibliográfica, este dato no da cuenta por ejemplo de si el tema de la supervisión es abordado exhaustiva o simplemente hacen una mención parcial del tema. Sin embargo, algunos de los artículos documentaban programas de supervisión articulados a los currículos de las carreras de psicología y algunos estudios de posgrado (Araya, Casassus, Guerra, Salvo, Zapata y Krause, 2017; Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016; Zas, 2015; Fernández Fernández y Barrantes Sáenz, 2017; Loubat, 2015).

Analizando un poco más la escasez de documentación sobre la supervisión clínica en los países de habla hispana y en Colombia, entre las causas de esto puede estar que la supervisión es una práctica que tiene lugar primordialmente en la academia, tal vez de manera aislada y sin documentación explícita que haga referencia a una práctica nombrada con el rubro de supervisión y más aún, si se hace de manera privada no hay una documentación de ella.

Otra de ellas es que entre las problemáticas de la psicología como disciplina es que hay una distancia entre su producción científica y el efecto que esto tiene en la formulación de políticas públicas y de regulaciones por parte de los entes directamente relacionados con la psicología. Este es el caso del Colegio Colombiano de Psicólogos que entre sus documentos no hay referencia alguna a la supervisión y lo que se encuentra es la formulación de un modelo de tres niveles (sustentación de los hechos, fundamentación, analítico-propositivo) para el análisis de casos que parece reemplazar el agente/supervisor por una teoría que le permite a cualquier profesional tomar decisiones (Amaya y Berrio- Acosta, 2014).

Además, como se mencionó anteriormente, en Colombia particularmente el 60% de las personas que son titulados en psicología no continúa su formación a nivel posgradual, esto está relacionado con el hecho de que en la legislación colombiana la obligatoriedad va hasta la adquisición de un título en psicología para poder ejercer en cualquier especialidad (Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016, p.295). De ese modo, habría que pensar si aquellos que no continúan su formación de manera formal, continúan de manera informal en algún ente de formación o en la práctica supervisada.

Por último, haciendo el ejercicio de revisar algunos pensum académicos de universidades en Medellín¹, se puede deducir que la posibilidad para que la supervisión clínica se dé está

¹ Se revisaron los pensum académicos que se presentan en las páginas virtuales de cada institución. Las universidades a las que hago referencia son Universidad de Antioquia, Universidad Católica Luis Amigó, Universidad Pontificia

relacionada con que quien supervisa lo hace a partir de su práctica psicoterapéutica y su educación formal, bien sea en el pregrado o posgrado a partir de la experiencia de staff o con un asesor. Este ejercicio se fundamenta en la hipótesis que cada práctica viene acompañada por alguna persona/grupo que haga las veces de supervisor, sin contar con las materias asociadas a la formación en psicología clínica y psicoterapia.

Lo anterior permite decir que la supervisión clínica es una práctica que está escasamente documentada, aunque parece que existen espacios para ella en la academia, que no tiene autonomía curricular en los programas de formación en psicología y que no hay ninguna política pública que la posicione como un elemento de carácter fundamental como se pudo evidenciar en los estudios de habla anglosajona. Tampoco hay documentación sobre las prácticas de supervisión clínica en los contextos hospitalarios.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características de la supervisión clínica en el ejercicio de la psicoterapia?

Justificación

Abordar el tema de la supervisión clínica fue una manera de contribuir a un intento de documentación y formalización de una manera de enseñar la psicoterapia, que se pudo rastrear en los artículos de autores latinoamericanos que han diseñado programas de formación en psicología clínica, específicamente en esta modalidad psicoterapéutica.

Además, esta monografía sumada al material de otras instituciones, ciudades y países configura una red conceptual que da cuenta de la naturaleza de la supervisión clínica, lo cual

posibilitaría el diseño de programas de formación en psicoterapia y/o de programas de entrenamiento para quienes desean ejercer el rol de supervisor clínico. En consecuencia, podría darse un aumento de la oferta de estrategias para la formación de los psicólogos debido a que se introduce en el campo de la psicología clínica las prácticas de supervisión clínica en psicoterapia.

Por otra parte, este trabajo aportó a las comprensiones teóricas sobre la práctica de la supervisión en la psicología clínica, específicamente en la psicoterapia, introduciendo con ellos algunos elementos que permitió reflexionar sobre la relación entre la formación, la supervisión y la ética profesional en el ámbito de la psicología clínica.

2. Objetivos

Objetivo general

Describir las características de la supervisión clínica en el ejercicio de la psicoterapia.

Objetivos específicos

- Identificar las definiciones y funciones de la supervisión clínica en psicoterapia.
- Reconocer los agentes y escenarios de la supervisión clínica en psicoterapia.
- Definir los modelos teóricos y las modalidades de supervisión clínica en psicoterapia.
- Analizar los efectos de la supervisión clínica en psicoterapia en los agentes.

3. Marco conceptual

Esta monografía tiene dos conceptos fundamentales que son la supervisión clínica y la psicoterapia. El primero fue abordado desde los autores Falender y Shafranske (2008) quienes definen la supervisión clínica como una práctica y relación profesional-colaborativa entre el supervisor y el supervisado en la cual a través de la formación/entrenamiento se desarrolla una

intervención psicoterapéutica actualizada a partir de la observación, la valoración y las retroalimentaciones.

Además, favorece la construcción del conocimiento sobre la psicoterapia y refuerza los recursos del psicoterapeuta que son puestos a favor de la dirección de los tratamientos de sus pacientes. Asimismo, es una relación profesional que se inscribe en un marco ético y legal que se propone fomentar el bienestar del psicoterapeuta, sus pacientes, la psicología y la sociedad (Falender y Shafranske, 2008).

También habría que decir que la supervisión clínica está soportada en tres bases; la naturaleza de la relación de supervisión, en la investigación y práctica educativa. En primer lugar, la relación de supervisión debe establecerse como una alianza de trabajo en la que hay unas responsabilidades compartidas para llevar a cabo la práctica psicoterapéutica. En segundo lugar, la investigación remite a una apuesta por una comprensión crítica de los procesos psicoterapéuticos y el fomento de una conciencia de las intervenciones que hace el psicólogo clínico. En tercer lugar, la práctica educativa hace referencia al uso de diferentes estrategias para el aprendizaje de la materia en cuestión (Falender y Shafranske, 2008).

Paralelamente, la supervisión clínica está orientada por cuatro valores que a su vez se transforman en competencias clínicas. El primero de ellos es la integridad moral en la que ambos agentes procuran dirigir sus actividades sin violar el código ético ni desatender las responsabilidades que les corresponden. El segundo es una práctica soportada en los valores éticos y la toma de decisiones tanto en el dispositivo de supervisión como en el proceso psicoterapéutico a partir de los mismos de manera que se articule la competencia y la ética en los dos escenarios. El tercero y el cuarto hacen referencia, respectivamente, al respeto por la diversidad en toda su

magnitud y a la apuesta por una práctica psicológica científicamente informada que se integre con la teoría (Falender y Shafranske, 2008).

Por otra parte, la psicoterapia fue definida en los términos que Wampold (2019) usa: “una clase de práctica curativa que implica hablar como medio para abordar la angustia psicológica” (p. 8. Traducción de la autora). La psicoterapia es una “práctica amorfa” y un proceso interpersonal que está subordinado a algunos elementos que permiten definirla, entre esos:

- a) está basado en principios psicológicos, b) involucra a terapeuta entrenado y un cliente que está buscando ayuda con un trastorno mental, un problema o queja, c) el terapeuta tiene la intención de corregir ese trastorno mental, problema o queja, d) está adaptada o individualizada particularmente para el cliente y su trastorno, problema o queja (Wampold & Imel, 2015, p. 37 citado por Wampold, 2019, p.9. Traducción de la autora).

Habría que mencionar además que el elemento primordial de la psicoterapia es la teoría y, por lo tanto, una colección de técnicas es una práctica a-teórica que no es psicoterapia. La teoría que subyace a la práctica psicoterapéutica es la responsable de articular la investigación, la técnica, el saber y la experiencia clínica. En ese orden de ideas, hay varias teorías que soportan la psicoterapia y fundan su manera de concebir al sujeto y de dirigir el tratamiento, aun así, en estas teorías hay algunos asuntos en común; una relación dotada de emocionalidad y confianza entre psicoterapeuta y paciente, una atribución de saber sobre la curación a este último y unas intervenciones coherentes con el dispositivo psicoterapéutico que está conformado bajo un encuadre particular (Wampold, 2019).

4. Método

- **Enfoque y diseño metodológico**

Este trabajo monográfico estuvo enmarcado en un enfoque de investigación cualitativa que se caracteriza por la recolección de datos sobre el tema que se investiga de varias fuentes de información, posibilitando de esta manera el análisis de esta. En ese orden de ideas, el análisis que se hizo es de carácter inductivo; es decir que fue de lo general a lo particular y en ese sentido se construyeron pautas, categorías de estudio y abstracciones que componen un tema. A su vez, un elemento esencial de este enfoque es el abordaje interpretativo de la información y que reconoce la acción del investigador dentro de la construcción de la investigación, esto implica que este está ubicado en un contexto e historia particular y que tiene nociones singulares (Batthyány, Cabrera, Alesina, Bertoni, Mascheroni, Moreira, Picasso, Ramírez y Rojo, 2011).

En cuanto al diseño metodológico que se definió en función de los objetivos propuestos en esta monografía, los cuales se encuadran en un estudio descriptivo que se propone “caracterizar y especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Registran, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes de los fenómenos a investigar” (Batthyány, Cabrera, Alesina, Bertoni, Mascheroni, Moreira, Picasso, Ramírez y Rojo, 2011, p.p 33-34). Por su parte, Cazau declara que las investigaciones descriptivas se ocupan de seleccionar una secuencia conceptos con la pretensión de describir su naturaleza y a su vez precisarlos (2006)

- **Estrategia metodológica**

La estrategia metodológica que se usó para la construcción de la monografía fue el estado del arte que fue definida por Gómez Vargas, Galeano Higueta y Jaramillo Muñoz (2015) como una estrategia que busca “recuperar para describir, comprender y recuperar para trascender reflexivamente.” (p.427). También se le puede conceptualizar como una investigación de investigaciones en la medida en que estudia que la producción académica que se ha hecho sobre un tema en específico (Guevara Patiño, 2016).

En ese orden de ideas, el estado del arte puede usarse para contextualizar la problemática que plantea el tema de investigación, los alcances y los límites de la investigación. Además de esto, posibilita la creación de parámetros bajo los cuales se ordena la información encontrada, lo cual simplifica el estudio del fenómeno de interés para el investigador (Montoya, 2015). Asimismo, es una estrategia metodológica que en la que recupera de forma reflexiva las producciones académicas en torno al tema investigado, dando lugar a las preguntas, las críticas y la construcción de la información recuperada (Gómez Vargas, Galeano Higueta y Jaramillo Muñoz, 2015).

- **Unidad de análisis**

- ❖ *Categorías de análisis*

- Definiciones y funciones de la supervisión clínica en psicoterapia:
Actividad teórico-práctica que se da en una relación entre profesionales de la psicología para la dirección de tratamientos psicoterapéuticos.

- Agentes y escenarios de la supervisión clínica en psicoterapia: Roles que tienen lugar en la supervisión clínica y los lugares en que se puede dar el ejercicio de esta.
- Modelos teóricos y las modalidades de supervisión clínica en psicoterapia: Modelos que explican la naturaleza de la supervisión clínica y formas de poner en práctica la supervisión clínica.
- Efectos de la supervisión clínica en psicoterapia en los agentes: Esto hace referencia a las consecuencias que tiene el ejercicio de la supervisión en clínica para los participantes.

- **Población**

En este proyecto se tomó como población las referencias bibliográficas y/o documentales bien sea en formato de libros, capítulos de libros, artículos de revista y tesis de grado.

- **Muestra poblacional**

- ❖ **Criterios de selección.**

- **Criterio de pertinencia:** Se incluyeron los textos que estén relacionados con las dos categorías de investigación; supervisión clínica y psicoterapia.
- **Criterio de temporalidad:** Se incluyeron textos que hayan sido publicados a partir del año 2005 hasta el 2020.
- **Criterio de accesibilidad:** Se incluyeron los textos a los que se pueda tener acceso.

❖ Procedimiento

- Se buscó textos en bases de datos como Dialnet, Redalyc, Apa PsycNET, Ebsco. También se usarán recuperadores de textos académicos-científicos como Google Académico.
- La búsqueda se realizó a partir de palabras claves como: supervisión, supervisión clínica, control de caso, psicología, psicoterapia y psicología clínica.
- Los textos que se tomaron en cuenta fueron escritos en español e inglés. En esa medida se tendrán en cuenta los textos que tengan su origen en cualquier país que tenga como idioma oficial alguno de los dos mencionados anteriormente o que en su defecto estén escritos en esos idiomas.

• Técnicas de recolección de datos y análisis de datos

En primer lugar, la técnica de recolección de datos usada fue la matriz bibliográfica en formato de Excel que condensa en su formato las categorías de búsqueda y a su vez, la información sobre el texto como el título, autor, año, descriptores, tipo de material, centro de documentación y ubicación. Por su parte, la técnica usada para el análisis categorial del contenido fue la matriz analítica de contenido que permitió clasificar la información de cada texto en las categorías de investigación (Gómez Vargas, Galeano Higueta y Jaramillo Muñoz, 2015).

- **Descripción de las fases metodológicas**

El estado del arte tal como lo propone Gómez Vargas, Galeano Higueta y Jaramillo Muñoz (2015) se lleva a cabo en tres fases ordenadas sucesivamente; planeación, diseño y gestión, análisis, elaboración y formalización. La primera obedece a la determinación del tema de investigación a partir de una revisión inicial de documentos, lo cual posibilita la elaboración de la pregunta, los propósitos y la categoría de la investigación.

En ese orden, en la segunda fase se fijaron los criterios de selección de los textos que se revisaron configurando así el universo, la muestra y las categorías de análisis. La lectura de dicho material permitirá clasificar la información extraída de los textos en las categorías. En la tercera fase tuvo lugar el análisis horizontal del contenido de cada una de las categorías con el propósito de identificar elementos en común entre los textos, repeticiones, contradicciones y oposiciones. Finalmente, con esa información se elaboró el informe de monografía a partir de la organización de este en capítulos determinados por las categorías (Gómez Vargas, Galeano Higueta y Jaramillo Muñoz, 2015).

5. Resultados

5.1. Definiciones y funciones de la supervisión clínica en psicoterapia

Definiciones

La revisión bibliográfica permitió identificar algunas tendencias en la forma en que ha sido definida la supervisión clínica. Se pueden clasificar cuatro grandes líneas de conceptualización; la supervisión clínica como práctica, proceso, relación o escenario. Podrá identificarse que cada una de las líneas de trabajo sobre este concepto hace énfasis en un elemento particular de toda la experiencia de supervisión.

En ese orden de ideas, la supervisión clínica como *práctica* se refiere a su relación con la teoría de las escuelas en psicología, pues se integran a ella los conocimientos posibilitando la interiorización de los elementos conceptuales de la psicoterapia. Desde esa mirada, la supervisión es una práctica en la que se evalúa el desempeño del psicoterapeuta supervisado centrándose en controlar la calidad de la intervención psicoterapéutica, aumentar la eficacia de esta, potenciar las competencias para el ejercicio clínico y apoyar emocionalmente al supervisado (Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016; Fernández Fernández, y Barrantes Sáenz, 2017; Knapp, VandeCreek, y Fingerhut, 2017; Loubat, 2005; Villafuerte-Montiel, 2016).

Puede decirse entonces que hay un consenso en lo que se entiende por supervisión clínica y los elementos que están implicados en esta práctica de los que dependen su integridad; entre ellos cabe mencionar el propósito formativo y sostenimiento de una relación de trabajo que está orientada por los objetivos, las expectativas tanto del supervisor como del supervisado y los compromisos fijados en ese contexto (Araya, Casassus, Guerra, Salvo, Zapata, y Krause, 2017; Arista, Rodríguez, García, López, Antillón, y Vega, 2016; Hernández Córdoba, 2007; Shafransky Falender, 2016; Nel y Fouche, 2017). Además, la supervisión clínica en psicoterapia

es un ejercicio orientado a asegurar que la práctica clínica del supervisado esté dirigida éticamente y que sea coherente con los requerimientos ordenados por los códigos deontológicos (O'Donovan, Halford y Walters, 2011; Galán Jiménez y De Ávila Ramírez, 2018; Loubat, 2005; Ros, 2018; Pakdaman, Shafranske y Falender, 2015; Villafuerte-Montiel, 2016). Dicho de otro modo, la supervisión clínica como práctica lo que hace es hilar con la misma puntada lo teórico con lo ético², por lo tanto, una práctica que integra lo teórico en su acto, ubicándose, así como una práctica ética.

Por otra parte, la supervisión clínica como *proceso* implica que esta se entienda como una construcción continua que trasciende la educación formal, en la cual se formaliza la acción psicoterapéutica que realiza el psicoterapeuta supervisado y que puede darse de manera periódica enfocándose en el paciente, el clínico y el proceso. Asimismo, la supervisión clínica le apuesta a la comunicación y transmisión del ejercicio psicoterapéutico, al desarrollo de aptitudes y competencia para la intervención clínica, al establecimiento de la identidad del terapeuta, al bienestar de los pacientes de los supervisados y a la vigilancia de la práctica psicoterapéutica (Arista, Rodríguez, García, López, Antillón y Vega, 2016; Galán Jiménez y De Ávila Ramírez, 2018; Meydan y Koçyiğit, 2019).

Esta manera de concebir la supervisión clínica está anudada a una lógica desarrollista en la que se hace énfasis en el incremento y/o transformación de la aptitud de los psicoterapeutas que supervisan su práctica clínica. Al igual que compromete a la supervisión clínica a considerar los antecedentes históricos y contextuales de la experiencia del supervisor y supervisado en el trabajo que se propone para el desenvolvimiento de la habilidad tanto personal como terapéutica de los

² Lo ético aquí refiere a una práctica ordenada por los estatutos deontológicos de la psicología y por los elementos conceptuales de cada orientación/escuela de la psicología.

mismos (Blanca, Muñoz-Martínez, Novoa-Gómez, Bazzani-Orrego, Brandwayn-Briceño, Lasso-Báez, Pachón-Basallo, y Restrepo-Vélez, 2019; Callender y Lenz, 2018).

Cabe anotar que la lógica del proceso de supervisión clínica no es lineal y que considera múltiples dimensiones en su reflexión continua de la práctica psicoterapéutica. Pensar la supervisión como proceso y no como un resultado implica que las tareas inherentes al relacionamiento del supervisor y supervisado se estructuren y se vayan complejizando a lo largo del tiempo (Gazzola, De Stefano, Thériault, y Audet, 2014; Blanca, Muñoz-Martínez, Novoa-Gómez, Bazzani-Orrego, Brandwayn-Briceño, Lasso-Báez, Pachón-Basallo, y Restrepo-Vélez, 2019). Sin embargo, autores como Araya, Casassus, Guerra, Salvo, Zapata, y Krause (2017) ordenan algunos momentos de la supervisión, ellos son:

- 1) Hacer una exploración general del caso y del motivo de consulta, 2) analizar el proceso de diagnóstico y las hipótesis que lo sustentan, 3) analizar el proyecto terapéutico (centrado en la persona, avalado en sólida teoría y en la prueba empírica de la efectividad de las intervenciones), y finalmente 4) analizar elementos asociados al proceso terapéutico (p. ej. alianza terapéutica, contratransferencia y resistencia al cambio) (p. 49).

Paralelamente, Shafranske, y Falender (2015) puntúan algunas características del proceso de supervisión clínica en términos de “ciclos de actuación” organizados de la siguiente manera:

observación (el supervisado y el supervisor, individual y conjuntamente en la supervisión, observan la interacción clínica y revisan los materiales clínicos),
reflexión (el supervisado y el supervisor, individual y conjuntamente en la supervisión, reflexionan sobre sus observaciones y construyen una comprensión de

la experiencia clínica en relación con el proceso terapéutico y el plan de tratamiento), **la retroalimentación y la evaluación** (el supervisor proporciona retroalimentación, incluidos comentarios evaluativos y sumativos), y la **planificación** (el supervisor y la persona encargada de la supervisión evalúan la eficacia de las intervenciones e identifican las intervenciones que se utilizarán en las sesiones clínicas posteriores). En teoría, el aprendizaje se produce en cada iteración del ciclo y gradualmente se desarrolla la competencia profesional. (p. 184 Traducción de la autora).

Otras conceptualizaciones de la supervisión clínica centran su interés en la **relación** que se da entre el supervisor- supervisado y supervisado-paciente. En ese orden de ideas, la supervisión es una clase de relación de trabajo en la que es necesario que el supervisor tenga un saber específico sobre teorías y técnicas para la enseñanza y el entrenamiento en psicoterapia; es decir, es una relación en la que tiene lugar una jerarquía de roles determinados por el nivel de experiencia. Asimismo, es una relación que se configura a partir de métodos propios, entre esos el detallado examen del vínculo entre el supervisado y su paciente (Fernández Fernández, y Barrantes Sáenz, 2017; Knapp, VandeCreek, y Fingerhut, 2017; Zas, 2015; Meydan, y Koçyiğit, 2019; Ros, 2018).

A diferencia de la supervisión abordada como práctica, la supervisión clínica pensada como **escenario** remite a una conceptualización topológica y a un abordaje ambiental en el que se enmarcan las actividades que guardan relación con otros escenarios como el de la psicoterapia y el cual se concibe como el lugar idóneo para reflexionar sobre un ejercicio ético de la misma. De esta manera, posibilita un contexto en el cual se desarrollan las competencias para la intervención clínica por medio de la retroalimentación y la orientación que potencie la creatividad y la confianza que redundan en un incremento en la calidad de la psicoterapia ofrecida. También, es un espacio en

que se posibilita la elaboración de hipótesis desde diferentes perspectivas teóricas y metodológicas de forma que es el lugar idóneo para perfilar las problemáticas asociadas a los casos presentados en supervisión (Arista, Rodríguez, García, López, Antillón y Vega, 2016; Galán Jiménez y De Ávila Ramírez, 2018; Loubat, 2005; Shafranske y Falender, 2015).

En esta lógica, la supervisión clínica es un escenario que se alimenta de otros espacios como lo son las sesiones realizadas entre el psicoterapeuta y su paciente asociadas a la experiencia que se registra de esos momentos y el trabajo de reflexión en conjunto que se hace durante la supervisión. Esto también implica que la supervisión sea entendida como el lugar en el que se enseña un determinado enfoque psicoterapéutico y a pensar la experiencia clínica en consonancia con los conceptos que hacen parte de ese abordaje. Dicho de otro modo, pensar la supervisión clínica como escenario remite a la experiencia como un modo de tramitar en un contexto que se ordena en función de las demandas del supervisado y que potencia las intervenciones psicoterapéuticas (Arista, Rodríguez, García, López, Antillón, y Vega, 2016; Céspedes y Puentes, 2014; Hernández Córdoba, 2007).

En palabras de Galán Jiménez y De Ávila Ramírez (2018)

La supervisión, involucrada en la formación y transmisión de una práctica psicoterapéutica, se define como un espacio para: a) rever, dar cuenta y profundizar el trabajo de intervención, b) transmitir las bases filosóficas, éticas y técnicas de la praxis, c) apuntar en dirección a realizar intervenciones oportunas según las características del proceso y, d) advertir los posibles efectos en quienes ejercen como psicoterapeutas (p. 28).

Hasta aquí se han presentado diferentes maneras de entender la supervisión clínica a partir de un rasgo particular de ella. Ahora, en la literatura revisada se encontró otra manera de conceptualizarla en la que se discuten sus diferencias y similitudes en relación con la psicoterapia, tema en el que no hay un claro consenso sobre si la supervisión es equivalente a la psicoterapia o son asuntos diferentes. Entonces, se pueden registrar diversas posiciones alrededor de esto.

Por un lado, está el planteamiento en el que la supervisión clínica guarda similitudes con la psicoterapia en tanto que su trabajo está soportado en elementos interpersonales, lo que autoriza a pensarla como una experiencia formativa y a su vez emocional. Sumado a eso, la supervisión clínica y la psicoterapia tienen efectos como el aumento de la autoconciencia, la tramitación de emociones y la aceptación que contribuyen a la equivalencia entre ellas. En ese sentido, se complejiza determinar el límite entre el carácter personal de la información que se comparte en la supervisión y lo que está relacionado con el direccionamiento del proceso psicoterapéutico (Galán Jiménez y De Ávila Ramírez, 2018). Ejemplo de ello lo encontramos en Hernández Córdoba (2007) para quien: “la psicoterapia y la supervisión son dos modos deliberados de generar cambio a través de conversaciones que proceden con modalidades y mecanismos característicos que son modelizables y deconstruibles” (p.229).

En contraste, O’Donovan, Halford y Walters (2011) sitúan la diferencia entre la supervisión clínica y la psicoterapia incorporando un componente evaluativo en la primera:

La supervisión es la provisión formal, por parte de supervisores aprobados, de una educación y formación basada en las relaciones que se centra en el trabajo y que gestiona, apoya, desarrolla y evalúa el trabajo de los colegas. Por lo tanto, se diferencia de las actividades conexas, como la tutoría y la terapia, al incorporar un componente de evaluación y ser obligatoria. Los principales métodos que utilizan

los supervisores son la retroinformación correctiva sobre el desempeño de los supervisores, la enseñanza y el establecimiento de objetivos de colaboración (p.102.

Traducción de la autora)

En contexto colombiano, se sabe que la supervisión clínica no es un requerimiento para la autorización de profesionales en psicología a hacer psicoterapia, por lo tanto, podría situarse la diferencia entre la psicoterapia y la supervisión clínica exclusivamente en la dimensión evaluativa de la última.

Funciones

En cuanto a las funciones de la supervisión en clínica, tradicionalmente se han distinguido en tres categorías y que aun en la literatura contemporánea se siguen usando. Estas funciones son: formativa, normativa y restaurativa (Brown, 2019).

La ***función formativa*** de la supervisión clínica en psicoterapia remite al fomento de las habilidades, el aprendizaje y a la construcción de la identidad del psicoterapeuta. Es entonces una función que se ocupa de enseñar los saberes y enriquecer las aptitudes de los psicoterapeutas que asisten a supervisión. Dicho de otro modo, es una modalidad de aprendizaje de los elementos fundamentales de la psicoterapia que facilitan una intervención eficaz y competente (Arista, Rodríguez, García, López, Antillón y Vega, 2016, Bastidas-Bilbao, y Velásquez, 2016; Fernández Fernández, y Barrantes Sáenz, 2017; Hernández Córdoba, 2007; Knapp, VandeCreek, y Fingerhut, 2017; Loubat, 2005; Nel, y Fouche, 2017; Ros, 2018; O'Donovan, Halford y Walters, 2011, Villafuerte-Montiel, 2016)

Además, podría decirse que la función formativa de la supervisión clínica tiene dos características que permiten reconocer la puesta en juego de ella; la primera es el sostenerse a partir

de las actividades de observación, evaluación y retroalimentación, y la segunda es la apropiación de saberes a través de la enseñanza, el modelamiento y la resolución de problemas (Araya, Casassus, Guerra, Salvo, Zapata y Krause, 2017; Bastidas-Bilbao, y Velásquez, 2016; Falender y Shafranske, 2008; Fernández Fernández, y Barrantes Sáenz, 2017; Galán Jiménez y De Ávila Ramírez, 2018; Knapp, VandeCreek, y Fingerhut, 2017; Loubat, 2005; Roz, 2018; O'Donovan, Halford y Walters, 2011; Neumann, 2019; Savege Scharff, 2014; Vethencourt D'Escrivan, 2018; Villafuerte-Montiel, 2016; Zas, 2015).

Con relación a la *función normativa* de la supervisión clínica se puede decir que es aquella dimensión en la que se determina la ejecución del caso, se hace seguimiento de éste en aras de identificar si la práctica psicoterapéutica está orientada con los principios éticos que son indicados, tanto por la escuela psicológica que orienta la psicoterapia como por los estatutos recopilados en los códigos deontológicos que prescriben los límites de la acción ética en psicología. En ese orden de ideas, la supervisión clínica es el dispositivo idóneo para la reflexión de las cuestiones éticas en tanto que sirve como un ejercicio que previene los errores en el comportamiento ético de un profesional en psicología y de ese modo evitar que se degrade la intervención psicoterapéutica realizada (Callender y Lenz, 2018; Crowe, Oades, Deane, Ciarrochi, Williams, 2011; Galán Jiménez y De Ávila Ramírez, 2018; Hall, Kasujja, y Oakes, 2015; Neumann, 2019; O'Donovan, Halford y Walters, 2011; Pakdaman, Shafranske y Falender, 2015).

Ahora bien, la función normativa de la supervisión en psicoterapia se puede situar en el momento en que se articula la evaluación del psicoterapeuta en las condiciones mencionadas anteriormente; es decir, una práctica psicoterapéutica que se enmarque en los criterios ordenados por los códigos deontológicos y en las perspectivas ofrecidas por la escuela psicológica que orienta la psicoterapia. A partir de eso, en la supervisión clínica se intenta determinar el grado de aptitud

del psicoterapeuta, su idoneidad en aras de que pueda ofrecer una intervención segura, efectiva y ética (Callender y Lenz, 2018; Crowe, Oades, Deane, Ciarrochi, Williams, 2011; Galán Jiménez y De Ávila Ramírez, 2018; Hall, Kasujja, y Oakes, 2015; Neumann, 2019; O'Donovan, Halford y Walters, 2011; Pakdaman, Shafranske y Falender, 2015)

Por otra parte, está la *función restaurativa* de la supervisión clínica que se refiere al soporte emocional que se le brinda al supervisado para procesar la experiencia psicoterapéutica con su paciente. Además, se ocupa de promover el autocuidado del psicoterapeuta, tarea articulada al desarrollo del estilo psicoterapéutico y la identidad de éste, lo cual tiene como efecto colateral mejorar la resiliencia del profesional y prevenir algunas enfermedades, entre ellas el Burnout (Araya, Casassus, Guerra, Salvo, Zapata y Krause, 2017; Callender y Lenz, 2018; Ceruti, y Ibaceta, 2014; Céspedes y Puentes, 2014; Crowe, Oades, Deane, Ciarrochi, Williams, 2011 Hall, Kasujja, y Oakes, 2015; Gazzola, De Stefano, Thériault y Audet, 2014; Mitchell, 2019; Nel, y Fouche, 2017).

La supervisión clínica en su función restaurativa se ocupa de crear un escenario en el que el psicoterapeuta supervisado se sienta respetado, valorado y seguro para reflexionar sobre su ejercicio. De esta manera, la interacción que se da entre supervisor y supervisado se constituye en una estrategia que le apuesta al bienestar del supervisado promoviendo actitudes autorreflexivas y de autocuidado (Araya, Casassus, Guerra, Salvo, Zapata y Krause, 2017; Callender y Lenz, 2018; Ceruti, y Ibaceta, 2014; Céspedes y Puentes, 2014; Crowe, Oades, Deane, Ciarrochi, Williams, 2011; Hall, Kasujja, y Oakes, 2015; Gazzola, De Stefano, Thériault y Audet, 2014; Mitchell, 2019; Nel, y Fouche, 2017).

Cabe anotar que se puede registrar un énfasis de la función restaurativa en la producción académica latinoamericana sobre la supervisión académica (Araya, Casassus, Guerra, Salvo,

Zapata y Krause, 2017; Arista, Rodríguez, García, López, Antillón y Vega, 2016; Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016; Galán Jiménez y De Ávila Ramírez, 2018; Hernández Córdoba, 2007; Ros, 2018; Zas, 2015; Vethencourt D'Escrivan, 2018; Villafuerte-Montiel, 2016).

5.2.Objetivo de la supervisión clínica en psicoterapia: Categoría emergente

El objetivo fundamental de la supervisión clínica en psicoterapia está en estrecha relación con las funciones anteriormente mencionadas, en tanto que le apuesta a la creación de un espacio en el que se posibilite la realización de las funciones mencionadas anteriormente y a su vez, la comprensión de la dialéctica que tiene lugar en la relación paciente-psicoterapeuta. En ese sentido, la supervisión clínica debe ofrecer las condiciones necesarias para que el psicoterapeuta supervisado enlace su experiencia con la teoría y su estilo, esto con el fin de que la dirección del tratamiento del paciente sea competente (Abramovitch y Wiener, 2017; Arista, Rodríguez, García, López, Antillón y Vega, 2016; Calvert, Crowe y Grenyer, 2017; Céspedes y Puentes, 2014; Neumann, 2019; Szecsödy, 2014).

La configuración de este dispositivo depende de la respuesta que se dé a la demanda del aprendiz, lo que implica determinar qué es lo que este quiere modificar en su ejercicio clínico. Asimismo, es importante capturar la pregunta que tiene sobre el caso clínico que presenta, de manera que se posibilite una visión alterna que permita el intercambio de perspectiva sobre el caso.

Para Arista, Rodríguez, García, López, Antillón y Vega (2016) el objetivo de la supervisión clínica es:

crear un contexto que permita el desarrollo de significados nuevos que promuevan el aprendizaje y el cambio; aspectos referidos tanto a la situación del

caso que se está revisando, como al proceso de formación de los supervisados y al desarrollo de su modelo de trabajo (p.121)

Paralelamente, para Fernández Fernández y Barrantes Sáenz (2017) el objetivo es “establecer un acercamiento clínico que brinde al estudiantado la posibilidad de (re)elaborar el decir de su propio decir” (p. 16). Esto lo reafirma Calvert, Crowe y Grenyer (2017) al argumentar que el propósito de la supervisión clínica no es realizar una intervención aséptica, en cambio, se le apuesta al reconocimiento de la complejidad, de lo subjetivo y de las diferentes dimensiones y elementos que se ponen en juego en la dirección de un tratamiento psicoterapéutico.

5.3. Agentes y escenarios de la supervisión clínica en psicoterapia

Agentes

En esta categoría se abordan los agentes del dispositivo de supervisión clínica quienes participan constantemente en la dinámica de esta práctica: el supervisor y el psicoterapeuta supervisado (roles), la relación que se configura entre ellos y las tareas inherentes a la supervisión que los convocan en dicha situación.

Ahora, ***los roles*** que se pueden localizar en la supervisión clínica son dos: el supervisor y el supervisado. En ese orden de ideas, la literatura revisada al momento hacer referencia al ***rol del supervisor*** tiende a ocuparse primordialmente de nombrar las características personales de un buen supervisor y a su vez de prescribir algunas tareas específicas de su rol. Cabe mencionar que la literatura tiende a atribuir una responsabilidad exclusiva al supervisor de lo anterior, como muestra de ello, Shafranske y Falender (2016) argumentan en el manual de psicología clínica de la APA lo siguiente:

Los buenos supervisores crean una atmósfera en la que los supervisados participan en una auto-exploración significativa y honesta (...) Las características personales del supervisor, como la calidez, la empatía, el respeto, la confianza, la autenticidad, la flexibilidad y la competencia, también parecen estar asociadas al desarrollo de una alianza. La habilidad interpersonal de los supervisores se asocia positivamente con la alianza de supervisión calificada por el supervisor (Bambling & King, 2014), que puede ser particularmente importante en la etapa de formación de la alianza. (p. 180. Traducción de la autora)

Asimismo, lo expone Hess (2011) en otro capítulo del mismo manual:

el buen supervisor (Carifio & Hess, 1987) es competente en el área sustantiva (problema clínico), está abierto a experimentar y explorar lo que el supervisado está experimentando, establece objetivos apropiados y proporciona una retroalimentación adecuada en consonancia con el nivel de preparación del supervisado, y es solidario y no crítico a la vez que concreto en sus sugerencias (...) Se les consideraba dignos de confianza, expertos, poseedores de experiencia clínica, que se enfrentaban a una sensación de seguridad para el estudiante, y preocupados por el crecimiento del supervisado (p. 715. Traducción de la autora)

Cabe anotar que las citas anteriores son de autores representativos en el tema de la supervisión clínica, por lo que existe un consenso no solo en la literatura sobre estas indicaciones de lo que es un buen supervisor sino a su vez, hay una aceptación institucional por parte de las entidades que ordenan los principios éticos del ejercicio del profesional en psicología. De este

modo, el supervisor se hace cargo de que las funciones de la supervisión clínica presentadas anteriormente se realicen, y para ello debe tener las capacidades de abordar una experiencia de este tipo en sus múltiples dimensiones; es decir, el supervisor se ocupa de que la supervisión pueda contribuir a la formación de psicólogos en psicoterapia, sirve como mecanismo de control en términos de una práctica clínica enmarcada en lo prescrito por los códigos deontológicos y posibilita un espacio para elaborar la experiencia psicoterapéutica.

Otra característica propia del rol de un supervisor competente es que realiza una evaluación detallada del psicoterapeuta supervisado, en otras palabras, tiene una mirada multifocal que le permite una comprensión más amplia de la situación que se da entre el paciente y el terapeuta supervisado. De esta manera puede asegurar que pueda proporcionar un lugar para el desarrollo de competencias para la intervención psicoterapéutica, además, puede estar al tanto de que ese profesional realice un ejercicio ético y de calidad (Araya, Casassus, Guerra, Salvo, Zapata y Krause, 2017; Arista, Rodríguez, García, López, Antillón y Vega, 2016; Brown, 2019; Galán Jiménez y De Ávila Ramírez, 2018; McNeill y Stoltenberg, 2016; Savege Scharff, 2014).

Por otra parte, se tiene al psicoterapeuta supervisado como un agente que activa el dispositivo de supervisión clínica a partir de la introducción de una necesidad, entre las cuales está la necesidad de escucha activa y el reconocimiento por parte del supervisor, de articulación de la teoría con el caso, poner en práctica estrategias aprendidas y presentar vías de trabajo para las próximas sesiones con los pacientes. Otras necesidades de un supervisado podrían ser la definición de la escuela psicológica que orientará su práctica psicoterapéutica, potenciar su desarrollo profesional y/o personal, recibir orientación en el manejo de los casos e incrementar la capacidad para reflexionar sobre sí mismo (Meydan y Koçyiğit, 2019).

También se puede describir el rol del supervisado desde tres condiciones coexistentes en la supervisión clínica: aprendiz, psicoterapeuta y sujeto. En la primera condición se denota una asimetría en la relación con el supervisor en tanto que este ocupa el lugar docente. En la segunda el énfasis está puesto en el desarrollo de técnicas y destrezas del supervisado; y en la tercera, se sitúa la forma en que las particularidades del supervisado introducen la necesidad de modular algo en la relación del supervisor con él (Araya, Casassus, Guerra, Salvo, Zapata y Krause, 2017).

Cabe mencionar que en la literatura revisada hay desacuerdo sobre el rol del supervisor; específicamente como aquél quien determina la aptitud del psicoterapeuta para realizar a cabo su labor. Además, hay oposición a que se le atribuya la responsabilidad legal del comportamiento que tiene el psicoterapeuta que supervisa en su ejercicio clínico y así mismo, es responsable del bienestar del paciente de este (Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016; Hernández Córdoba, 2007; Knapp, VandeCreek, y Fingerhut, 2017; McNeill y Stoltenberg, 2016; O'Donovan, Halford y Walters, 2011).

Además, en la lectura categorial se pudo capturar que esta oposición está asociada a que es en los países de habla anglosajona donde el rol del supervisor es determinar quién puede ejercer y quien no y, además, este debe hacerse responsable legalmente por las acciones clínicas de su supervisado. Pero, quienes reprochan esta tarea del supervisor suelen ser autores latinoamericanos, que en términos generales no ha habido en este contexto un desarrollo tan estructurado, ni una inclusión de la supervisión clínica en los requerimientos dentro de la ley para ejercer como psicoterapeuta.

Por el contrario, se argumenta que la labor que se le atribuye al supervisor de determinar quién es apto o no tiene consecuencias en el desempeño del supervisado en tanto que reduce la posibilidad de que este se sienta libre de elegir lo que hace en su ejercicio. Este señalamiento se

hace invitando a dejar de lado la función de vigilancia que tradicionalmente se le ha encomendado al supervisor y, en cambio, se acentúa la labor de guía, soporte y mentor que puede realizar el supervisor clínico reconociendo que lo que aporta es su experiencia clínica. Sin embargo, el supervisor debe estar evaluando el avance de los aprendices e identificar donde están los puntos ciegos del psicoterapeuta supervisado con relación al caso que presenta. Además, muchos de los supervisores trabajan en representación de una institución educativa en donde inevitablemente deben emitir un juicio con relación al desempeño y competencia del supervisado. Esta es una dualidad que puede presentar conflictos para el supervisor en el ejercicio de la supervisión (Ballesteros de Valderrama, Muñoz-Martínez, Novoa-Gómez, Bazzani-Orrego, Brandwayn-Briceño, Lasso-Báez, Pachón-Basallo y Restrepo-Vélez, 2019; Mitchell, 2019; Savege Scharff, 2014).

Como se ha venido presentado, hay ciertos asuntos que se ponen en juego *en la relación entre el supervisor y el supervisado*, especialmente cuando tradicionalmente se la ha concebido como una relación de poder en la que el supervisor, por su saber y su experiencia práctica, se presenta como aquel que determina lo que puede hacer el psicoterapeuta a quien supervisa (Daskal, 2008). Así lo ilustra Barbara Zaz Ros (2015)

La importancia de la supervisión se revela también a nivel estructural, de la organización de la profesión. En algunos sistemas institucionales de la psicología, la supervisión es de suyo una “función normativa requerida” para la filiación institucional y el ejercicio profesional. La reiterada recurrencia a relaciones hegemónicas en muchas actuaciones nominalizadas como de supervisión tienen como lugar muy común, la existencia de una “estructura de supeditación”. Usualmente es una estructura relacional de poder amparada en la noción de saber.

Se instala así una relación poder-autoridad. Sobre esta estructura relacional se hace descansar el ejercicio funcional de la supervisión, el vínculo supervisor – supervisado (p-p. 42-43).

Si bien pensar la relación entre los agentes del dispositivo de supervisión clínica exclusivamente en esta dimensión ha sido dejado de lado para pensar otros fenómenos particulares de esta, no puede desconocerse que aún en países donde la supervisión clínica se ha formalizado hasta tal punto que se ha articulado con la política pública, el supervisor sigue teniendo la posibilidad de determinar quién es apto o no para el ejercicio psicoterapéutico, prueba de ello es el código deontológico para psicólogos de Estados Unidos y Australia. Por ejemplo, en el manual de Principios éticos de los psicólogos y código de conducta de la APA (2017) en el numeral 7.06 de evaluación del rendimiento de los estudiantes y los supervisados plantea que:

a) En las relaciones académicas y de supervisión, los psicólogos establecen un proceso oportuno y específico para proporcionar información a los estudiantes y a los supervisados. La información relativa al proceso se proporciona al estudiante al comienzo de la supervisión. b) Los psicólogos evalúan a los estudiantes y a los supervisores sobre la base de su desempeño real en los requisitos pertinentes y establecidos del programa.

O, en el caso de Australia y la Sociedad de Psicología, los supervisores son responsables de garantizar que el ejercicio psicoterapéutico de sus supervisados realmente beneficia a sus pacientes y respeta las normas que se han indicado para la profesión. En caso de no ser así, hay un conducto que el supervisor debe seguir para reportar sus preocupaciones a la junta de la Sociedad Australiana de Psicología. Además, esta institución es radicalmente clara con que el deber del

supervisor es emitir un juicio sobre la idoneidad y aptitud del profesional y asegurar que tiene los fundamentos básicos para ejercer. En estos contextos, los supervisores son entes reguladores de la práctica clínica y ética (O'Donovan, Halford y Walters, 2011).

Por otra parte, en la relación entre el supervisor y el supervisado pueden darse fenómenos asociados al conflicto, esto responde al hecho de ser relaciones entre seres humanos. Entre las modalidades que se pueden presentar del conflicto se encuentra una actitud defensiva o resistente, dificultades relacionadas con diferencias en los tipos de personalidad, raza, sexo, cultura, deterioro o deficiencia de habilidades de alguno de los participantes de la supervisión clínica. También, el conflicto puede originarse a partir del temor de los supervisados a ser evaluados, especialmente si es posible que sean percibidos como un profesional inepto o incompetente. En ese sentido, no hay que obviar que hay elementos disonantes que generan rupturas en la relación supervisor-supervisado, algunos de ellos son la vergüenza, la duda, la dependencia y la apatía de los supervisados que suelen acompañar a las inseguridades y que en ocasiones son causadas por el entrenamiento de los graduados y la supervisión mal dirigida. Por lo tanto, se puede decir que la relación de supervisión clínica realiza una tarea fundamental en la exploración de cómo los agentes responden ante el ejercicio de su profesión y/o en su vida personal (Abramovitch, y Wiener, 2017; Crowe, Oades, Deane, Ciarrochi, Williams, 2011; McNeill y Stoltenberg, 2016; Knapp, VandeCreek, y Fingerhut, 2017; Pakdaman, Shafranske y Falender, 2015).

Ahora bien, el énfasis en la relación de supervisión está en su fundamento que la define como una clase de vínculo profesional entre dos o más personas, donde uno de ellos presenta el trabajo psicoterapéutico que viene realizando con un paciente en aras de construir algunas comprensiones sobre el caso. De esta manera, la relación de supervisión está orientada por unos requerimientos que la regulan, entre ellos está que debe favorecer la formación específica y técnica

en psicoterapia, debe apostarle a mejorar la calidad en las intervenciones realizadas por el supervisado y debe tener el propósito de contener y ayudar a procesar la experiencia que éste tiene del ejercicio psicoterapéutico que lleva a cabo con sus pacientes (Arista, Rodríguez, García, López, Antillón, y Vega, 2016; Calvert, Crowe, y Grenyer, 2017; Galán Jiménez y De Ávila Ramírez, 2018; Knapp, VandeCreek, y Fingerhut, 2017; Ros, 2018; Zas, 2015).

Existen otros principios que regulan la relación supervisado-supervisor dictados en términos de lo que debe ser la relación en aras de optimizar el logro de objetivos de la supervisión. En ese orden de ideas, una relación supervisor-supervisado efectiva será aquella en que se experimente como respetuosa, empática, en la que no se juzgue y por el contrario se valide y se motive para continuar explorando y experimentando. En última instancia se mantiene una relación en la que se autoriza un acto reflexivo, deliberado y proactivo de la práctica psicoterapéutica que sea sensible a las circunstancias culturales y contextuales (Eaves Simpson, Robinson y Brown, 2018; Loubat, 2015; McNeill y Stoltenberg, 2016; Knapp, VandeCreek, y Fingerhut, 2017; Shafranske y Falender; 2016).

Paralelamente, esta relación es regulada por principios éticos que se articulan con las reflexiones filosóficas propias de la profesión. De esta manera los presenta Knapp, VandeCreek, y Fingerhut (2017)

En su relación con sus supervisados, los psicólogos se guían por los principios de beneficencia (es decir, promover el bienestar y la competencia del supervisado), no maleficencia (es decir, evitar relaciones múltiples perjudiciales con los supervisados), fidelidad (es decir, ser explícito sobre la naturaleza y las normas de la supervisión con antelación y proporcionar información precisa y oportuna) y beneficencia general (es decir, cumplir las obligaciones con la sociedad

en general). La beneficencia general es especialmente pertinente cuando los psicólogos supervisan a personas que se preparan para ejercer la psicología en forma independiente. (p.260. Traducción de la autora).

También esta relación es regulada desde las instituciones que orientan el ejercicio de la profesión y que han incluido en sus estatutos algunos apartados que explícitamente indican qué no es permitido en esta relación. Ejemplo de ello es el apartado 7.07 del código deontológico que emite la American Psychological Association - APA (2017) en el que dice: “los psicólogos no se involucran en relaciones sexuales con estudiantes o supervisados que estén en su departamento, agencia o centro de entrenamiento o sobre los cuales los psicólogos tengan o puedan tener autoridad de evaluación” (p.10. Traducción de la autora). Asimismo, se evidencia en el apartado 7.04 del mismo manual sobre la revelación de información personal por parte de los estudiantes, el cual establece límites en el acceso de los supervisores a dicha información, diciendo lo siguiente:

Los psicólogos no requieren que los estudiantes o los supervisados revelen información personal en actividades relacionadas con el curso o el programa, ya sea verbalmente o por escrito, con respecto a la historia sexual, la historia de abuso y negligencia, el tratamiento psicológico y las relaciones con los padres, los compañeros y los cónyuges u otras personas importantes, excepto si (1) el programa o el centro de capacitación ha identificado claramente este requisito en sus materiales de admisión y del programa o (2) la información es necesaria para evaluar u obtener asistencia para los estudiantes cuyos problemas personales podrían ser considerados razonablemente como que les impiden realizar sus actividades de capacitación o relacionadas con la profesión de manera competente

o posando una amenaza para los estudiantes u otros (2017, p.10. Traducción de la autora).

Por último, es importante mencionar el *proceso paralelo* como un fenómeno propio del dispositivo de supervisión clínica que se pone en escena en la relación supervisor-supervisado, es entonces una mutación del concepto de transferencia originario en el psicoanálisis y la psicoterapia dinámica. Esta noción remite al hecho en que el supervisado recrea algo de la transferencia con su paciente en la relación con el supervisor, también nombrado como “necesidades relacionales no resueltas” o como una identificación que hace el supervisado con asuntos no analizados del paciente (Abramovitch, y Wiener, 2017; Crowe, Oades, Deane, Ciarrochi, Williams, 2011; Savege Scharff, 2014).

De cierta manera, este fenómeno permite que en la relación supervisor-supervisado se elaboren esos asuntos y asimismo tengan efecto en el manejo del caso. Este es un fenómeno inconsciente que se comprende como una estrategia del supervisado para dominar la ansiedad en la supervisión y que a su vez está relacionada con los casos que más le generan inquietud (O’Donovan, Halford y Walters, 2011). En ese orden de ideas, es un fenómeno que puede potenciar la intervención psicoterapéutica o puede generar obstáculos tanto en la relación con el supervisor como en la dirección del tratamiento del paciente; estas posibilidades pueden estimular la agudeza y la flexibilidad que den lugar a que se corrija este tipo de fenómenos (Calvert, Crowe, y Grenyer, 2017; Crowe, Oades, Deane, Ciarrochi, Williams, 2011; Nel y Fouche, 2017; Mitchell, 2019; Rundquist, 2014; Savege Scharff, 2014).

Ahora sobre **las tareas de los agentes en el dispositivo de supervisión clínica**, cabe mencionar que hay una abundante información sobre las exigencias que deben cumplir los

supervisores, esto en comparación con lo que se encontró en la literatura sobre las tareas que el supervisado debe realizar que evidentemente son menos.

Las tareas del supervisor se pueden listar de la siguiente manera: reconocer las motivaciones propias le hacen desear ejercer dicho rol; establecer relaciones de trabajo que le permita aprender en compañía; manejar las situaciones que generan ansiedad y permitir la exposición de dificultades e impases en el ejercicio clínico; contener emocionalmente al supervisado; promover la reflexión constante tanto de la situación terapéutica que trae el supervisado como de la dinámica que se establece en la supervisión; desarrollar una mirada multifocal que tenga en cuenta las diferentes dimensiones que se ponen en juego en este dispositivo; gestionar los sentimientos asociados a la falta de experiencia, aptitud o saber del supervisado; reconocer la operación del proceso paralelo y las consecuencias de este fenómeno; incrementar la articulación que se hace entre la teoría y la práctica psicoterapéutica; abordar las ambigüedades y conflictos tanto de la relación del psicoterapeuta como de la supervisión; crear condiciones idóneas para la enseñanza, responder a las necesidades tanto del paciente del supervisado; evitar transformar la relación de supervisión en otro tipo de relación, bien sea terapéutica y/o sexual (Abramovitch, y Wiener, 2017; Araya, Casassus, Guerra, Salvo, Zapata, y Krause, 2017; Ballesteros de Valderrama, Muñoz-Martínez, Novoa-Gómez, Bazzani-Orrego, Brandwayn-Briceño, Lasso-Báez, Pachón-Basallo y Restrepo-Vélez, 2019; Calvert, Crowe, y Grenyer, 2017; Callender y Lenz, 2018; Céspedes y Puentes, 2014; Crowe, Oades, Deane, Ciarrochi, Williams, 2011; Daskal, 2008; Knapp, VandeCreek, y Fingerhut, 2017; Nel y Fouche, 2017; Neumann, 2019; Mitchell, 2019; Pakdaman, Shafranske y Falender, 2015; Rundquist, 2014; Savege Scharff, 2014; Szecsödy, 2014; O'Donovan, Halford y Walters, 2011).

En cuanto a las tareas del supervisado puede decirse que estos deben construir una formulación e interpretación del caso; establecer objetivos claros para la dirección del tratamiento; determinar la situación problemática abordándola desde puntos de vista diversos; reconocer las particularidades de la relación que crea con el/la paciente, evaluar las intervenciones que realiza; sistematizar las sesiones con los pacientes de manera que esto le posibilite reflexionar lo allí ocurrido; estar al tanto de cómo se modifica su eficacia en momentos de estrés y ansiedad (Arista, Rodríguez, García, López, Antillón, y Vega, 2016; Ballesteros de Valderrama, Muñoz-Martínez, Novoa-Gómez, Bazzani-Orrego, Brandwayn-Briceño, Lasso-Báez, Pachón-Basallo y Restrepo-Vélez, 2019; Vethencourt D'Escrivan, 2018).

Escenarios

Uno de los escenarios predilectos para la supervisión clínica ha sido la academia debido a la concepción de ella como una estrategia para impulsar y consolidar el desempeño del psicoterapeuta. En ese sentido, el compromiso de generar espacios que posibiliten la formación de psicoterapeutas ha sido asumido por las universidades y los gremios reguladores de la profesión, algunas de las instituciones han hecho recurso de la supervisión para lograr dicho objetivo. Ejemplo de ello tenemos en Cuba, la implementación de sesiones de supervisión en la asignatura de Orientación Psicológica en la Universidad de La Habana (Zas, 2015).

En términos generales puede decirse que la supervisión constituye una actividad habitual en algunos programas de pregrado en psicología. Asimismo, esta práctica se da en programas de posgrado que tienen acento en la profesionalización de la psicoterapia, esto con el fin de que los estudiantes desarrollen sus actividades bajo la supervisión de un profesor o de un clínico con experiencia (Araya, Casassus, Guerra, Salvo, Zapata, y Krause, 2017; Ballesteros de Valderrama,

Muñoz-Martínez, Novoa-Gómez, Bazzani-Orrego, Brandwayn-Briceño, Lasso-Báez, Pachón-Basallo y Restrepo-Vélez, 2019; Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016; Daskal, 2008; ; Gazzola, De Stefano, Thériault y Audet, 2014; Hall, Kasujja y Oakes, 2015; Hess, 2011; Knapp, VandeCreek, y Fingerhut, 2017; Meydan y Koçyiğit, 2019; Nel y Fouche, 2017; Ros, 2018; Vethencourt D’Escrivan, 2018; Zas,2015).

En ese orden de ideas, en el contexto local de la ciudad de Medellín habría que localizar las experiencias de supervisión en los cursos asociados a la práctica profesional. A continuación, se puede ver en la tabla dichos cursos:

Tabla 1. Escenarios locales practicas clínicas supervisadas

	Universidad	Dispositivo asociado
Pregrado	Universidad de Antioquia	Practicas I-II-III
	Universidad Católica Luis Amigó	Práctica profesional I-II
	Universidad Pontificia Bolivariana	Practica I-II-III
	Universidad EAFIT	Seminario pre-practica. Taller clínico I Periodo de practica Seminario pos –practica. Taller clínico II

		Seminario pos-practica. Taller grupal
	Universidad San Buenaventura	Practicas I-II-III
	Politécnico Grancolombiano- Sede Medellín	Practica I-II
	Fundación Universitaria María Cano	Practica I-II
	Tecnológico de Antioquia	Práctica profesional I-II-III
	Uniminuto	Estudio de casos Práctica profesional I-II
	Universidad CES	Practica I-II ¿campos ocupacionales?
Posgrado	Maestría – Clínica psicológica CES	Método clínico I –II-III-IV Práctica clínica I-II-III
	Maestría Psicoterapia UPB	Entrenamiento Psicoterapéutico Taller Práctica clínica I-II-III

	<p>Maestría</p> <p>Psicología clínica</p> <p>Universidad San</p> <p>Buenaventura</p>	<p>Fundamentos de la técnica en clínica I-II</p> <p>Dimensión Estética y Clínica I -II</p> <p>Pasantía I-II-III</p> <p>Staff I –II-III</p>
Fuente: Elaboración propia		

Rápidamente se puede evidenciar que la experiencia de supervisión no tiene una formalización en los currículos de pregrado y posgrado de las universidades allí mencionadas. Tampoco posee independencia de las materias de entrenamiento y práctica clínica, lo cual permite deducir que la supervisión en nuestro contexto no es una práctica que se constituya en un dispositivo específico que permita diferenciarlo de otras estrategias educativas. Esto introduce una dificultad para la evaluación de la supervisión clínica debido a que no tiene una estructura perceptible y, por lo tanto, obstaculiza la identificación no solo las contribuciones a la formación de los psicólogos sino las problemáticas propias de la supervisión en nuestro contexto.

Paralelamente, debe considerarse en Colombia los pregrados en psicología autorizan al ejercicio clínico y se ofrecen la formación posgradual como alternativa voluntaria de formación de psicoterapeutas, sin embargo, se sabe que el 60% de los graduados en psicología no realizan posgrados. Esto indica que la mayoría de los egresados de un pregrado en psicología han pasado por alguna, en ocasiones la única, experiencia de un ejercicio clínico supervisado que se puede localizar en los staff o en los momentos en que se hace acompañamiento a las prácticas profesionales requisito para optar para el título de psicólogo.

Ahora bien, las condiciones esenciales que permiten identificar algunas prácticas de supervisión están relacionadas con las funciones que se mencionaron en el primer capítulo. De este

modo, en la medida en que en estos escenarios educativos posibiliten un espacio de formación teórica que se oriente a la comprensión de los casos y los fenómenos propios de la intervención psicoterapéutica que, a su vez, va de la mano de una formación clínica centrada en el entrenamiento de competencias específicas para el ejercicio clínico sin dejar de lado la dimensión subjetiva y emocional del supervisado. En otras palabras, las funciones de la supervisión clínica configuran la naturaleza de esta y se articulan en actividades como la observación, la evaluación, la retroalimentación y la reflexión.

Por otra parte, otros escenarios en los que tiene lugar la supervisión clínica son la consulta particular de carácter privado, aunque en Colombia no hay documentación sobre la práctica privada de la supervisión; es decir que la supervisión clínica en Colombia se da en la academia exclusivamente. También, la supervisión se encuentra en centros independientes de formación de psicoterapeutas o clínicas de entrenamiento (más usuales en el exterior), las organizaciones hospitalarias, los equipos de trabajo o staff clínicos, instituciones con personal voluntario, entidades de coaching, y a su vez, espacios donde se supervisa a supervisores. Estos espacios están ordenados por modelos de supervisión diseñados por quienes se ocupan de dirigir las supervisiones o por códigos específicos de la institución en los cuales se registran los principios, modalidades y objetivos de la supervisión en ese espacio, lo cual puede aumentar la calidad de la formación y el grado de control (Daskal, 2008; Dyason, Shanley, Hawkins, Morrissey y Lambert, 2019; Neumann, 2019; O'Donovan, Halford y Walters, 2011; Ros, 2018).

5.4. Modelos teóricos y las modalidades de supervisión clínica en psicoterapia.

Modelos teóricos

Los modelos teóricos son resultado de un saber hacer en la psicoterapia que ha sido construido a partir de una orientación teórica y/o la experiencia psicoterapéutica. Inicialmente, los aportes teóricos a la supervisión clínica fueron dados por las escuelas psicológicas tradicionales: el psicoanálisis, el conductismo y el humanismo, que matizan la manera en que funciona la supervisión clínica (Araya, Casassus, Guerra, Salvo, Zapata, y Krause, 2017; Hess, 2011; Loubat, 2015; Villafuerte-Montiel, 2016; Zas, 2015).

Si bien estas escuelas fueron en algún momento las que determinaron los modelos de supervisión, hay otros modelos que tienen otros enfoques, como es el caso de los modelos que toman algunos fundamentos de la educación y la enseñanza basadas en la evidencia y se proponen desarrollar sistemáticamente las competencias necesarias para el ejercicio clínico. En este enfoque el elemento fundamental es el reconocimiento de los saberes, habilidades, comportamientos y principios necesarios para diseñar formas de intervención clínica (Daskal, 2008; Hess, 2011; Shafranske y Falender, 2016).

Otros modelos son aquellos que hacen énfasis en el proceso de la supervisión clínica, entre ellos, la perspectiva de sistemas de supervisión y la de discriminación que se orientan en los roles, las tareas, las relaciones y la interacción que se da dentro de la supervisión entre el supervisor y el supervisado. Por su parte, la perspectiva de sistemas de supervisión proporciona un marco conceptual para la comprensión de las relaciones entre los agentes que participan en este dispositivo, señalando los roles y lo que se espera de ellos. De manera similar, el enfoque de discriminación posibilita una red conceptual para la identificación de las transformaciones en los roles y el análisis de las habilidades para la implementación de técnicas y actividades terapéuticas,

o para la reflexión clínica de la información importante y la contribución del psicoterapeuta que corresponde a su estilo propio (Arista, Rodríguez, García, López, Antillón, y Vega, 2016; Hess, 2011; Shafranske y Falender, 2016)

También existen modelos basados en elementos fundamentales de la supervisión que apuntan a ir más allá de una supervisión orientada por una determinada escuela y, por lo tanto, podría decirse que apuntan a integrar varias perspectivas posibilitando la interacción entre ellas y poniendo énfasis en el proceso comunicativo, la comprensión del caso y la formulación de las posibles intervenciones. Asimismo, este modelo le apunta al reconocimiento de las diferentes perspectivas tanto a nivel conceptual como metodológico (Arista, Rodríguez, García, López, Antillón, y Vega, 2016).

Uno de los modelos que más ha tenido auge en la supervisión clínica es el modelo de desarrollo o evolutivo que pone su atención en el recorrido de maduración del supervisado. En ese orden de ideas, una supervisión orientada a partir de este modelo ordena de manera gradual los focos a trabajar, determina objetivos a partir de la evaluación del momento y las condiciones en que se encuentra el supervisado y asimismo, fija las expectativas de los supervisores (Ballesteros de Valderrama, Muñoz-Martínez, Novoa-Gómez, Bazzani-Orrego, Brandwayn-Briceño, Lasso-Báez, Pachón-Basallo y Restrepo-Vélez, 2019; Daskal, 2008; Hess, 2011; Meydan, y Koçyiğit, 2019; Shafranske y Falender, 2016).

El potencial de este modelo radica en que su lógica está soportada en la evitación de experiencias traumáticas de supervisión al tener en cuenta el nivel de formación de los supervisados, de esta manera se reconoce que los aprendices principiantes tienen necesidades y expectativas diferentes a los supervisados avanzados (Daskal, 2008; Meydan, y Koçyiğit, 2019) .

Meydan,y Koçyiğit (2019) mencionan a continuación algunas de las necesidades de los supervisados según su nivel

los supervisados principiantes tienen necesidades y expectativas más básicas de la supervisión, mientras que los supervisados avanzados tienen las necesidades básicas de desarrollo específicas de los supervisados incluyen la necesidad de escuchar activamente y de recibir un mínimo de estímulos por parte del supervisor, conectar el caso con la orientación teórica, aplicar las habilidades aprendidas en las clases de habilidades de asesoramiento y presentar alternativas/soluciones para la siguiente sesión de asesoramiento. Otros supervisados, a pesar de tener la misma experiencia y nivel educativo que los demás, informaron de que tenían necesidades de desarrollo intermedias, como determinar la orientación de la profesión, dar importancia al desarrollo personal, comprender la competencia profesional y la conciencia personal; esta situación puede atribuirse a las diferencias individuales entre los supervisados. (p. 12. Traducción de la autora)

Dicho de otra manera, el modelo de desarrollo/evolutivo entiende que tanto el supervisado como el supervisor son afectados por las condiciones de cada uno en el dispositivo de supervisión clínica. En ese sentido, Hess (2011) y McNeill y Stoltenberg (2016) documentan las etapas por las cuales pasan el supervisado y el supervisor que son cuatro en el caso del supervisado; un primer momento en el que se siente inseguro y dependiente, puede también sentirse inadecuado y/o estancado, en este punto es muy importante que la supervisión tenga la solidez suficiente para apoyarlo y orientarlo. En un segundo momento, se evidencia un aumento de autonomía en el

dispositivo y a su vez, se desarrolla más habilidad para identificar los objetivos de la supervisión y por ende, la confusión que es propia del momento anterior decrece. En un tercer momento, el supervisado en su proceso de individuación puede valerse creativamente de la interacción con el supervisor mientras que paralelamente se va cristalizando el estilo psicoterapéutico del supervisado. En el cuarto momento se logra establecer una relación de colegaje entre el supervisor y el supervisado.

En el caso del supervisor las etapas que atraviesa son también cuatro; en la primera este suele conducir la supervisión de la manera en que la ha recibido y asume un rol de profesor que se percibe a sí mismo limitado y sensible a las retroalimentaciones. En la segunda etapa, el supervisor usa habilidades clínicas para la dirección de la supervisión, de ese modo le permite reconocer el desarrollo de la misma, las expectativas que se ponen en juego y, por lo tanto, se aumenta la capacidad de autoevaluarse. En la tercera etapa, el supervisor enfatiza en la relación de supervisión, se interesa por potenciar el aprendizaje del supervisado, usa el tiempo de las sesiones de manera más eficaz. En la cuarta etapa, el supervisor es más tolerante con los errores, se siente más cómodo con sus funciones. Cabe anotar que en estas dos últimas etapas se gesta un sentimiento de generatividad en los supervisores (Hess, 2011; McNeill y Stoltenberg, 2016).

A pesar del auge de este modelo, ha recibido algunas críticas que cuestionan la lógica desarrollista que concibe el crecimiento por fases o pasos porque es erróneo diseñar un programa de formación a partir de ese razonamiento. Aun así, no hay investigaciones que demuestren que no son efectivos estos programas, más bien el debate se presenta a nivel conceptual, teórico y cualitativo de la formación (Gazzola, De Stefano, Thériault, y Audet, 2014).

Por último, los modelos de supervisión clínica basados en la psicoterapia que se ordenan a partir de tipos específicos de abordajes psicoterapéuticos como el cognitivo-conductual, el

psicodinámico o el humanista. Sin embargo, este modelo tiene varias dimensiones; por un lado está la supervisión que actúa en consonancia con una determinada orientación psicológica y por el otro, está que el modelo de supervisión tiene más variaciones en tanto que sus modalidades son determinadas por el rol que asume el supervisor modificando la meta de esta y a su vez, el tipo de relación que se establece. Esto se ilustra en el siguiente cuadro:

Tabla 2. Modelo de supervisión clínica basado en el rol del supervisor

Modelo	Meta	Naturaleza de la relación
Profesor (a) ³	Transmite esquemas conceptuales globales y demuestra técnica. Genera entusiasmo y proporciona un ideal o modelo	El oyente puede decidir desconectarse, convertirse en un acólito o elegir un rango medio de compromiso con el profesor.
Profesor (a)	presenta objetivos y contenido específicos dentro de un plan de estudios para competencia o dominio	Superordinado (supervisor)- Subordinado
Revisor de casos	Se revisan casos enfocándose en el reconocimiento de los eventos de la sesión y se guían las interacciones futuras	La persona más vieja es el que es experimentado, el más joven tiene menos experiencia

³ Asunto de traducción: La palabra usada en esta casilla es lecturer que hace referencia específica a alguien que enseña en una universidad pero no es profesor

Colega	Se consulta con pares para conseguir apoyo o para una revisión crítica que no ponga en riesgo su carrera	Se comparte intimidad y confianza
Monitor	Mantiene los estándares y asegura las pautas establecidas	Censurador y corrector
Psicoterapeuta	Ayuda a los estudiantes de psicoterapia a aprehender la perspectiva de los clientes y sus metas	Modelo seguro y confiable, se espera que puedan expresarse sin consecuencia externas
Entrenador	Se enfoca en vincular el aprendizaje (contenido) explícito o semántico con el conocimiento procesal mientras construye confianza y esperanza y corrige benignamente	Persona mayor de confianza que ha caminado en los zapatos del estudiante; puede ser un terapeuta
Educador⁴	Permite al estudiante obtener habilidades, desarrolla habilidades de juicio de orden superior y establece una identidad psicoterapéutica	Un rol superordinado (e incluso de los otros roles) que tiene cuidado de ver que el crecimiento cognitivo y emocional avance rápidamente con el desarrollo de habilidades

Fuente: Tomado de Hess (2011, p, 712. Traducción de la autora)

⁴ Alguien que cumple la función de educar, que no necesariamente es un profesor. Refiere estrictamente a la función

Es importante anotar que los modelos de supervisión proliferan y que en este trabajo no se logran condensar la mayoría de ellos, aun así, se nombran algunos enfoques que suelen tener más trayectoria. También es relevante mencionar algunas similitudes entre los diversos modelos de supervisión clínica; por ejemplo, que todos los modelos tienen en común una relación de supervisión que se soporta en el trabajo realizado y el establecimiento de la transferencia y contratransferencia, por lo que se puede aseverar que las orientaciones teóricas no influyen en la efectividad de la supervisión (Calvert, Crowe y Grenyer, 2017)

Asimismo, Hess (2011) señala los aspectos en común entre los modelos que son en términos generales la presencia de un sujeto que lidera la actividad, que tiene la habilidad para transmitir el saber tanto conceptual como práctico, presentar casos e inspirar a otros a estudiarlos. Además, este autor menciona las actividades que se dan en toda supervisión: construcción de casos, trabajos pedagógicos que faciliten la aprehensión de la teoría, diseño de intervenciones futuras y reflexión o evaluación del paciente y del psicoterapeuta supervisado.

Modalidades de la supervisión clínica

En este capítulo se presentan las formas en que se puede dar la supervisión. Entre ellas, está la supervisión individual, que es la modalidad más usada, y la grupal. También puede ser realizada a través de técnicas virtuales; es decir que es posible hacer supervisión a distancia o en vivo (Abramovitch y Wiener, 2017; Arista, Rodríguez, García, López, Antillón, y Vega, 2016; Ballesteros de Valderrama, Muñoz-Martínez, Novoa-Gómez, Bazzani-Orrego, Brandwayn-Briceño, Lasso-Báez, Pachón-Basallo y Restrepo-Vélez, 2019; Céspedes y Puentes, 2014; Daskal, 2008; Gazzola, De Stefano, Thériault, y Audet, 2014; Hernández Córdoba, 2007; Mitchell, 2019; Neumann, 2019; Ros, 2018; Rundquist, 2014; Shafranske y Falender, 2016; Zas, 2015).

Ahora bien, la supervisión clínica más habitual es la individual realizada de manera presencial porque se ha considerado la práctica por excelencia de formación desde sus inicios. Por su parte, la supervisión grupal es otra de las modalidades más frecuentes debido a que ofrece la posibilidad para aprender a partir de la experiencia que comparten otros, se favorece el apoyo grupal, suele ser muy útil para entender las diferencias culturales y suele ser más económica. Cabe anotar que una de las limitaciones de esta modalidad es que se recorta la capacidad del supervisor para revisar casos particulares y el aprendizaje que allí se da no se construye a partir de demandas y necesidades específicas de los supervisados. Además, es un dispositivo que no se escapa de los fenómenos de rivalidad y conflictos entre los participantes (Shafranske y Falender, 2016).

En cuanto a los beneficios específicos de la supervisión grupal, Gazzola, De Stefano, Thériault, y Audet, (2014) ordenan algunos de ellos

- a) el valor positivo de la retroinformación; b) el aumento de la confianza en la utilización de una variedad más amplia de tareas y procedimientos de supervisión; c) las repercusiones de la experiencia en otros aspectos de la práctica profesional; d) el aumento de la familiaridad con las múltiples funciones del supervisor; y e) el aumento de la comodidad al navegar por la dinámica de la co-supervisión. Esta quinta categoría era específica sólo para los participantes que trabajaban con un co-supervisor y esas frecuencias se basan en seis participantes (p. 31. Traducción de la autora).

Por su parte, la supervisión en vivo posibilita un seguimiento inmediato de los supervisores a las intervenciones psicoterapéuticas de sus aprendices, configurando un aprendizaje de lo clínico

por la vía del moldeamiento y modelamiento (Ballesteros de Valderrama, Muñoz-Martínez, Novoa-Gómez, Bazzani-Orrego, Brandwayn-Briceño, Lasso-Báez, Pachón-Basallo y Restrepo-Vélez, 2019). Este tipo de modalidad de la supervisión clínica suele realizarse en cámaras de Gesell en las cuales de un lado está el psicoterapeuta dirigiendo la sesión y en el otro está su supervisor evaluando la intervención de este, así que en el momento de que el paciente se retira de la sala se discuten asuntos de la sesión con el propósito de dar un feedback y de reflexionar lo que allí aconteció.

La supervisión conducida a través de medios electrónicos y/o a distancia tiene alrededor de dos décadas y en países como Australia, Canadá, Inglaterra, Noruega y Estados Unidos es una práctica establecida que tiene una serie de beneficios potenciales; entre ellos, el incremento de la accesibilidad al entrenamiento en psicoterapia bien sea de manera individual o grupal, la reducción de costo de transporte y flexibilidad en los programas, la diversificación de los asistentes a supervisión, a su vez es más sencillo documentar las sesiones de supervisión y el mantenimiento de la calidad en las intervenciones clínicas de los supervisados debido a que posibilita el seguimiento de ellas (Watkins y Milne, 2014).

5.5.Efectos de la supervisión clínica en psicoterapia

En este apartado se abordan algunas consecuencias de la supervisión en quienes participan de ella, especialmente partiendo de un consenso en la literatura revisada sobre la efectividad que tiene la supervisión clínica como estrategia que permite asegurar una mejor calidad de las intervenciones psicoterapéuticas del supervisado (Arista, Rodríguez, García, López, Antillón y Vega, 2016; Ballesteros de Valderrama, Muñoz-Martínez, Novoa-Gómez, Bazzani-Orrego, Brandwayn-Briceño, Lasso-Báez, Pachón-Basallo y Restrepo-Vélez, 2019; Bastidas-Bilbao y

Velásquez, 2016; Ceruti, y Ibaceta, 2014; Céspedes y Puentes, 2014; Crowe, Oades, Deane, Ciarrochi, Williams, 2011; Daskal, 2008; Dyason, Shanley, Hawkins, Morrissey, y Lambert, 2019; Gazzola, De Stefano, Thériault, y Audet, 2014; Hall, Kasujja y Oakes, 2015; Hernández Córdoba, 2007; Hess, 2011; Knapp, VandeCreek, y Fingerhut, 2017; McNeill y Stoltenberg, 2016; Meydan y Koçyiğit, 2019; Nel y Fouche, 2017; O'Donovan, Halford y Walters, 2011; Savege Scharff, 2014; Shafranske y Falender, 2016; Vethencourt D'Escrivan, 2018; Watkins y Milne, 2014). Este entonces sería el efecto por excelencia de este dispositivo, algunos autores se han encargado de anotar algunas condiciones para que se asegure dicha efectividad y otros documentan algunas otras que podrían alterar ese hecho.

En ese orden de ideas, los indicadores del incremento de la calidad en las intervenciones psicoterapéuticas del supervisado pueden ubicarse en la capacidad de percepción de las diferentes dimensiones que implica la práctica clínica, en la mejora para conceptualizar y construir los casos, en la apertura para hacerle frente a situaciones problemáticas o desafiantes y la consolidación de la relación de supervisión. También, se puede identificar una potencialización del crecimiento personal y un aumento de la perspicacia, el compromiso, la autoconciencia, la autoeficacia, la confianza y la autonomía, emergiendo de esta manera un psicoterapeuta que se diferencia de su supervisor y que es a la misma vez diferente a la persona que era antes de estar en supervisión (Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016; Daskal, 2008; Hernández Córdoba, 2007; Hess, 2011; Meydan y Koçyiğit, 2019; McNeill y Stoltenberg, 2016; Nel y Fouche, 2017; ; O'Donovan, Halford y Walters, 2011).

Ahora bien, en el caso del supervisor también experimenta algunos cambios producto de una práctica sostenida en el tiempo de la supervisión clínica en tanto que les permite estar actualizado sobre la disciplina y pueden variar las estrategias que usan en la supervisión, lograr

establecer objetivos de formación más delimitados y por lo tanto más habilidad para desarrollar programas de supervisión y ampliar la comprensión de diferentes perspectiva para la formación en psicoterapia (Bastidas-Bilbao y Velásquez, 2016).

Cabe anotar que uno de los efectos contingentes de la supervisión clínica que aplica tanto para supervisor como para supervisado es mencionado por Crowe, Oades, Deane, Ciarrochi, Williams (2011) en los siguientes términos:

Uno de los resultados inesperados de la supervisión es cómo el propio proceso creó un bucle reflexivo que abarcó sus ideas y pensamientos clínicos actuales. Proporcionar supervisión permitió a nuestros participantes reflexionar sobre su propia práctica clínica en evolución y esto sugiere que una buena manera de aprender algo (por ejemplo, habilidades clínicas) es enseñarlo a otros (p.37. Traducción de la autora).

En esa misma línea argumenta Hess (2011) que:

el desarrollo significativo de la autonomía autoevaluada entre los estudiantes debido a las buenas prácticas de supervisión. En este sentido, la supervisión promueve la auto-reflexión y, si es necesario, puede aumentar la conciencia de los problemas no resueltos que, a su vez, pueden afectar el proceso psicoterapéutico con un cliente (p.32. Traducción de la autora)

Con relación a las condiciones que aseguran la efectividad del dispositivo de supervisión clínica que remiten a la relación de trabajo en la supervisión, la investigación y la práctica educativa. En cuanto a la primera, Shafranske y Falender (2016) lo afirman contundentemente

diciendo: “se ha reconocido ampliamente que el desarrollo de una relación de colaboración en materia de supervisión, caracterizada por una fuerte alianza de trabajo, es esencial para una supervisión eficaz” (p. 180. Traducción de la autora). En ese sentido, se han documentado nueve dimensiones de la relación de supervisión que influyen la calidad de esta: el establecimiento de límites, una actitud de soporte, una relación abierta y respetuosa, la responsabilidad con la supervisión, capacidad para registrar y responder a las necesidades del proceso y la disposición para establecer una relación colaborativa, formativa y evaluativa (Shafranske y Falender, 2016).

Dicho esto, es importante diferenciar el vínculo que se establece en la supervisión clínica de la alianza de trabajo, que si bien son construcciones diferentes están estrechamente relacionadas y, por lo tanto, se permiten pensar como elementos que tienen influencia a la hora de determinar la eficacia de la supervisión. De esta manera, las acciones del supervisor, los atributos personales y las habilidades interpersonales son asunto que se ponen en juego en la configuración de la alianza de trabajo (Meydan y Koçyiğit, 2019; Shafranske y Falender, 2016).

Por otra parte, debe tenerse en cuenta algunas condiciones que pueden presentarse como obstáculo para la realización de los propósitos de la supervisión clínica y por lo tanto reducir la posibilidad de que sea eficaz. En ese sentido, uno de los primeros asuntos que pueden presentar dificultades para la supervisión son las tensiones que son resultado de, por ejemplo, un conflicto entre las funciones y la multiplicidad de roles, o la naturaleza evaluativa del dispositivo, o una relación con el supervisor en que se marque evidentemente una dinámica de poder, o los desafíos propios del ejercicio psicoterapéutico y/o las emociones asociadas al manejo de situaciones problemáticas en la consulta (Meydan y Koçyiğit, 2019; Shafranske y Falender, 2016).

La relevancia de reconocer las posibles tensiones en el dispositivo radica en que si no se elaboran esas tensiones pueden generar ruptura de la alianza de trabajo debilitando las funciones

de la supervisión. De este modo, el supervisor ha de estar al tanto de dichas tensiones y maniobrar con ella comprometiendo al supervisado en la tramitación de las causas de ellas, debe ser él quien en su rol el que tome la iniciativa y facilite el tránsito por los impasses resultado de las tensiones, lo que implica que este sea consciente de su posición y la influencia que puede ejercer en sus supervisados (Meydan y Koçyiğit, 2019; Shafranske y Falender, 2016).

Cabe anotar en este punto que los aprendices suelen tener experiencias negativas de supervisión clínica, por un lado, atribuible a un acompañamiento inadecuado por parte del supervisor y por otro, a los riesgos relacionados con el inicio de la experiencia de supervisión. En ese orden de ideas, un acompañamiento inadecuado es establecer relaciones duales con los supervisados, que en la supervisión haya un abuso de poder, un desconocimiento de las diferencias culturales, la ausencia de retroalimentación y el incumplimiento de las funciones como han sido recopiladas anteriormente (Meydan y Koçyiğit, 2019; O'Donovan, Halford y Walters, 2011).

Ahora, se ha encontrado que en los supervisado el inicio de la experiencia de supervisión clínica genera estrés, ansiedad, preocupación y miedo asociado a la necesidad de probar un saber teórico y/o práctico, por lo tanto, reducen la efectividad tanto del trabajo que se viene desarrollando en este contexto como de las intervenciones psicoterapéuticas de los mismos. Esta variedad de emociones que generan malestar pueden provocar un decrecimiento del interés del supervisado por su trabajo, dificultad para el mantenimiento de la atención y entorpecimiento de la toma de decisiones (Vethencourt D'Escrivan, 2018).

6. Conclusiones: ¿qué supervisión es posible en nuestro contexto?

Para concluir, es importante primero decir que la supervisión está poniéndose en juego siempre que una experiencia de formación en psicoterapia logre en su acto realizar lo que previamente se ha definido como tal y que a su vez cumpla con las tres funciones que anteriormente se han mencionado, esto en resumidas cuentas es lo que fija la lógica interna de ella. Esto significa que lo esencial de la supervisión se conserva independientemente del país en que se dé, pero las formas en que se pone en juego son diferentes.

En Colombia la supervisión que se ha documentado se da en contextos universitarios en los que se puede localizar algunas experiencias de prácticas supervisadas, que se identifican en los espacios de enseñanza dentro de la universidad, bien sea en cursos del área de psicología clínica o de acompañamiento a la experiencia de práctica profesional de los estudiantes. Esto implica que una supervisión posible en nuestro contexto es una práctica consciente de los recursos con los que ya cuentan las instituciones en términos de espacio; bibliotecas, laboratorios, cámaras de Gesell y/o aulas de clase. O en términos de material académico; la literatura, algunos protocolos, la tecnología que se usa para las clases y más importante, la destinación de horas y espacio en las mallas curriculares para la supervisión.

En ese orden de ideas, la supervisión es posible si se tienen cuenta las actividades que posibilitan la comprensión de lo psicológico en las intervenciones y a su vez aquellas actividades en las que se aplique de manera contextualizada el conocimiento de la psicología, que permitan evaluar y reflexionar sobre las prácticas psicoterapéuticas. También pueden tomarse los productos de ese acompañamiento como los informes que dan cuenta de la construcción de casos, las historias clínicas o reportes de atención, entre otros documentos a partir de los cuales se hace seguimiento del proceso de formación.

Por otra parte, hay cierto señalamiento en la literatura producida en Colombia sobre la dificultad que presenta el hecho en que la supervisión no es un requerimiento obligatorio para ejercer como psicoterapeuta y tampoco hace parte de los códigos y las normas que regulan la profesión. Sin embargo, es posible pensar que en Colombia podría ser una oportunidad en tanto que no permite consolidar una práctica de enseñanza sostenida en una visión reducida de la función normativa de la supervisión, sino una supervisión que considere que lo ético no está dictado únicamente por lo que dicen las normas, pues hay una diferencia que hay que situar entre lo ético y lo normativo. En esa medida, la apuesta de la supervisión por lo ético abre la posibilidad de reflexionar sobre la práctica psicoterapéutica más allá de aquella que opera a partir de las normas.

Asimismo, la supervisión clínica en psicoterapia ha sido abordada desde múltiples perspectivas que no renuncian al propósito de articular las orientaciones en psicología con la práctica clínica. En ese sentido, esta intención es posible continuarla en nuestro contexto siempre que la enseñanza sobre lo terapéutico no se reduzca a la transmisión de saberes técnicos, sino que en ella se posibilite espacios en donde se integren los diferentes elementos de la experiencia de conducir tratamientos psicoterapéuticos a partir de la continua reflexión. Esto en última instancia incrementa la posibilidad de que haya una práctica ética de la psicoterapia y, además, es condición necesaria para una supervisión clínica efectiva.

7. Recomendaciones

Se recomienda continuar la documentación de las experiencias de supervisión en diferentes contextos. Esto permitiría la localización de las contribuciones y/o problemáticas que realmente puede tener esta estrategia en nuestro contexto, además, podría identificarse las formas en que se pone en juego este dispositivo tanto en escenarios académicos como independientes, bien sea bajo sea bajo la modalidad de experiencia de supervisión clínica privada o grupos de profesionales que se reúnen a trabajar sobre los casos que reciben en su práctica psicoterapéutica, entre otros.

Por otra parte, se pueden realizar otras investigaciones sobre la naturaleza de la supervisión clínica a distancia dado que actualmente esta modalidad de trabajo es profusa. Asimismo, podría investigarse sobre la supervisión clínica en vivo y las implicaciones subjetivas de la presencia del supervisor en el escenario de practica psicoterapéutica del supervisado.

Por último, podría investigarse sobre la formación de supervisores competentes para acompañar a psicoterapeutas o estudiantes que hacen alguna práctica clínica, especialmente si la supervisión en Colombia se da estrictamente en escenarios universitarios, eso implicaría que se identifiquen las formas en que se transmiten los saberes asociados a la psicoterapia y lo que de esa transmisión esté relacionado con la supervisión clínica.

8. Referencias

- Abramovitch, H., & Wiener, J. (2017). Supervising away from home: clinical, cultural and professional challenges. *Journal of Analytical Psychology*, 62(1), 88–106.
- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). <http://www.apa.org/ethics/code/index.html>
- Amaya, L. y Berrío-Acosta, G. (2014) Modelo de tres niveles para el análisis de casos éticos en psicología. Colegio Colombianos de Psicólogos. Bogotá D.C, Colombia.
- Araya, C, Casassus, S., Guerra, C., Salvo, D., Zapata, J., y Krause, M. (2017) Criterios que supervisores clínicos chilenos consideran relevantes al momento de supervisar: un estudio cualitativo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVI(1),47-5
- Arista, E. C. C., Rodríguez, S. C., García, J. G., López, S. M., Antillón, A. S., & Vega, D. M. V. (2016). *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. ITESO.
- Ballesteros de Valderrama, B, Muñoz-Martínez, A, Novoa-Gómez, M; Bazzani-Orrego, D; Brandwayn-Briceño, N, Lasso-Báez, R.; Pachón-Basallo, M y Restrepo-Vélez, D (2019). Características de la supervisión clínica en las terapias conductuales: un análisis del proceso de supervisión clínica. *Universitas Psychologica*, 18(4), 1-14.
- Bastidas-Bilbao, H. y Velásquez, A. M. (2016). Modelo lógico de la supervisión como actividad educativa para la formación en psicología clínica: concepciones de supervisores clínicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(2), 293-314

- Batthyány, K., Cabrera, M., Alesina, L., Bertoni, M., Mascheroni, P., Moreira, N., Picasso, F., Ramirez, J., y Rojo, V. (2011) Metodología de la investigación en Ciencias Sociales: Apuntes para un curso inicial. Universidad de la Republica: Montevideo.
- Blanca P.; Muñoz-Martínez, Amanda M.; Novoa-Gómez, Mónica; Bazzani-Orrego, Derkind; Brandwayn-Briceño, Natalia E.; Lasso-Báez, R. Andrés; Pachón-Basallo, Mónica & Restrepo-Vélez, David (2019). Características de la supervisión clínica en las terapias conductuales: un análisis del proceso de supervisión clínica. *Universitas Psychologica*, 18(4), 1-14.
- Brown, S. (2019). Supervision. *Therapy Today*, 30(10), 22–24
- Callender, K. A., & Lenz, A. S. (2018). Implications for Wellness-Based Supervision and Professional Quality of Life. *Journal of Counseling & Development*, 96(4), 436–448.
- Calvert, F. L., Crowe, T. P., y Grenyer, B. F. S. (2017). An Investigation of Supervisory Practices to Develop Relational and Reflective Competence in Psychologists. *Australian Psychologist*, 52(6), 467–479.
- Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en ciencias sociales*. Tercera Edición: Buenos Aires.
- Ceruti, P. y Ibaceta, F. (2014). Prácticas de supervisión en el Centro de Especialistas en Intervención Estratégica. *De Familias y Terapias*, 23(37), 69–87.
- Céspedes P., L., & Puentes B., C. P. (2014). Supervisión en contexto grupal: reflexiones desde la mirada intersubjetiva. *De Familias y Terapias*, 23(36), 109–126.

Compas, B. E., y Gotlib, I. H. (2002). *Introduction to clinical psychology: Science and practice*. McGraw-Hill Humanities, Social Sciences & World Languages.

Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO (s.f) Malla curricular del programa de psicología a distancia. Recuperado de <http://www.uniminuto.edu/documents/992197/0/psicolog%C3%ADa.pdf/0fefdea6-a2e8-482f-994a-59a99f72fad9?version=1.0>

Crowe, T. P., Oades, L. G., Deane, F. P., Ciarrochi, J., & Williams, V. C. (2011). Parallel processes in clinical supervision: Implications for coaching mental health practitioners. *International Journal of Evidence Based Coaching & Mentoring*, 9(2), 56–66.

Daskal, A. M. (2008). Poniendo la lupa en la supervisión clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(3), 215-224

Durán Palacio, N., Restrepo Ochoa, D., Salazar Trujillo, C., Sierra Rodríguez, A., y Schnitter Castellanos, M. (2013) Historia paralela de la Psicología Clínica: un rastreo teórico-histórico. *Informes Psicológicos*, 9(9), 135 - 148.

Dyason, K. M., Shanley, D. C., Hawkins, E., Morrissey, S. A., & Lambert, M. J. (2019). A systematic review of research in psychology training clinics: How far have we come?. *Training and Education in Professional Psychology*, 13(1), 4.

Eaves Simpson, T., Robinson, J. L., & Brown, E. (2018). Is Reflective Supervision Enough? An Exploration of Workforce Perspectives. *Infant Mental Health Journal*, 39(4), 478–488.

- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2008). Best practices of supervision. In C. A. Falender & E. P. Shafranske (Eds.), *Casebook for clinical supervision: A competency-based approach* (p. 3–15). American Psychological Association.
- Shafranske, E. P., & Falender, C. A. (2016). Clinical supervision. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & L. F. Campbell (Eds.), *APA handbooks in psychology®. APA handbook of clinical psychology: Education and profession* (p. 175–196). American Psychological Association.
- Fernández Fernández, D., y Barrantes Sáenz, G. (2017). Reflexiones sobre la supervisión clínica. Una experiencia de formación universitaria. *Revista Reflexiones*, 96(2), 11-19.
- Galán Jiménez, J. S. F., y De Ávila Ramírez, X. Y. (2018). Ética y supervisión en psicoterapia. *Revista Daena (International Journal of Good Conscience)*, 13(1), 28–40.
- Gazzola, N., De Stefano, J., Thériault, A., & Audet, C. (2014). Positive experiences of doctoral-level supervisors-in-training conducting group-format supervision: a qualitative investigation. *British Journal of Guidance & Counselling*, 42(1), 26–42.
- Gómez, M., & Peláez, G. (2015). Modalidades de intervención de los psicólogos clínicos en Medellín, Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 73-83.
- Gómez Vargas, M., Galeano Higueta, C. y Jaramillo Muñoz, D. A. (julio-diciembre, 2015). El estado del arte: una metodología de investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(2), 423-442.

- Guevara Patiño, R. (2016). El estado del arte en la investigación: ¿análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos?. *Revista Folios*, (44) 165-179. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3459/345945922011>
- Hall, J., Kasujja, R., & Oakes, P. (2015). Clinical supervision for clinical psychology students in Uganda: an initial qualitative exploration. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(1), 1–9.
- Hernández Córdoba, Á. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3(2), 227-238. [fecha de Consulta 11 de Febrero de 2020]. ISSN: 1794-9998. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=679/67930204>
- Hess, A. K. (2011). Psychotherapy supervision. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (p. 703–722). American Psychological Association.
- Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano (2014) Plan de estudios del programa de psicología. Recuperado de <https://www.poli.edu.co/profesional/psicologia-medellin>
- Institución Universitaria Tecnológico de Antioquia (2014) Plan de estudios – Psicología. Recuperado de https://www.tdea.edu.co/images/tdea/galeria/facultades/educacion/2018_2/2/fac_educacion_psicologia_sep_2018.jpg
- Knapp, S. J., VandeCreek, L. D., & Fingerhut, R. (2017). Consultation and clinical supervision. In S. J. Knapp, L. D. VandeCreek, & R. Fingerhut, *Practical ethics for psychologists: A positive approach* (p. 257–271). American Psychological Association.

Ley 1090 de 2006. Código deontológico y bioético y otras disposiciones. Bogotá D.C, Colombia.

6 de septiembre de 2006. Recuperado de

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

Lopera, J. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *Rev. CES Psicol.*, 10(1), 83-98.

Loubat, M. (2005). Supervisión en psicoterapia: una posición sustentada en la experiencia clínica. *Terapia psicológica*, 23(2), 75-84.

Meydan, B., & Koçyiğit, M. (2019). The Supervisory Relationship Experiences of Turkish First-Time and Advanced Supervisees. *Qualitative Research in Education* (2014-6418), 8(1), 89–121.

Mitchell, D. (2019). Reflections on Existential Supervision. *Existential Analysis: Journal of the Society for Existential Analysis*, 30(2), 275–284.

McNeill, B. W., y Stoltenberg, C. D. (2016). Common supervisory issues. In B. W. McNeill & C. D. Stoltenberg, *Clinical supervision essentials series. Supervision essentials for the integrative developmental model* (p. 103–114). American Psychological Association.

Montoya, N. P. M. (2005). ¿ Qué es el estado del arte?. *Ciencia y Tecnología para la salud Visual y Ocular*, (5), 73-75. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/317162163_Que_es_el_estado_del_arte

Nel, L., & Fouche, P. (2017). Experiences of master's students regarding clinical supervision in an applied psychology programme in South Africa. *Teaching in Higher Education*, 22(1), 30–43.

- Neumann M.E. (2019) El equipo reflexivo en supervisión grupal con equipos que trabajan en maltrato infantil. *Revista de Familias y Terapias* año 28, N°46 Agosto 2019 Páginas 47-61
- Novoa Gómez, M., & Córdoba, Ó. A. (2019). Pertinencia de la formación para la supervisión clínica. *Diálogos sobre investigación: Avances científicos*. Bogotá: Fundación Universitaria Konrad Lorenz
- O'Donovan, A., Halford, W. K., & Walters, B. (2011). Towards Best Practice Supervision of Clinical Psychology Trainees. *Australian Psychologist*, 46(2), 101–112.
- Pakdaman, S., Shafranske, E., & Falender, C. (2015). Ethics in Supervision: Consideration of the Supervisory Alliance and Countertransference Management of Psychology Doctoral Students. *Ethics & Behavior*, 25(5), 427–441.
<https://doi.org/10.1080/10508422.2014.947415>
- Rodríguez Ch., D. M., & Niño Rojas, J. A. (2006). Marco comprensivo para el estudio de los procesos de formación de terapeutas. *Diversitas*, 2(1), 42-54.
<https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2006.0001.03>
- Ros, B. Z. (2018). La supervisión psicológica en cuba: estado actual de su desarrollo. *Integración Académica en Psicología*.
- Rundquist, E. (2014) Supervision of art psychotherapy: transference and countertransference. En Savege Scharff, J. (2014). *Clinical Supervision of Psychoanalytic Psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Sánchez Escobedo, P. (2008). *Psicología clínica*. Editorial El Manual Moderno.

Savege Scharff, J. (2014) Supervision in the learning matrix. En Savege Scharff, J. (2014). *Clinical Supervision of Psychoanalytic Psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Routledge.

Shafranske, E. P., & Falender, C. A. (2016). Clinical supervision. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & L. F. Campbell (Eds.), *APA handbooks in psychology®*. *APA handbook of clinical psychology: Education and profession* (p. 175–196). American Psychological Association.

Szecsödy, I. (2014) Supervision as a mutual learning experience. En Savege Scharff, J. (2014). *Clinical Supervision of Psychoanalytic Psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Routledge.

Universidad de Antioquia (Sin fecha) Pensum versión 07 – pregrado de psicología. Recuperado de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/089e09b0-08ab-4e27-9a3e-fe285f0a5b35/Pensum+version+06++Ultimo.pdf?MOD=AJPERES>

Universidad Católica Luis Amigó (21/8/2020) Pensum Psicología. Recuperado de <https://www.funlam.edu.co/modules/ofertaacademica/item.php?itemid=16>

Universidad CES (2014) Malla curricular pregrado en psicología. Recuperado de <https://www.ces.edu.co/programas/carreras/psicologia/plan-de-estudio-psicologia/#1541083691825-13a66650-12fb>

Universidad EAFIT (Sin fecha) Plan de estudios pregrado en psicología. Recuperado de <http://www.eafit.edu.co/programas-academicos/pregrados/psicologia/plan-estudios/Paginas/estructura-academica.aspx>

Universidad Pontificia Bolivariana (2018) Plan de estudios -Programa psicología. Recuperado de <https://www.upb.edu.co/es/pregrados/psicologia-medellin>

- Vethencourt D'Esquivan, V. (2018). Cómo vivencian los psicoterapeutas en formación el inicio de su entrenamiento y la supervisión. *Psicología Iberoamericana*, 26(1),64-72.[fecha de Consulta 11 de Febrero de 2020]. ISSN: 1405-0943.
- Villafuerte-Montiel, A. (2016). La práctica de la supervisión clínica en México: Una actividad profesional en desarrollo / Counseling supervision in Mexico: A professional activity under progress.. *Multidisciplinary health research*, 1(2).
- Trull, T. J., y Phares, J. (2003). *Psicología Clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson.
- Wampold, B. E. (2019). *Theories of Psychotherapy Series. The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice (2nd ed.)*. American Psychological Association.
- Watkins, C. y Milne, D. (2014). *The Wiley international handbook of clinical supervision*. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Witmer L. (1907). *University Courses in Psychology. The Psychological clinic*, 1(1), 25–35.
Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5138536/pdf/psycholclin69646-0029.pdf>
- Zas, B. (2015). Formación en supervisión psicológica: peculiaridades de su desarrollo en la preparación del profesional de la Psicología en Cuba. *Integración Académica en Psicología*, 3(7).