

2022-06-13

Modelos de Supervisión Clínica: Una revisión narrativa

Orbegozo, Macarena

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/1332>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni



Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

**Informe Final Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular
conforme O.C.S. 553/2009.**

Estudiantes

Macarena Orbegozo

DNI 34321735

Matrícula 12831

Bárbara Edith Zunino

DNI 34529197

Matrícula 11759

Director

Pablo Santángelo

Título: *“Modelos de Supervisión Clínica: una revisión narrativa”*

Cátedra de radicación: *Seminario de orientación “Habilidades y Competencias terapéuticas”*

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Macarena Orbegozo y Bárbara Edith Zunino, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras.

En calidad de Declaración Jurada, deberá consignarse lo siguiente:

1.- *"El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Macarena Orbegozo y Bárbara Edith Zunino, matrículas N° 12831 y 11759 respectivamente, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los... días del mes de del año 2022"*

2.- Firma, aclaración y sello del Supervisor y/o Co-Supervisor.

Informe de Evaluación del Supervisor y/o Co-supervisor.

Deberá consignarse lo siguiente:

1.- *"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Macarena Orbegozo y Bárbara Edith Zunino, matrículas N° 12831 y 11759 respectivamente.*

2.- Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

3.- Fecha de aprobación.

4.- Calificación. En caso de un trabajo realizado en forma grupal la calificación será individual.

PLAN DE TRABAJO

RESUMEN

En el siguiente proyecto de investigación, se realizará una revisión narrativa sobre la Supervisión Clínica, en el cual se desarrollarán distintos modelos de entender la misma.

La supervisión puede ser definida de muchas maneras, dependiendo de la disciplina o área de trabajo. Sin embargo, la supervisión clínica tiene sus propias particularidades, que la distingue por ejemplo, de la enseñanza, la consulta, la asesoría y la terapia. Principalmente porque implica una relación jerárquica, que se extiende en el tiempo, entre un supervisor y un supervisado, y que tiene por objetivo evaluar y mejorar el desempeño profesional del supervisado.

Dentro de la supervisión clínica, encontramos que existen distintas clasificaciones. Entre ellos se encuentran los siguientes modelos de supervisión: los basados en la psicoterapia, los de desarrollo, los basados en el proceso de supervisión, los modelos combinados, los modelos por objetivos, los modelos de factores comunes, entre otros. Cada uno de estos modelos, a su vez, está compuesto por distintas alternativas. Dada la gran extensión de los mismos, se seleccionarán los modelos basados en la psicoterapia más representativos y se los desarrollará teniendo en cuenta sus características principales.

Entendemos la supervisión como una intervención indispensable en el quehacer profesional de los agentes de la Salud Mental. Esta temática no ha sido lo suficientemente desarrollada en Argentina, ni en Latinoamérica y tampoco hemos encontrado bibliografía en español que desarrollen los distintos modelos, salvo algunos pequeños desarrollos sobre la supervisión dentro del psicoanálisis y en menor medida desde otros modelos teóricos. Es por ello que decidimos ahondar sobre la temática.

Palabras claves: revisión narrativa, supervisión clínica, modelos de supervisión

Duración: 9 meses

DESCRIPCIÓN DETALLADA

El presente trabajo consta de una revisión narrativa sobre la supervisión clínica. Nuestro propósito es recopilar toda la información posible sobre dicha temática, clasificarla y sintetizarla, con el objetivo de definir la supervisión clínica y los distintos modelos para entender la misma.

Si bien existen diversas definiciones de supervisión, dependiendo de la disciplina en cuestión, la supervisión puede ser definida de forma genérica, como "la acción o proceso de observar y dirigir lo que alguien hace o cómo se hace algo y asegurarse de que todo se haga correctamente" (Greenberg & Tomescu, 2017, p. xi). Según una definición de The British Psychological Society, podemos agregar que se trata de "un proceso formal para apoyo profesional y aprendizaje que permite a los profesionales desarrollar conocimiento y competencia, asumir la responsabilidad de su propia práctica y mejorar la protección y seguridad del consumidor en situaciones complejas. Es fundamental para el proceso de aprendizaje y alcance de la expansión de la práctica, y debe ser visto como un medio que aliente la autoevaluación, la habilidad analítica y reflexiva. A su vez, la supervisión dentro de la psicología clínica se puede definir como la provisión formal, por parte de supervisores aprobados, de una educación y capacitación basada en relaciones que se enfoca en casos y que gestiona, apoya, desarrolla y evalúa el trabajo de los colegas junior" (2014, p.3).

Según Bernard y Goodyear (2014), si bien la supervisión clínica implica enseñanza, asesoramiento, consulta y terapia, éstos son términos bien diferenciados. Es distinto a la enseñanza puesto que no se trata únicamente de un proceso de instrucción y formación, tampoco corresponde a un asesoramiento ya que no se trata de una orientación y consejería. No es una terapia debido a que no es un tratamiento, y por último, tampoco es una consulta ya que no es una simple asesoría y conlleva más de un encuentro. Siguiendo a los mismos autores, podemos decir que la supervisión implica una relación bidireccional, entre un supervisor y un supervisado, que por lo general comparten la misma profesión, y supone una mayor experticia por parte del supervisor que orienta al supervisado en la adquisición de habilidades y desarrollo de su profesión. Esta relación se extiende en el tiempo, se caracteriza por ser evaluativa y jerárquica, y tiene como objetivos principales mejorar el desempeño profesional del supervisado, hacer un seguimiento de los servicios profesionales que el supervisado imparte a sus clientes y servir de guía en la profesión que el supervisado pretende adentrarse.

Existen diversos modelos de supervisión propuestos por diferentes autores, entre los cuales encontramos los basados en la psicoterapia, los de desarrollo, los basados en el proceso de supervisión, los modelos combinados, los modelos por objetivos, los modelos de factores comunes, entre otros. A continuación se desarrollará brevemente, cada uno de ellos. Para ello, nos basamos principalmente en el libro “Fundamentals of Clinical Supervision” de Bernard y Goodyear (2014):

1. Modelos basados en la teoría psicoterapéutica: la supervisión nace con las distintas prácticas psicoterapéuticas. Los primeros supervisores clínicos, fueron primero consejeros o psicoterapeutas que extrapolaron sus modelos teóricos, aquellos aplicados a su labor en el ámbito clínico, al ámbito clínico de la supervisión. Como contracara, el utilizar supervisiones basadas en modelos psicoterapéuticos, puede suscitar obturación teórica y borramiento de los límites entre la supervisión y la psicoterapia.

Dentro de esta categoría encontramos:

- a. Modelo Psicodinámico
- b. Modelo Humanístico-Vincular
- c. Modelo Cognitivo-Conductual
- d. Modelo Sistémico
- e. Modelo basado en las emociones¹
- f. Modelo Constructivista: que puede ser Narrativo o Centrados en Soluciones.
- g. Modelo Integrativo

2. Modelos de Desarrollo en la Supervisión: se tratan de contribuciones empíricas respecto del desarrollo cognitivo de los supervisados durante la supervisión, es decir, de las complejidades para aprender la labor profesional.

Debido a que los Modelos de Desarrollo son a-teóricos, no se le solicita al supervisado que se comprometa a un modelo psicoterapéutico en particular en el proceso de entrenamiento.

3. Modelos de Procesos de/en Supervisión: tratan de explicar la actividad de la supervisión desde diversos puntos.

¹ Este modelo es desarrollado por Greenberg y Tomescu (2017), no se encuentra dentro de la clasificación de Bernard y Goodyear (2014).

Estos modelos surgen del interés sobre la supervisión como un proceso de educación y de relación, y se abocan al estudio de la supervisión como proceso en sí mismo.

Estos modelos pueden ser simples o complejos, dependiendo de cuánto del proceso y niveles, se pretenda abordar.

Entre sus contribuciones se encuentran el hecho de que pueden ser utilizados por fuera de cualquier orientación psicoterapéutica, de que son compatibles con los Modelos de Desarrollo, además de poseer gran uso para el supervisor ya que brindan herramientas para deconstruir la supervisión. Aun así, pueden ser criticados por su falta de atención a la teoría o el desarrollo del supervisado.

4. Los modelos combinados: son modelos en los que se combinan dos modelos establecidos, sean de la misma categoría o a través de ellas.

5. Los modelos por objetivos: son aquellos que se han desarrollado en foco a una problemática importante, como puede ser la experiencia multicultural.

6. Los modelos de factores comunes: los cuales se orientan a investigar los factores comunes que tienen los diferentes modelos.

Retomando el objetivo planteado en el trabajo, se realizará una introducción de los modelos que se encuentran dentro de la categoría de *Supervisión basadas en las teorías psicoterapéuticas*, continuando con lo expuesto por los autores:

a. Modelo de Supervisión Psicodinámica: se basa en la teoría psicoanalítica de Freud. En comparación a los otros modelos, éste es uno de los más desarrollados, debido a que Freud es pionero en establecer la supervisión como elemento fundamental de la práctica psicoterapéutica.

Dentro de este modelo, encontramos a quienes consideran a la supervisión como un continuo de la terapia personal del supervisado, y a aquellos que centran el foco en la función psicoeducativa de la supervisión.

b. Modelo Humanístico-Relacional (vincular): está basado principalmente en los aportes de Carl Rogers.

Para este modelo la supervisión se debe enfocar en ayudar al supervisado a expandir, no solo su conocimiento teórico y técnico, sino también la capacidad de exploración propia, y el uso de sí mismo, es decir el estar plenamente presentes, de forma transparente, genuina, y así considerarse “agentes de cambio”.

Este modelo utiliza el método de grabación y transcripción, debido a que solo cuando los estudiantes tienen acceso directo al contenido de sus entrevistas, pueden identificar sus tendencias naturales de proveer asesoramiento y generar control en las sesiones.

Por otra parte, se trata de un modelo que se basa en el respeto del supervisado, como tal, y de considerar las necesidades particulares de cada uno de ellos en cada supervisión. Se trata entonces de una supervisión en colaboración, relacional y empáticamente con el desenvolvimiento de la persona que supervisa.

El modelo, suele mezclarse con otros constructos de forma tal de proveer un modelo combinado, dotado para brindar un acercamiento singular a la supervisión.

c. Modelo Cognitivo - Conductual: en este modelo se opera con la idea de que ambas conductas, adaptativas y desadaptativas son aprendidas y mantenidas a pesar de sus consecuencias.

Los supervisores de este modelo, son más específicos y sistemáticos que los de otros modelos, en las propuestas de las metas y procesos a llevar a cabo en la supervisión.

Ellos definen el potencial del supervisado como el potencial para aprender. Es así que, toman cierta responsabilidad por el aprendizaje del supervisado, debido a que ellos son los expertos. Deben llevar una agenda para cada sesión de supervisión, así como tareas de colaboración con el supervisado y evaluar lo aprendido en cada una de ellas.

d. Modelo Sistémico: La psicoterapia sistémica suele ser sinónimo de psicoterapia de familia. Basado en esta teoría, el modelo apunta a un supervisor que asista al supervisado a establecer límites claros entre los padres y el niño y también pueda mantenerlos entre él y el supervisado.

Se entiende que el psicoterapeuta y el supervisor son Agentes Activos de un sistema en el que están interviniendo.

Como especialistas sistémicos, los supervisores están atentos a la dinámica con el sistema familiar, entre la familia y el psicoterapeuta (supervisor), y entre la díada supervisor - supervisado.

e. Modelo basado en las emociones: desarrollado por Greenberg y Tomescu (2017) en “Supervision Essentials for Emotion-Focused Therapy”. Este modelo sostiene que la supervisión se desarrolla en base a una tríada, en tanto el supervisor invita al supervisado a dialogar sobre lo que sucede en psicoterapia y en la supervisión, a partir de la exploración empática, el aprendizaje basado en la experiencia, el modelamiento, el rol-play, y procesos guiados. Se trata de un supervisor comprometido y equitativo con el supervisado.

f. Modelo Constructivista: como base de este modelo, encontramos que “el conocimiento no es solo compartido en interacción, sino que es creado en interacción”.

La supervisión basada en este modelo, entiende que los psicoterapeutas deben comprometerse con pacientes para ayudarlos a construir qué es verdad y preciso para ellos, incluyendo su realidad cultural.

Dentro de este modelo, encontramos, por ejemplo, a aquel llamado: Aproximación Narrativa a la Supervisión: en el que los psicoterapeutas asumen que las personas son “narradores”, que crean una historia sobre ellos mismos que sirve como un modelo para organizar la experiencia pasada y también influir en el comportamiento futuro, modelo que también es influido por la cultura a la que el sujeto pertenece.

Ahora bien, en la Supervisión, el rol del supervisor es tanto asistir al supervisado a editar la historia de sus pacientes como a editar su historia profesional.

Por otra parte, en el modelo Constructivista también se encuentra la Supervisión focalizada en la Solución: la cual se basa en la teoría de la Psicoterapia focalizada en la Solución, que se centra en ayudar a los pacientes a que obtengan aquello que desean. Esta psicoterapia descansa sobre la idea de que los pacientes saben qué es lo mejor para ellos, de que no hay una sola correcta manera de ver las cosas, de que es esencial detenerse en aquello que es posible de cambiar, y que es imprescindible la curiosidad.

g. Modelo Integrativo: se basa en la literatura sobre supervisión per se, pero es una teoría flexible.

La verdadera integración teórica es sumamente compleja, y conlleva un arduo trabajo para ambos, supervisor y supervisado, los cuales pasarán mucho tiempo discutiendo sobre teoría, en comparación con aquellas supervisiones basadas en un marco teórico específico.

OBJETIVOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Objetivos generales: realizar una revisión narrativa sobre la supervisión clínica.

Objetivos particulares:

- Definir la supervisión en el ámbito clínico de la psicología.
- Desarrollar los antecedentes históricos de la supervisión clínica.
- Enunciar los distintos modelos de supervisión y desarrollar el modelo de supervisión basado en la psicoterapia seleccionando los principales representantes.
- Explicar la contribución de la supervisión en el ámbito clínico.

MÉTODO/TÉCNICAS

Para la realización de este proyecto se llevó a cabo una revisión de la literatura a partir de distintos motores de búsqueda y bases de datos.

Como criterio de selección bibliográfica utilizamos las siguientes palabras claves: supervisión, modelos/tipos de supervisión, desarrollo de competencias terapéuticas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Recopilación bibliográfica.	X	X	X	X	X							
Selección y clasificación bibliográfica.					X							
Discusión y compilación de la información.						X	X					
Elaboración del informe final.									X			

BIBLIOGRAFÍA

Bernard, J. y Goodyear, R. (2014). Fundamental of Clinical Supervition. Ed. Person. (Fifht Edition).

DCP Policy on Supervition (2014). Division of Clinical Psychology. The British Psychological Society,

Greenberg, L. y Tomescu, L. R. (2017). Suppervition Esentian of Emotion-Focused Therapy. (Clinical Supervision Essentials). Hanna Levenson and Arpana G. Inman, Series Editors.

Guidelines for Clinical Supervition in Health Service Psychology (2014). Published by American Psycological Assosation.

Ladany, N.; Friedlander, M. y Nelson, M. L. (2005). Critical Events in Psychotherapy Supervition. An interpersonal Approach. Published by American Psychological Assosation.

Milne, D. y Reiser, R. (2017). A Manual for Evidence-Based CBT Supervition. Ed Wiley Blackwell.

Sarnat, J. (2012). Supervising Psychoanalytic Psychotherapy: Present Knowledge, Pressing Needs, Future Possibilities. *Journal of Contemporary Psychotherapy On the Cutting Edge of Modern. Developments in Psychotherapy.* Volume 2 Number 3. Ed Springer.

FIRMA SUPERVISOR

ÍNDICE

Introducción	17
¿Qué es la Supervisión?	17
Hacia una definición de la supervisión clínica	18
Objetivos de la supervisión	23
Competencias específicas en y para la supervisión	23
Modalidades de la supervisión	26
Importancia de la supervisión	26
Concurrencias y recurrencias en las definiciones de supervisión	27
Antecedentes de la supervisión clínica	28
Modelos de supervisión	30
Modelos de supervisión según Bernard y Goodyear	32
Modelos de supervisión basados en la psicoterapia (primera generación)	33
Modelos de desarrollo (segunda generación)	34
Modelos de supervisión basados en el proceso (tercera generación)	35
Principales modelos del modelo de primera generación	36
Modelo psicodinámico	36
Orígenes del modelo psicodinámico.	36
Modelo de supervisión psicodinámico.	37
<i>Definición.</i>	37
<i>Objetivos.</i>	37
<i>Conceptos Fundamentales.</i>	37
<i>Relación supervisor - supervisado.</i>	41
Modelo cognitivo conductual	43
Orígenes del modelo cognitivo conductual.	43
Modelo de Supervisión Cognitivo Conductual.	44
	15

<i>Definición.</i>	44
<i>Objetivos.</i>	46
<i>Conceptos fundamentales.</i>	47
<i>Relación supervisor-supervisado.</i>	50
Modelo humanista	51
Orígenes del modelo humanista.	51
Modelo de supervisión humanista.	54
<i>Definición.</i>	54
<i>Objetivos.</i>	55
<i>Conceptos fundamentales.</i>	56
<i>Relación supervisor-supervisado.</i>	56
Modelo neohumanista.	57
Modelo sistémico	58
Orígenes del modelo sistémico.	58
Modelo de supervisión sistémico.	59
<i>Definición.</i>	59
<i>Objetivos.</i>	61
<i>Conceptos fundamentales.</i>	63
<i>Relación supervisor - supervisado.</i>	63
Contribución de la supervisión en el ámbito clínico	64
Ventajas	64
Desventajas	66
Conclusiones	67
Referencias	69
Anexos	77

Introducción

En el presente proyecto de investigación, se realizará una revisión narrativa sobre la supervisión clínica dentro del ámbito de la psicoterapia. Se desarrollarán sus distintas definiciones, sus antecedentes históricos, los modelos más representativos y sus principales ventajas y limitaciones.

La importancia de este trabajo se desprende del escaso desarrollo bibliográfico disponible en español y a nivel nacional sobre dicha temática, aún cuando resulta sumamente relevante para el trabajo profesional. Por lo que se espera que el mismo sirva de base y dé lugar a nuevas investigaciones sobre la supervisión clínica en el contexto local.

A continuación, se desarrollarán distintas definiciones sobre la supervisión clínica para luego analizar las convergencias y divergencias entre ellas, y así intentar arribar a una definición lo más abarcativa o general posible.

¿Qué es la Supervisión?

La supervisión puede ser definida de muchas maneras, dependiendo de la disciplina o área de trabajo.

Según la Real Academia Española (2021) el término supervisar proviene de *super* y *visar*, y es una acción que implica ejercer la inspección superior en trabajos realizados por otros.

La palabra supervisión se deriva de los vocablos latinos *super* y *vicio*, que significa “ver sobre”, lo cual se traduce como mirar desde arriba una actividad. El término de supervisión se utiliza tradicionalmente para definir el acto de vigilancia que una persona ejerce sobre el trabajo que realiza el personal que está bajo su mando.

Etimológicamente el término supervisión significa mirar desde lo alto, lo cual induce a la idea de una visión global. Por otra parte, en su concepto más propio la supervisión es un proceso mediante el cual una persona procesadora de un caudal de conocimientos y de experiencias, asume la responsabilidad de dirigir a otras para obtener con ellos resultados que les son comunes (“Origen y Etimología de la supervisión”, 2015).

Hacia una definición de la supervisión clínica

En este apartado se desarrollarán brevemente las definiciones propuestas por algunos de los tantos autores que han abordado el estudio de la supervisión clínica.

Una definición posible es considerarla desde el punto de vista del entrenamiento y la práctica, tanto del supervisor como del supervisado. Según lo desarrollado por Loganbill, Hardy y Delworth (1982), el modelo de supervisión se enfoca en el proceso dual de evaluación e intervención. Éstos consideran que la supervisión se trata de un proceso intensivo, interpersonal, en una relación uno a uno, en donde una persona es designada para facilitar el desarrollo de la competencia terapéutica de la otra, la cual consta de 3 elementos:

1. Uno a uno, refiere a que la supervisión requiere una alta atención personal individualizada que es designada a atender los atributos únicos personales y profesionales del entrenamiento. Una característica central es la integración. La atención personalizada facilita la integración entre el conocimiento de los conceptos teóricos, el repertorio de habilidades concretas y la reacción personal del alumno hacia el paciente.

2. El asesoramiento o terapia es esencialmente un proceso interpersonal. De acuerdo a esta definición, la relación entre el consejero y el paciente es central. Ello es lo que sostiene el proceso de supervisión.

3. Autoridad.

Haley (1997) sostiene que se entenderá la supervisión como aquellas situaciones en que el terapeuta en formación es responsable de un caso y es guiado por un supervisor.

Por su parte, Milne (2009), aborda el estudio de la supervisión señalando que las definiciones actuales son problemáticas debido a que carecen de especificidad, no tienen en cuenta la práctica interprofesional (por ejemplo, otras prácticas de la salud mental o disciplinas médicas), no enfatizan una crítica a la naturaleza de la relación de supervisión y generalmente, socavan los esfuerzos para estudiar sistemáticamente la supervisión.

Otros autores que entienden a la supervisión como un concepto problemático son Aten, Strain y Gillespie (2008), y Falender y Shafranske (2014), quienes además, abogan por un modelo de supervisión transteórico.

Aten, Strain y Gillespie (2008) abordan el estudio de la supervisión, partiendo del desarrollo de Prochaska y DiClemente quienes, en los años ochenta, examinaron los sistemas más populares de psicoterapia, buscando encontrar ciertos puntos en común entre ellos. Si bien estos autores, arribaron a ciertas convergencias entre los distintos sistemas, estas no fueron suficientes para dar respuesta a los numerosos desafíos con los que los terapeutas se encuentran regularmente, concluyendo que dependiendo de la orientación teórica de la que se parte, la psicoterapia puede conceptualizarse de distintas maneras (Aten, Strain y Gillespie, 2008). Del mismo modo, esto sucede al intentar definir la supervisión.

Si se entiende a la psicoterapia como un contacto directo con la realidad, podría decirse que la supervisión es una reflexión sobre ese contacto. Es decir que, en la psicoterapia se trabaja con la experiencia del consultante, mientras que en la supervisión, que puede ser en vivo o a partir de sesiones grabadas, se trabaja con la situación terapéutica que plantea el supervisado (López Marín, 2021). Aún así, considerando que los supervisores deben ayudar a sus supervisados a reflexionar sobre el impacto que sus propias creencias tienen en la psicoterapia, con frecuencia la línea que divide la supervisión de la psicoterapia es muy fina (Padesky citado por Keegan, 2012).

Por su parte, Falender y Shafranske (2004; 2014), quienes también han abordado el estudio de la supervisión desde un modelo transteórico, sostienen que la misma debe ser tratada como un área de especialización dentro de la actividad profesional, argumentando que la práctica de la supervisión consiste en competencias identificables que pueden ser aprendidas. Desde su punto de vista, la supervisión es un concepto de carácter polisémico, lo que implica que existen múltiples definiciones, que varían según los autores y la perspectiva que éstos adopten. Ejemplos de éstas son, aquellas que hacen énfasis en la naturaleza del vínculo supervisor-supervisado (jerárquico vs colaborativo), o en los factores críticos involucrados en el aprendizaje, o en la naturaleza del conocimiento, habilidades y actitudes o valores necesarios para desarrollar competencia, enfoques de evaluación y retroalimentación, la necesidad de un enfoque reflexivo tanto para el supervisor como para el supervisado. Así como otras que han hecho hincapié en la función de la supervisión, incluida la necesidad de asegurar protección al público, y monitorear la calidad del servicio profesional.

Es así que avalan la posibilidad de aplicar el modelo transteórico, aun cuando entienden la falta tanto de evidencia empírica como de instrumentos viables para su evaluación.

A modo de una definición más unívoca, los autores arriban a la siguiente definición:

La supervisión clínica es propuesta como una actividad profesional distinta, en la que la educación y la formación destinadas a desarrollar la práctica basada en la ciencia se facilitan a través de un proceso interpersonal colaborativo. Implica observación, evaluación, retroalimentación, facilitación de la autogestión del supervisado, evaluación y adquisición de conocimientos y habilidades mediante la instrucción, el modelado y la resolución mutua de problemas. Basándose en el reconocimiento de las fortalezas y talentos del supervisado, la supervisión fomenta la autoeficacia. La supervisión asegura que se lleve a cabo de una manera competente en la que los estándares éticos, prescripciones legales, y las prácticas profesionales se utilizan para promover y proteger el bienestar del paciente, la profesión y la sociedad en general (Falender y Shafranske, 2014, p.3).

Otro aspecto que desarrollan es la importancia de conceptos como la integridad, el respeto, la supervisión clínica eficaz, la alianza de supervisión, la diversidad, los factores personales y la contratransferencia en supervisión. También las competencias, la autoevaluación, el feedback y la evaluación en el proceso de supervisión. Y finalmente la necesidad del desarrollo de competencias éticas y legales en todo supervisado.

Según una definición de The British Psychological Society, podemos agregar que la supervisión se trata de:

Un proceso formal para el apoyo profesional y el aprendizaje que permite a los profesionales desarrollar conocimiento y competencia, asumir la responsabilidad de su propia práctica y mejorar la protección y seguridad del consumidor en situaciones complejas. Es fundamental para el proceso de aprendizaje y alcance de la expansión de la práctica, y debe ser visto como un medio que aliente la autoevaluación, la habilidad analítica y reflexiva. A su vez, la supervisión dentro de la psicología clínica se puede definir como la provisión formal, por parte de supervisores aprobados, de una educación

y capacitación basada en relaciones, que se enfoca en casos y que gestiona, apoya, desarrolla y evalúa el trabajo de los colegas junior. (2014, p.3).

Otra forma de pensar la supervisión es desde el punto de vista estructural, tal como desarrolla Zas Ros (2015) en “Formación en supervisión psicológica”. La autora explica que en algunos sistemas institucionales de la psicología, la supervisión es una función normativa requerida para la afiliación institucional y el ejercicio profesional. Sostiene que la misma es un instrumento de trabajo que tiene dos vertientes, una formativa y otra colaborativa.

Otros autores que han intentado arribar a una definición genérica de la supervisión clínica son Greenberg y Tomescu, que la definen como "la acción o proceso de observar y dirigir lo que alguien hace o cómo se hace algo y asegurarse de que todo se haga correctamente" (2017, p. xi).

Finalmente Fernández Álvarez (2020) entiende que la supervisión consiste en una forma de intercambio entre dos o más terapeutas que cumple tres funciones principales: a) formación y entrenamiento, b) orientación personal o ayuda terapéutica, c) asesoramiento institucional.

A pesar de las numerosas definiciones y puntos de vistas que se encuentran sobre la supervisión clínica, se ha evidenciado un cambio de paradigma en la literatura sobre la supervisión, que se evidencia principalmente en tres aspectos. El primero, en que se denota un mayor enfoque en la importancia del lenguaje en la supervisión, un principio central del paradigma posmoderno. El segundo, refiere al valor otorgado a utilizar enfoques basados en fortalezas por sobre técnicas basadas en deficiencias (es decir, resaltar y corregir errores). Y por último, el hecho de que cada vez, más autores abogan por la eliminación de la jerarquía dentro de la relación de supervisión, lo que se basa en la creencia de que los supervisores no tienen mayor acceso a la verdad que sus supervisados (Shurts, 2015).

¿Será entonces posible definirla?, ¿Qué implica Supervisar? Para introducirnos en ello retomaremos la obra de Bernard y Goodyear (2014), obra que atravesará todo el trabajo de investigación.

Según los autores, si bien la supervisión clínica implica enseñanza, asesoramiento, consulta y terapia, éstos son términos bien diferenciados (ver Figura 1). Se trata de un concepto distinto a la enseñanza puesto que no es únicamente un proceso de instrucción y formación, ni

corresponde a un asesoramiento ya que no implica orientación, ni consejería. No se trata de una terapia debido a que no es un tratamiento, y finalmente, tampoco puede ser considerada una consulta ya que no es una simple asesoría y conlleva más de un encuentro. Siguiendo a los mismos autores, podemos decir que la supervisión implica una relación bidireccional, entre un supervisor y un supervisado, que por lo general comparten la misma profesión, y supone una mayor experticia por parte del supervisor, que orienta al supervisado en la adquisición de habilidades y desarrollo de su profesión. Esta relación se extiende en el tiempo, se caracteriza por ser evaluativa y jerárquica, y tiene como objetivos principales mejorar el desempeño profesional del supervisado, hacer un seguimiento de los servicios profesionales que el supervisado imparte a sus clientes y servir de guía en la profesión que el supervisado pretende adentrarse (Bernard y Goodyear, 2014).

	SIMILARITIES	DIFFERENCES
<i>Teaching</i>	- Both have the purpose of imparting new skills and knowledge. - Both have evaluative and gatekeeping functions.	Whereas teaching is driven by a set curriculum or protocol, supervision is driven by the needs of the particular supervisee and his or her clients.
<i>Counseling or Therapy</i>	Both can address recipients' problematic behaviors, thoughts, or feelings.	- Any therapeutic work with a supervisee must be only to increase effectiveness in working with clients. - Supervision is evaluative, whereas counseling is not. - Counseling clients often have a greater choice of therapists than supervisees have of supervisors.
<i>Consultation</i>	Both are concerned with helping the recipient work more effectively professionally. For more advanced trainees, the two functions may become indistinguishable.	- Consultation is a relationship between equals, whereas supervision is hierarchical. - Consultation can be a one-time event, whereas supervision occurs across time. - Consultation is more usually freely sought by recipients than is supervision. - Supervision is evaluative, whereas consultation is not.

Figura 1. Supervision vs Teaching, Counseling and Consultation. Tomado de Bernard y Goodyear (2014).

Objetivos de la supervisión

El objetivo principal de la supervisión es ayudar a los terapeutas a adquirir las competencias necesarias para ofrecer psicoterapia de buena calidad en cumplimiento del protocolo. Por este motivo resulta primordial que emerja de la investigación un adecuado desarrollo de las mismas, la cual permita arribar a una clara definición y a una adecuada comprensión, a fin de poder enseñarlas de forma idónea.

Así mismo, se puede afirmar que los objetivos de la supervisión son numerosos y dependen, en parte, del punto de vista teórico desde el cual se lo aborde. Estos se desarrollarán más adelante cuando se aborde cada modelo teórico en particular. Sin embargo, es posible establecer los siguientes objetivos generales, como meta de la supervisión estándar en los entrenamientos en terapia clínica (Dorsey et al. citado por Milne y Reiser, 2017):

1. Asegurar la fidelidad de la terapia.
2. Desarrollar competencias a través de la revisión comportamental/conductual.
3. Revisión terapéutica a través de observación directa.
4. Monitoreo de los resultados clínicos.

Competencias específicas en y para la supervisión

Las competencias refieren a las características personales que están causalmente relacionadas con un desempeño exitoso en un trabajo o actividad. Son causa del comportamiento (junto con el contexto y la motivación) y se considera que es distinto del talento, que es algo innato, no se aprende. Es decir, como se mencionó anteriormente, las competencias pueden ser aprendidas (Falender y Shafranske, 2014).

Según Keegan (2012) quien retoma a diversos autores (Milne, Baker, Blackburn, James & Reichelt, 1999; Shaw et al., 1999), la competencia del terapeuta parece ser en cierta medida una calificación contextual en lugar de un rasgo totalmente estable. Sin embargo, la evidencia también apoya la idea de que la competencia generalmente mejora durante el entrenamiento y que está relacionada, al menos moderadamente, con la evolución del paciente.

En cuanto a las competencias del supervisor, Goodyear, Falender y Rousmaniere (2017) proponen una serie de condiciones que son esenciales propiciar para mejorar su desempeño:

1. Desarrollo como supervisores.
2. Desarrollo y mantenimiento de una relación efectiva con quienes reciben supervisión.
3. Trabajo desde un contrato.
4. Desarrollar y mantener la competencia multicultural.
5. Observación directa del desempeño de quienes reciben supervisión.
6. Ofrecer y buscar retroalimentación efectiva.
7. Quienes supervisan también necesitan retroalimentación.
8. Satisfacer la responsabilidad ética con el público salvaguardando la profesión.
9. Humildad.

Lubina y Cardona (2017) explican el concepto de humildad cultural, un concepto poco mencionado pero fundamental a la hora de entender la supervisión. Este concepto se refiere al desarrollo de competencias multiculturales que son parte de la formación clínica y una manera de asegurar el respeto hacia las diferentes identidades culturales de los actores de la supervisión. La competencia multicultural es un eje transversal que se encuentra a lo largo de toda la experiencia de supervisión, está inmersa dentro del contexto cultural y considera la construcción de significados, creencias, actitudes, valores, lenguaje, y espiritualidad, así como la posición de poder, privilegio y opresión (Falender, Shafranske y Falicov, 2014).

En resumen, al igual que su definición, el desarrollo de las competencias específicas para la supervisión clínica tampoco ha sido unívoco. El problema de la falta de definiciones precisas sobre las competencias se ve agravado por el problema de la relativa falta de investigación y de cómo debe llevarse a cabo la supervisión de modo que cumpla con su función formativa. Por lo tanto, como sostuvieron, Falender y Shafranske (2007), la formalización de la formación en habilidades de supervisión es una temática que evoluciona lentamente.

Por mucho tiempo las competencias en supervisión no fueron consideradas como distintas a las competencias en las otras actividades de la psicología profesional. Es así, que la Asociación de Psicología Americana (APA), uno de los marcos regulatorios a nivel internacional, publicó una guía para optimizar la calidad de supervisión clínica basada en la literatura de competencias en supervisión, resaltando la necesidad de separar competencias en supervisión con otras competencias requeridas en psicología (APA, 2015).

La guía APA (2017) organiza las competencias en siete dimensiones relacionadas con la supervisión clínica:

1. Competencia de las personas supervisoras;
2. Diversidad;
3. Relaciones;
4. Profesionalismo;
5. Evaluación y devolución;
6. Problemas en competencias profesionales, y,
7. Consideraciones éticas, legales y de regulación.

Cada dimensión está operacionalizada en aspiraciones o habilidades específicas. Dicha guía asume que el énfasis de la supervisión es el desarrollo de las competencias de las personas supervisadas. Utiliza un enfoque basado en el carácter evolutivo de la consecución de habilidades y en la acentuación de las fortalezas; y afirma que la supervisión es diferente a la terapia personal, la mentoría y la consultoría.

En algunos países los requisitos para ser supervisor se encuentran delimitados mientras que en la Argentina, como en la mayoría de los países de América Latina, todavía se encuentran en desarrollo debido a la falta de consenso.

Argentina cuenta con el código de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA), que establece una serie de normas deontológicas. Dentro del ítem (5) *Docencia*, se hace mención a la supervisión en el artículo 5.1, al establecer que “los psicólogos que desempeñan funciones en la formación, capacitación, entrenamiento, supervisión de grado o postgrado de profesionales psicólogos, sea en forma regular o esporádica, en instituciones públicas, privadas o a título personal, deben guiarse por las siguientes reglas” (2013, p.12). Dentro de ellas, se enumera una serie de normas que el profesional psicólogo deberá cumplir. Entre sus obligaciones, se establece que el psicólogo experto no deberá delegar ninguna de sus funciones como docente en personas no capacitadas para cumplirlas. Deberá ser cuidadoso en el empleo de la influencia que, por la asimetría de los roles, pudiera tener sobre sus estudiantes y supervisados. Deberá promover el conocimiento y observancia de la ética profesional, y, mantendrá buenas relaciones con los alumnos sobre la base de un nivel adecuado de exigencia y respeto mutuo (FePRA, 2013).

Al mismo tiempo, el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, redactó un código de ética provincial, que menciona a la supervisión en dos de sus artículos: uno referente al secreto profesional (cap. II: Responsabilidad en la práctica profesional, art. 15) y el otro referido a la docencia, formación y prevención (cap. IV: Docencia, formación y prevención, art. 47). En este último, se establece como responsabilidad inherente al ejercicio profesional del psicólogo, supervisar el trabajo realizado, como una práctica frecuente.

Modalidades de la supervisión

Se encuentran diversas formas de llevar a cabo una supervisión, la cual variará según diversos aspectos, como pueden ser el modelo, el marco teórico, el contexto sociocultural, etc.

La modalidad más utilizada de supervisión es la forma individual pero no es la única. También existe la supervisión grupal debido a que presenta ciertas ventajas. Una de ellas, es que le da la oportunidad a los supervisados/as de acceder a una gama más amplia de pacientes y estilos terapéuticos, y pueden aprender a dar feedback constructivo a otros (siendo esto parte de su educación para convertirse en supervisores). Este formato también da más oportunidades para el roleplaying. Grupos pequeños de dos o tres supervisados pueden reunirse en una sesión de una hora. Si se trata de más supervisados, es mejor tener sesiones más largas. Además, es particularmente útil cuando los supervisores son escasos, algo que es común en ciertas instituciones. No obstante, la supervisión individual proporciona una evaluación más pormenorizada del caso.

Al mismo tiempo, los avances tecnológicos han posibilitado achicar algunas brechas posibilitando que la supervisión se dé en contextos antes impensados. Hoy en día es posible supervisar desde distintas zonas geográficas, por teléfono, videollamada, incluso las sesiones pueden grabarse en audio y vídeo y enviarse por correo electrónico. En suma, la supervisión es una práctica globalizada donde la barrera más importante que aún subsiste es el idioma del paciente (Keegan, 2012).

Importancia de la supervisión

Falender y Shafranske (2014), sostienen que el hecho de considerar la supervisión clínica como una competencia profesional distintiva y nuclear dentro de la psicología, ha generado que reciba más atención por parte de los profesionales, en busca de desarrollar pautas y

atención regulatoria, y en la identificación de componentes para la supervisión efectiva. Siguiendo la misma línea, Milne y Reiser (2017), expresan que la supervisión debe estar en todas las actividades profesionales. Tanto los supervisores, como los supervisados la consideran como una actividad de gran influencia en la práctica, siendo reconocida como un componente esencial para los servicios de Salud Mental.

Según Fernández Álvarez:

Un aspecto de particular importancia es el vinculado con las situaciones críticas en el curso del tratamiento ya que, habitualmente, muchos terapeutas buscan una supervisión cuando se ven enfrentados a situaciones difíciles de resolver o ante las cuales se ven sobrepasados en sus competencias. Si bien es muy comprensible y razonable propiciar una intervención en esos casos, es importante que la supervisión no quede subsumida en torno a esos fenómenos. (2020, p.6).

Los supervisores deben estar preparados para iniciar discusiones sobre la diversidad en materia de supervisión, ya que esto ha demostrado mejoras en relación a la supervisión (Falender y Shafranske, 2007). Los supervisores también deben ser conscientes del poder que pueden ejercer en las vidas de sus supervisados, ya que su juicio sobre la actuación de los terapeutas noveles puede tener un impacto significativo en el curso de sus carreras profesionales (Kaslow, Rubin, Bebeau, et al., 2007). Por lo tanto, los supervisores son responsables de crear, comunicar y mantener un clima seguro, que potencie el crecimiento profesional de sus supervisados, para que puedan aprender óptimamente a llevar a cabo una terapia en forma cada vez más competente. Al mismo tiempo, los supervisores tienen la seria responsabilidad de detectar problemas graves y déficits en el desempeño de sus supervisados, apuntalándolos en forma abierta y directa, protegiendo al paciente involucrado en caso de que el supervisado no pueda o no esté dispuesto a producir los cambios necesarios en su desempeño profesional (Kaslow, Rubin, Forrest, et al., 2007).

Concurrencias y recurrencias en las definiciones de supervisión

Aún cuando se reconoce la importancia de la supervisión, no se ha arribado todavía, a una definición unívoca. Sin embargo, se destacan ciertas convergencias y recurrencias de las distintas definiciones (Ver ANEXO 1).

La supervisión se trata de un concepto problemático debido a las múltiples acepciones según las distintas disciplinas, profesiones y/o marcos teóricos que lo aborden. Lo cual la lleva a ser entendido como un concepto polisémico. Aún así, se revelan como ítems resonantes en cada definición:

1. Que se trata de una acción y/o proceso.
2. En el cual intervienen mínimamente dos sujetos, que comparten la misma profesión: supervisor y supervisado.
3. Uno de los cuales, el supervisor, cuenta con mayor experiencia en la profesión.
4. Que tiene por objetivo generar un mayor desarrollo de competencias por parte del supervisado, aquellas necesarias para llevar a cabo la profesión de forma idónea.
5. Un concepto que parece repetirse, incluso cuando se aborda desde distintos modelos y/o profesiones, es el de alianza.
6. Que involucra cierto grado de responsabilidad por parte del supervisor y del supervisado, implicando aspectos éticos y legales.
7. Finalmente, que se trata de un aspecto formal, o que al menos debería serlo, principalmente debido a lo expuesto en el ítem anterior.

Antecedentes de la supervisión clínica

Si bien la supervisión clínica se introdujo como una extensión natural de una práctica habitual en el terreno médico, todos los autores que hablan sobre la supervisión clínica en psicoterapia, aún de distintas orientaciones teóricas, coinciden en que el inicio de la supervisión se remonta a finales del siglo XIX cuando Breuer y Freud comenzaron a tratar a las pacientes con sintomatologías histéricas (Watkins, 2015).

Hay otros dos momentos significativos en el comienzo de la supervisión clínica psicoanalítica. El primero de ellos ha sido identificado como las reuniones de las noches de los miércoles en la casa de Freud, a principios de 1900. Allí, junto con aquellos aprendices motivados por el ánimo de practicar y esparcir el conocimiento del psicoanálisis, se desarrollaban discusiones sobre la dinámica y tratamientos de una variedad de casos psicoanalíticos.

Mientras que el segundo, corresponde a los encuentros que Freud mantenía con Max Graf, el padre del pequeño Hans, a fin de ofrecerle directivas, sugerencias y consejos, para que éste pudiera ayudar a su propio hijo. Las reuniones de los miércoles por la noche, podrían considerarse un comienzo informal de la supervisión, mientras que el trabajo con Max Graf, podría considerarse un comienzo de la supervisión más formal (Watkins, 2015).

La institucionalización de la supervisión psicoanalítica comienza a producirse una década después, a comienzos de 1920 en Berlín, cuando Max Eitingon (quien presidió la Asociación Psicoanalítica Internacional, desde 1925 hasta 1932) inició sus esfuerzos para consagrar la supervisión como un factor crucial, componente de formación fundamental en la educación psicoanalítica (Watkins, 2015). Así es que surgió el Modelo Eitingon para el entrenamiento de analistas en formación. Este modelo se sigue empleando en diferentes partes del mundo, pero ahora con variaciones.

De este modo, la supervisión se institucionaliza, en 1922, como una forma de trabajo necesaria cuando la Sociedad Psicoanalítica Internacional adoptó estándares formalizados que estipulaban cursos formales y el tratamiento de varios pacientes bajo supervisión. Desde entonces, la supervisión se ve impactada en dos sentidos, uno que se relaciona con el principio de “autoridad profesional” y el otro con el rol que ejercen las instituciones en el ordenamiento y reglamentación de los terapeutas, dejando un problema básico, actualmente activo, relacionado al “poder” (Fernández Álvarez, 2016).

Durante la década de 1930 se genera una bifurcación dentro del psicoanálisis, respecto del concepto supervisión. Se desarrollan dos puntos de vista, uno es el de la escuela de Budapest, que sostiene que la supervisión debería ser una continuación del análisis personal del supervisado, con el mismo analista. Mientras que la escuela de Viena, entiende que deben darse en ámbitos separados, y que la supervisión debería llevarse a cabo en un ámbito didáctico.

Es así que la supervisión fue considerada como un proceso de aprendizaje centrado en el supervisado. Es decir, se evaluaba su trabajo, se corregía y ampliaba con la ayuda del supervisor experto. Por este motivo, los primeros modelos entendían la supervisión al modo de la psicoterapia, como si se tratara de hacer un tratamiento en el que se discutía el impacto de los problemas del paciente sobre el terapeuta. Mientras que el análisis didáctico solía ser obligatorio para que un candidato se convirtiese en psicoanalista.

Esto comienza a cambiar cuando Ekstein y Wallerstein (1972) articulan un modelo de supervisión, que la mayoría de los que adhieren al modelo psicodinámico, aceptan. Ellos entienden la supervisión como un proceso de enseñanza y aprendizaje, que pone especial énfasis en las relaciones entre el paciente y el terapeuta; y entre el terapeuta y el supervisor y entre los procesos que se ponen en juego entre ellos. Tiene como objetivo enseñar y trabajar de cerca con el supervisado, con el propósito de que éste aprenda cómo entender la dinámica de resolver los conflictos relaciones.

Si bien la supervisión nace con el modelo teórico psicodinámico, la misma ha ido evolucionando a partir del reconocimiento de su utilidad para un proceso terapéutico idóneo. En la medida que otros enfoques de terapia (distintos del psicoanálisis) la han ido adoptado y asimilado a su respectivo marco teórico, esta práctica ha logrado convertirse en un área diferenciada, es decir, un área de especialización en sí misma (APA, 2017).

De este modo, los requisitos para el ejercicio de la práctica y la manera de evaluarla se diversificaron, siguiendo las premisas de esos nuevos enfoques de terapia. La mayoría de ellos coincidieron en separar la supervisión del trabajo terapéutico de la terapia personal del terapeuta, ya que veían a la supervisión como un recurso necesario para evaluar el proceso de la terapia y garantizar cierta calidad de procedimientos. En la medida que la psicoterapia se expandía y aumentaba el volumen de las prestaciones, ese control (o supervisión) fue adquiriendo un valor institucional, precisamente porque las instituciones requerían sistemas cada vez más estrictos para regular la calidad de esas prestaciones (Fernández Álvarez, 2016).

Según Fernández Álvarez (2016) en la actualidad, la mirada de la supervisión privilegia el aspecto formativo y el trabajo de entrenamiento que supone para las personas supervisadas.

Modelos de supervisión

Se habla de modelos de supervisión y no de teorías de la supervisión, debido a que se trata de dos conceptos diferentes.

Las teorías son conjuntos de enunciados interrelacionados que definen, describen, relacionan y explican fenómenos de interés y tienen por función, la descripción de los fenómenos, el descubrimiento de sus relaciones y el de sus factores causales. Por su parte los modelos son representaciones simplificadas de objetos de interés y su función es la de facilitar el

tratamiento del objeto o fenómeno que representan. De esta forma simplifican la investigación, porque incluyen sólo los aspectos relevantes a un campo determinado, y no pretenden representar la totalidad del objeto de estudio.

Por tanto, mientras que las teorías intentan cubrir visiones del mundo bastante completas de la etiología, el mantenimiento y la resolución de un problema, los modelos, si bien pueden ser simples o complejos, corresponden a visiones más delimitadas del objeto de estudio. Es así que este concepto pareciera ser el término más aceptado e instaurado en lo cotidiano de la literatura respecto de la supervisión clínica.

Para Leddick (1994), un modelo de supervisión hace referencia a la manera sistemática en la que se aplica la supervisión y se refiere a prácticas, rutinas y creencias (construcciones sociales) que son fundamentales para la comprensión de la supervisión clínica. Desde su punto de vista se podrían clasificar en tres modelos generales de supervisión: desarrollo, integrados, y de orientación específica, aunque el autor, considera que la decisión de utilizar un metamodelo basado en las fortalezas del terapeuta o un modelo centrado en los problemas es lo más importante que un supervisor clínico puede hacer a priori.

Otros autores, como son Bernard y Goodyear (2014) entienden que los modelos de supervisión proveen un marco de referencia conceptual para los supervisores. Por tanto, como tales, ayudan a que la supervisión sea más consistente, guiando a los supervisores para que proporcionen una labor que aborde las necesidades de sus supervisados.

Los modelos pueden ser aplicados tanto en contextos organizacionales, así como en contextos sociales y/o profesionales. Por otra parte, también se han desarrollado modelos que atienden a la supervisión de la terapia con poblaciones específicas de pacientes.

Es debido a la complejidad tanto de la psicoterapia como de la supervisión, que ningún modelo podría tener éxito en abordar todas estas áreas importantes, sin caer por su propio peso. Por lo tanto, a medida que evolucionó la especialidad de supervisión, surgieron modelos que atienden diferentes aspectos de la misma.

Como se señaló, a principios de la década de 1980, el área de supervisión tiende a seguir el ejemplo de la psicoterapia (Leddick y Bernard, 1980) en términos de desarrollo teórico (por ejemplo, enfoques posmodernos), desarrollo profesional (por ejemplo, códigos éticos) y

cuestiones claves (por ejemplo, experiencia en terapia multicultural y supervisión). Aunque todavía no nos acercamos a la marca millennial de los modelos de supervisión, es cierto que siguen apareciendo nuevos modelos y se siguen perfeccionando modelos más antiguos.

Modelos de supervisión según Bernard y Goodyear

Tras definir lo que es un modelo de supervisión, se desarrollarán los modelos de Bernard y Goodyear, en los que se basa el presente trabajo de investigación.

Se fundamenta el desarrollo de este trabajo, basado en los modelos propuestos por estos autores, ya que son aquellos que a la hora de realizar el estado del arte respecto a la temática abordada, se consagraron como exponentes principales.

En el siguiente cuadro (Figura 2) se esquematizan los modelos de supervisión propuestos y desarrollados por Bernard y Goodyear (2014). Dichos autores, dividen los modelos de supervisión en tres categorías taxonómicas:

1. *Modelos basados en psicoterapia.*
2. *Modelos de desarrollo*, así como contribuciones empíricas con respecto al desarrollo de la complejidad cognitiva en supervisados.
3. *Modelos de procesos de supervisión*, modelos que intentan explicar la actividad de la supervisión en sí misma, desde una variedad de puntos de vanguardia.

La primera categoría hace referencia a los llamados modelos de primera generación, que son los principales modelos a partir de los cuales surgen los consecuentes modelos desarrollados. La segunda categoría se refiere a los modelos de segunda generación, que son más recientes y tienden a basarse en los modelos enumerados dentro de las categorías principales. Éstos incluyen modelos combinados, modelos basados en objetivos y modelos de factores comunes. Finalmente la tercera, hace referencia a los modelos de tercera generación, los cuales. surgen de considerar la Supervisión como un proceso educativo y relacional, dando un paso hacia atrás de los de modelos de segunda generación, para observar el proceso de Supervisión en sí.

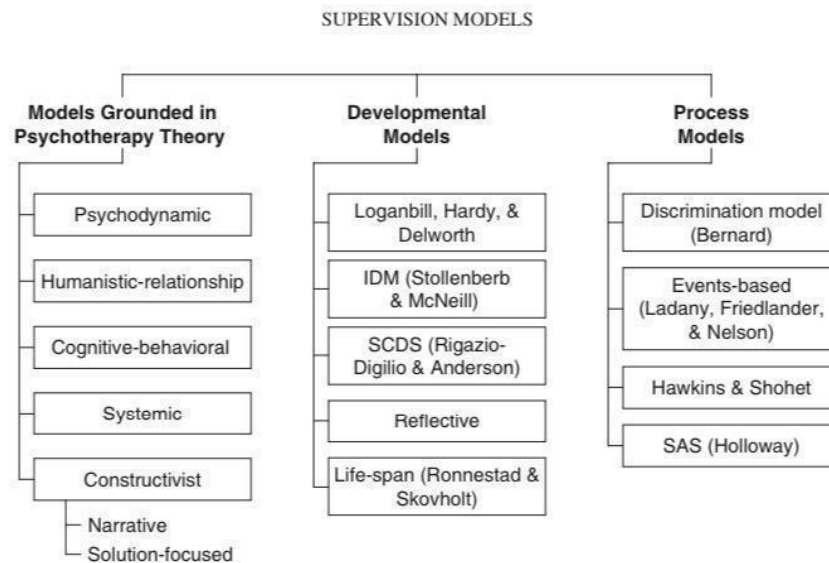


Figura 2. Major Categories of Clinical Supervision Models. Tomado de Bernard y Goodyear (2014).

Modelos de supervisión basados en la psicoterapia (primera generación)

Dentro de esta categoría encontramos el modelo psicodinámico, el modelo centrado en la persona (humanista), el modelo cognitivo conductual, el modelo sistémico y el modelo constructivista².

Estos modelos se basan en las primeras teorías psicológicas, lo cual puede justificarse pensando que los supervisores clínicos fueron, en primer lugar, consejeros o terapeutas. Es casi inevitable, entonces, que la lente que aprendieron a usar para comprender su trabajo en ese rol, se generalice también a su trabajo en el rol de supervisor. Entonces aquel paradigma que ha delimitado su labor con sus pacientes, se transfiere a su labor como supervisores, siendo así que la teoría psicoterapéutica y el aprendizaje en supervisión se encuentran alineados.

Los modelos basados en la psicoterapia se centran principalmente en la transmisión de un enfoque de terapia.

² Este último modelo no será abordado en el trabajo de investigación.

Modelos de desarrollo (segunda generación)

Estos modelos no son nuevos, algunos datan de entre los años '50 y los '60. Sin embargo, se han trasladado al centro del escenario a principios de 1980 con el trabajo de Littrell, Lee-Bordin y Lorenz en 1979, Stoltenberg en 1981, Loganbill, Hardy y Delworth en 1982 y Blocher en 1983, entre otros.

Estos se fundamentan en la combinación de factores comunes, procesos comunes y perspectivas de prácticas comunes, incluyendo la aplicación del modelo de psicoterapia contextual basados en la evidencia.

Los modelos de desarrollo no son todos del mismo tipo. Si bien se centran en las complejidades del proceso de aprendizaje para el supervisado, algunos se basan en gran medida en la teoría del desarrollo psicosocial, por ejemplo, Loganbill y colaboradores en 1982; otros parecen ser más eriksonianos al ofrecer etapas de desarrollo discretas, principalmente lineales, por ejemplo, Stoltenberg en 1981.

Stoltenberg y Mcneill incluyen la teoría del aprendizaje cognitivo, la influencia interpersonal y el aprendizaje social, la teoría de la motivación y los modelos de desarrollo humano, como todos los contribuyentes de su modelo de desarrollo integrador (IdM por sus siglas en inglés). Esta lista puede ser suficientemente completa para apreciar los fundamentos de los modelos de supervisión del desarrollo. Dicho de la manera más sucinta posible, todos los modelos de desarrollo están organizados en torno a las necesidades del supervisado, en función de alguna evaluación de su estado de desarrollo profesional, en relación con algunos estándares de desempeño.

Según Consoli et al. (2017), dentro de estos modelos de segunda generación se podrían identificar tres líneas no excluyentes:

1. Modelos que enfatizan las competencias, los cuales se enfocan en los conocimientos, destrezas, actitudes y valores que se requieren para desarrollar habilidades clínicas específicas también de los que se enfatizan las evidencias. Examinan, desarrollan y evalúan los resultados medibles en las prácticas de supervisión.

2. Modelos basados en procesos enfocados en los roles, tareas, relaciones e interacciones que constituyen el proceso de supervisión, incluyendo los modelos de roles sociales, los modelos sistémicos y el modelo discriminatorio desarrollado por Bernard.

3. Modelos que reconocen que el proceso de supervisión está influenciado por las etapas del desarrollo de quienes proveen supervisión, quienes la reciben y del proceso en sí.

Modelos de supervisión basados en el proceso (tercera generación)

Estos modelos surgieron de un interés por la supervisión como proceso educativo y relacional. Retroceden principalmente para observar el proceso de supervisión en sí. Ofrecen un cambio de paradigma, enfatizando los beneficios de la relación en el bienestar profesional, en el desarrollo de la identidad de la persona supervisada, en el proceso de supervisión y en el aprendizaje, reconociendo en la globalización e internalización, una oportunidad para incorporar prácticas culturales y sociales pertinentes (Consoli et al., 2017).

Pueden ser simples o complejos, dependiendo de cuánto del proceso intenten describir, así como de cuántos niveles sistémicos. Son cuatro los modelos de procesos de supervisión más conocidos: el modelo de discriminación propuesto por Bernard en 1979; el modelo de Ladany, Friedlander y Nelson en 2005, que se enfoca en eventos críticos; el modelo de Hawkins y Shohet en 2000; y el enfoque de sistemas de supervisión de Holloway en 1995.

No hay evidencias que sugieran que un modelo es superior a cualquier otro (Morgan y Sprenkle, 2007). Aún así, en este trabajo, se tomará como referencia la propuesta de Bernard y Goodyear (2014), centrándonos en los modelos de la primera generación. Dentro de esta categoría se profundizará en cuatro de los modelos de supervisión basado en la psicoterapia: *el modelo psicodinámico, el cognitivo-conductual, el modelo humanista y el modelo sistémico*. Ya que se consideran los principales modelos a partir de los cuales surgen los consecuentes modelos desarrollados. De cada modelo, se desarrollarán como ejes centrales: orígenes del modelo psicoterapéutico, en qué consiste el modelo de supervisión (definición, conceptos fundamentales y objetivos) y relación supervisor – supervisado.

Principales modelos del modelo de primera generación

Modelo psicodinámico

Cuando hablamos de modelos de supervisión, el modelo psicodinámico es uno de los más renombrados. Los conceptos desarrollados por este modelo han influido, tanto en la teoría como en la práctica, más que cualquier otro modelo (Bernard y Goodyear, 2014).

Orígenes del modelo psicodinámico.

El psicoanálisis fue fundado por Freud luego que abandonara el método catártico, practicado bajo hipnosis y sugestión, y comenzara a recurrir a la única regla: la asociación libre. El modelo como tal, fue definido en un artículo de la *Encyclopédie* en 1922 como: “1. Un método para la investigación de procesos mentales prácticamente inaccesibles de otro modo. 2. Un método, basado en esta investigación, para el tratamiento de los trastornos neuróticos. 3. Una serie de concepciones psicológicas adquiridas por este medio y que en conjunto van en aumento para formar progresivamente una nueva disciplina científica” Laplanche y Pontalis (2007).

Es decir que, como explican estos autores en el *Diccionario de Psicoanálisis*, se distinguen tres niveles dentro del psicoanálisis freudiano. Éstos son:

A) Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la intervención.

B) Un método psicoterapéutico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. En este sentido se utiliza la palabra psicoanálisis como sinónimo de cura psicoanalítica.

C) Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento.

Modelo de supervisión psicodinámico.

Definición.

La supervisión psicoanalítica puede ser definida como una intervención en la que un profesional psicoanalista superior, en conocimiento y experiencia, entra en una relación con un miembro de la misma profesión con menor conocimiento y experiencia, con la finalidad de mejorar la práctica y las habilidades conceptuales y el funcionamiento profesional del miembro junior. La relación de supervisión profesional se extiende en el tiempo, es evaluativa y jerárquica, e implica el seguimiento de la calidad y el control de la misma.

Según Watkins (2015), la supervisión es “normativa, formativa y restaurativa en forma y función, abordando respectivamente cuestiones de responsabilidad, estimulación del aprendizaje del supervisado y provisión de apoyo a fomentar tal aprendizaje” (p.452). Mientras que la función normativa provee un estándar de calidad en la disciplina, la segunda apunta a facilitar el aprendizaje y la pericia del supervisado, siendo finalmente la restaurativa, la que fomenta el procesamiento emocional de los casos.

Objetivos.

Siguiendo lo desarrollado por Watkins (2015), la supervisión psicoanalítica contribuye a:

1. el desarrollo y la mejora de las habilidades psicoanalíticas conceptuales y de tratamiento,
2. el desarrollo y cristalización de la identidad psicoanalítica,
3. el desarrollo de convicción sobre el significado de la terapia analítica en sí,
4. un adecuado seguimiento de los esfuerzos de tratamiento del analista y el "control de acceso" (es decir, no enviar un candidato inaceptable hacia adelante), y
5. monitorear y salvaguardar la atención al paciente.

Conceptos Fundamentales.

Cabe destacar que la importancia de Freud no radica únicamente en haber iniciado y desarrollado la teoría psicoanalítica, sino que también, es considerado el primer supervisor (Frawley-O'Dea y Sarnat, 2001). Todos los conceptos por él desarrollados, han sido retomados

por distintos psicoanalistas modernos, dando lugar a una serie de conceptos básicos que son claves para la comprensión precisa y la implementación efectiva de la supervisión psicoanalítica. Algunos de ellos son: el campo de la supervisión, la transferencia y contratransferencia del supervisado, la contratransferencia del supervisor, la alianza de aprendizaje y el proceso paralelo (Watkins, 2015).

El concepto *transferencia* designa el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos, y de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. “La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia. (...) Mientras que la *contratransferencia*, designa al conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste” (Laplanche y Pontalis, 2007).

Este concepto se encuentra ligado al de factores personales, que son independientes de la educación y la formación profesional. Se entiende por factores personales a las creencias, las actitudes, las experiencias de vida, la personalidad y los estilos interpersonales de un sujeto. La *contratransferencia* se destaca entre los efectos potenciales de los factores personales en el proceso clínico.

Dentro del contexto de la supervisión, los supervisores juegan un papel fundamental en el modelado de la importancia de los factores personales, llamando la atención sobre las influencias (a menudo sutiles) que afectan tanto a la supervisión como al proceso psicoterapéutico. De acuerdo con los esfuerzos para tomar conciencia de la influencia y las interacciones de identidades multiculturales en las relaciones clínicas y de supervisión, la supervisión tiene como objetivo mejorar la conciencia de las propias contribuciones del psicoterapeuta al proceso de tratamiento (Falender & Shafranske, 2004, 2012). La toma de conciencia y el manejo de las reacciones contratransferenciales es un importante factor clínico de responsabilidad (Hayes, Gelso y Hummel, 2011) y una competencia a desarrollar en la supervisión clínica (Falender & Shafranske, 2008).

Dada su naturaleza personal, los supervisores deben ser cuidadosos a la hora de delimitar la exploración de los factores personales y contratransferenciales en pos de la comprensión y el compromiso terapéutico del supervisado con su cliente y la relación de supervisión. Si no se mantiene la distinción entre supervisión y psicoterapia, entonces existe un alto riesgo de que la díada se deslice por la pendiente resbaladiza de participar en el tratamiento (Frawley-O'Dea y Sarnat, 2001; Falender & Shafranske, 2008).

En relación a los otros dos conceptos principales, la alianza de aprendizaje y el proceso paralelo, éstos son conceptos que surgieron dentro del modelo psicodinámico, pero que fueron retomados y desarrollados por otros modelos teóricos, que lo han adaptado a su propia teoría.

La *alianza de aprendizaje*, también llamada alianza de supervisión (Watkins, 2015), es considerada dentro de la supervisión como un equivalente a la alianza de trabajo dentro del análisis. Así como para el tratamiento analítico es fundamental la relación paciente-analista, para la supervisión es fundamental la relación que se establece entre supervisor-supervisado. Es decir, que la alianza de aprendizaje implica una asociación o pacto entre el supervisor y el supervisado.

Según Watkins (2015), la “alianza de aprendizaje” fue introducida por primera vez en la década de 1960 por Fleming y Benedek, y se estableció rápidamente como fundamental no sólo en la psicoterapia psicoanalítica, sino también en la supervisión. Los autores retoman a Freud, que en su época ya hablaba de la importancia de mantener una buena relación entre el analista y el analizado, y realizan su propia formulación al respecto, al afirmar que:

La estructura de las situaciones analítica y de supervisión está determinada principalmente por la meta que cada participante espera lograr en su trabajo conjunto. Estas últimas expectativas, ya sean terapéuticas o educativas, orientan el comportamiento de cada miembro y guían sus interacciones a través de muchas vicisitudes. Las expectativas de dar y recibir, ayuda a iniciar un vínculo de confianza y seguridad entre el analista y el paciente sin el cual el trabajo analítico no puede continuar (...) En la supervisión existe la misma necesidad de aceptación de un objetivo educativo mutuamente compartido y la misma necesidad de confianza en que las expectativas del profesor y el alumno pueden estar satisfechos (Fleming y Benedek, 1966, p. 52,53).

Si bien ya se reconocía la importancia de la relación entre supervisor y supervisado, Fleming y Benedek fueron los primeros autores que encontraron una relación entre la calidad de la alianza de aprendizaje con el resultado de la supervisión (Watkins, 2015).

En cuanto al *proceso paralelo*, éste concepto también se refiere a la relación de supervisión. Es una herramienta que se enfoca en analizar lo que le sucede al terapeuta con su paciente, pero también lo que pasa en la relación entre el terapeuta (supervisado) y el supervisor (Bernard & Goodyear, 2014). El objetivo final es que el supervisado comprenda la dinámica de resolución de conflictos relacionales que se dan entre el supervisor/a y él o ella, para que posteriormente lo pueda aplicar con sus futuros pacientes (Eagle & Long, 2014).

Siguiendo a Heidi et al. (2020), el primer autor en conceptualizar el término “proceso paralelo” fue Searles en 1955, cuya denominación fue “proceso de reflexión” y lo define como una identificación inconsciente transitoria que ocurre como una función de la relación del terapeuta con el paciente. Lo que observó fue el valor que representa que los supervisores reflexionen sobre su propia subjetividad y sus respuestas emocionales hacia los supervisados, con el fin de diferenciar aquellas respuestas de su propia contratransferencia para comprender la dinámica de la relación de psicoterapia y resolver conflictos en la relación de supervisión.

Hacia 1972, Ekstein y Wallerstein, redennominan a este término como “proceso paralelo” debido a que advierten que el proceso puede funcionar también al revés, es decir, cuando los conflictos no resueltos de un supervisor impactan sobre la supervisión. Lo describen como un proceso multidireccional, (con origen en cualquiera de los tres participantes de la supervisión), como un proceso natural de lo intersubjetivo, de la dinámica de la psicoterapia y la supervisión, y como una oportunidad de crecimiento si los participantes de la triada reconocen y responden de manera constructiva a su conducta.

Ekstein y Wallerstein cambiaron la perspectiva para que la supervisión no se centrara exclusivamente en el paciente y sus dinámicas, sino en el aprendizaje, desarrollo y dinámicas del supervisado convirtiéndose en un modelo más relacional. De aquí se originó el Proceso Paralelo (Montiel, 2020).

Finalmente, Heidi et al. (2020), afirman que la definición actual del proceso paralelo, se acerca a la que brindan Bernard y Goodyear en la última edición (6ta) de su libro “Fundamentals

of clinical supervision”. Dichos autores sostienen que el proceso paralelo es una recreación en una díada (supervisor-supervisado o supervisado-cliente) de procesos que están ocurriendo en la otra díada.

Relación supervisor - supervisado.

Específicamente hablando de la relación supervisor-supervisado, podríamos considerar que en un primer momento el enfoque de la supervisión y la alianza de aprendizaje, tal como la entienden Fleming y Benedek, estaban centrados en el supervisado. Lo que no reflejaba reciprocidad ya que consideran a la supervisión como un tipo de enseñanza donde el supervisor es visto como un maestro (Watkins, 2015).

Hacia la década de los ‘80, se produce un cambio respecto a esto. Si bien la alianza de trabajo sigue siendo la piedra angular y fundamental de la supervisión, la colaboración y la reciprocidad cobran cada vez mayor importancia y empiezan a ser pensada y definida con mayor profundidad y amplitud, reflejando la forma en que la relación de supervisión estaba evolucionando. En ese contexto surge el concepto de proceso paralelo, que alude no a una relación unilateral, como se venía dando hasta entonces, sino a una relación bidireccional. Este cambio en la perspectiva del proceso paralelo, puso en relieve la naturaleza relacional de la alianza de trabajo tal como se considera en la actualidad.

Sarnat (2010) identificó cuatro categorías de competencia de los supervisados que los supervisores deben promover:

1. La capacidad de relacionarse con los pacientes y en consecuencia con los supervisores, “debido a que un psicoterapeuta psicodinámico ve la euforia como el crisol del cambio psicoterapéutico, no solo como un paso preliminar para intervenciones efectivas, la competencia en las relaciones implica el desarrollo de habilidades de relación que van más allá de estas capacidades” (p. 23).
2. La capacidad de autorreflexión, que incluye “una capacidad altamente desarrollada para soportar, observar, pensar y hacer un uso psicoterapéutico de las propias experiencias emocionales, corporales y de fantasía cuando se está en interacción con un cliente” (p. 23).

3. Evaluación y diagnóstico desde un marco psicodinámico.

4. Intervenciones teóricamente consistentes y acordes con la centralidad de la relación terapéutica.

Para ello, es necesario tener en consideración el contexto en que se da la supervisión psicodinámica y la relación supervisor-supervisado. Frawley-O'dea y Sarnat (2010) proponen tres dimensiones como (condiciones) contexto para la supervisión psicodinámica:

Dimensión 1: la naturaleza de la autoridad del supervisor en relación con el supervisado. La autoridad de los supervisores puede entenderse como existente en algún lugar de un continuo entre dos polos. En un extremo está la autoridad que se deriva del conocimiento que el supervisor aporta a la supervisión. Su postura es la del experto objetivo y no involucrado que ayuda al supervisado a saber "qué es 'verdadero' sobre la mente del paciente y cuál es la técnica 'correcta'" (p. 26). En el otro extremo del continuo está la autoridad que se deriva de la participación involucrada del supervisor. Ciertamente, él o ella tienen más experiencia que el supervisado, pero no hace afirmaciones de conocimiento absoluto. Su autoridad reside en los procesos relacionales supervisor-supervisado. Lo que destaca la importancia de estar en relación con el supervisado, incluida la autorrevelación adecuada y la discusión abierta sobre la contratransferencia.

Dimensión 2: el enfoque del supervisor. Se trata de los datos relevantes en los que se basa la supervisión. Específicamente, el supervisor puede centrar su atención en (a) el cliente, (b) el supervisado o (c) la relación entre el supervisor y el supervisado.

Dimensión 3: el modo principal de participación del supervisor. Esta última dimensión se refiere a los roles y estilos que pueden adoptar los supervisores. Entre los que describen los autores se encuentran el maestro didáctico, el "hacedor de preguntas" socrático, un contenedor de afectos supervisados, etc. De todas maneras, se enfatiza el enfoque relacional de la supervisión sobre lo didáctico.

Modelo cognitivo conductual

Orígenes del modelo cognitivo conductual.

Este modelo de supervisión se basa en dos modelos teóricos: el conductismo y el cognitivismo. El primero se centra en las conductas observables y el aprendizaje por condicionamiento clásico y operante de las mismas. Mientras que el cognitivismo se centra en modificar las cogniciones o pensamientos del paciente, especialmente aquellos que manifiesta en sus relatos sobre sí mismo.

El *conductismo* surge en una conferencia en 1913 con Watson, quien afirmó que, para ser verdaderamente científica, la psicología debía centrarse en la conducta manifiesta (Torres, s.f.).

De este modelo, se toman como autores principales a: Watson, Pavlov, Thorndike y Skinner. Y como conceptos y principios básicos se encuentran:

1. Que el aprendizaje implica cambios en la conducta observable.
2. Que el aprendizaje se logra cuando se demuestra o se exhibe una respuesta apropiada a continuación de la presentación de un estímulo ambiental específico.
3. Este modelo se focaliza en la importancia de las consecuencias de estas conductas y mantiene que las respuestas a las que se les sigue con un refuerzo tienen mayor probabilidad de volver a suceder en el futuro.
4. La importancia de las condiciones ambientales. Siendo el factor más crítico, es el ordenamiento del estímulo y sus consecuencias dentro del medio ambiente.
5. Hábitos.
6. Condicionamiento clásico, instrumental u/y operante

Por otra parte, el *cognitivismo* nace a mediados de los años '50 como respuesta a la crisis del paradigma conductista, el cual ya no era capaz de dar respuestas a numerosas anomalías que se producían en la teoría. El nuevo paradigma trasladó el protagonismo hacia el sujeto, el cual comienza a ser considerado como poseedor de estructuras mentales que le permiten adueñarse del conocimiento.

De este modelo, se toman como autores principales a: Jerome Bruner, Jean William Fritz Piaget, Miller, Neisser, entre otros. Son conceptos básicos de este modelo:

1. La cognición: se enfoca en los procesos mentales implicados en el conocimiento.
2. Objeto de estudio: mecanismos básicos y profundos por los que se elabora el conocimiento,
3. a partir de: la percepción, el aprendizaje, la memoria, la representación, el lenguaje, la motivación y emoción. Conceptos fundamentales para el cognitivismo.
4. Concibe el aprendizaje como un proceso que implica la modificación de los significados en el interior de la mente, lo cual ocurre de manera intencional, una vez que una persona interactúa activamente con la información que recoge de su medio. Así el Conocimiento sería una actividad mental que implica una codificación interna y una estructuración por parte del sujeto,
5. el cual es considerado como participante activo del proceso de aprendizaje.
6. Al igual que el modelo conductista, este modelo hace énfasis en los factores ambientales, siendo la práctica por retroalimentación correctiva, una de las más importantes.
7. Variables internas del sujeto: se considera que los pensamientos, las creencias, las actitudes y los valores también influyen en el proceso de aprendizaje.

A medida que han ido evolucionando, estos modelos se han ido combinando, siendo lo convencional agruparlos en la categoría de “modelo de terapia” cognitivo-conductual (TCC), en inglés: cognitive-behavioral therapy models (CBT). Modelo que ha experimentado un continuo desarrollo y expansión (Bernard y Goodyear, 2014).

Modelo de Supervisión Cognitivo Conductual.

Definición.

Desde inicios de la década de 1990, la terapia cognitivo-conductual ha presentado dificultades para consagrarse como un procedimiento único y bien definido, debido a sus

diversas modalidades de aplicación. Implicando de esta forma, que las competencias en la que cada variante hace hincapié, pueden variar.

En primera instancia el “modelo de supervisión” cognitivo conductual (MSCC)³ fue definido en términos teóricos, por expertos como Padesky (1996) y Liese and Beck (1997), como una directa y sistemática extensión de la terapia cognitiva conductual. Es así que la supervisión, se presentaba como una estructura clara, en la que se estipulaban aspectos de aprendizaje específicos y se trabajaba a partir de una agenda, en la cual, de forma colaborativa, supervisor y supervisado, estipulaban tareas que se basaban en un feedback mutuo.

En cuanto a la estructura para una supervisión TCC, se retomará lo puntuado por Liese y Beck (1997), quienes proponen ciertas pautas a fin de desarrollar una supervisión óptima. Entre las mismas se encuentran:

1. Presentarse de modo tal de romper el hielo y ofrecer un panorama personal.
2. Crear una agenda con objetivos y metas respecto de lo que al supervisado le gustaría trabajar.
3. Recabar información acerca de los encuentros anteriores en función de lo aprendido y cómo estos fueron de ayuda.
4. Recabar información acerca de los últimos casos supervisados.
5. Revisar tareas. Esta actividad es considerada el punto clave de este modelo, ya que ambos, supervisor y supervisado, asignan tareas de forma conjunta entre sesiones, para el segundo.
6. Priorización y discusión sobre los puntos de la agenda. En esta actividad los supervisores escuchan grabaciones de los supervisados antes de las sesiones de supervisión, generando luego una instrucción directa, junto con tareas de rol play, e indagando al supervisado al respecto.
7. Asignación de nuevas tareas.
8. Resumen de cápsula. Se refiere a toda la información recabada por el supervisor, la cual sirve para hacer hincapié en los puntos importantes y llevarlos a sesión.
9. Elicitar un feedback del supervisado.

³MSCC (Modelo de Supervisión Cognitivo-Conductual). Esta sigla es utilizada en este trabajo a modo de evitar confusiones entre la teoría cognitiva-conductual, los distintos submodelos teóricos de la teoría y los modelos de supervisión clínica correspondientes a estos modelos.

El problema de este modelo de supervisión fue que varias de las definiciones no fueron presentadas a partir de un método formal basado en la evidencia. Por lo contrario, se acercaban más a ser una extensión de la terapia, que a una especialización profesional, así finalmente, los supervisores no parecían estar adhiriendo al modelo propuesto.

Es por ello, que se retoma lo expuesto por Milne & Reiser (2017), autores que han desarrollado uno de los manuales de supervisión hasta hoy día vigente “A Manual for Evidence-Based CBT Supervision”. En el mismo explican que la supervisión, en general, se basa en intervenciones de terapias habladas, pero la basada en la CBT, pone especial énfasis en llevar a cabo la acción correcta, a partir de orientar al supervisado por procesos de aprendizaje a través de la experiencia. Esto incluye repetidos ciclos de reflexión, conceptualización, planeación y experimentación. Principal mecanismo de desarrollo del supervisado.

La teoría TCC considera que los sujetos se adaptan a partir del aprendizaje. Entendiendo que el aprendizaje es esencial para la evolución de la especie, siendo un mecanismo sumamente satisfactorio y efectivo. Por este motivo, afirman que la supervisión basada en la TCC, se ha convertido en el método más efectivo para ayudar al supervisado en el desarrollo de sus competencias, capacidades e identidad profesional. (Milne & Reiser, 2017).

Para dar cuenta de este modelo de supervisión los autores proponen una “Guía de Principios” sustentada por dicho manual (Milne & Reiser, 2017).

Como primer principio hacen hincapié en la importancia de definir claramente los conceptos, ya que la supervisión, como se ha explicado anteriormente, ha sido definida de múltiples formas, sin, aún hoy, contar con amplio consenso.

El modelo de supervisión basado en la TCC, sostiene que la supervisión clínica se trata de un espacio, en donde supervisor y supervisado colaboran, aunque el primero sea el que lidere y provea la dirección, a través de una alianza colaborativa, en donde el éxito dependerá de ambos sujetos.

Objetivos.

Para dar cuenta de los aspectos y objetivos más destacados del modelo, se retomará lo expresado por Boyd (1978), quien afirma que:

1. El propósito de la supervisión es enseñar conductas terapéuticas apropiadas y eliminar las inapropiadas.
2. El terapeuta debe tener la habilidad para identificar tareas/objetivos, y el supervisor debe ayudar a desarrollar esta habilidad.
3. Las habilidades terapéuticas pueden ser definidas operacionalmente y pueden ser incorporadas aprendiendo la teoría, así como otros comportamientos.
4. La supervisión debería emplear los principios de la teoría de aprendizaje con estos procedimientos.

Conceptos fundamentales.

Como rasgo/característica más distintivo/a de este modelo de supervisión, se encuentra el hecho de que posee una estructura similar a la TCC. Esto implica: un aspecto cognitivo, *conceptualización y reconceptualización*, desde un *marco colaborativo*; el uso de *técnicas de enseñanza* propias de esta teoría, la cual sostiene que el aprendizaje se basa en la experiencia; el uso de *técnicas basadas en la evidencia y en la empiria* (grabaciones, técnicas de medición, etc.); y la corrección a partir del feedback continuo para el desarrollo de las competencias del supervisado.

Los psicoterapeutas cognitivo-conductuales operan desde la asunción de que los comportamientos/conductas adaptativos y aquellos que no lo son (desadaptativos), son aprendidos y se mantienen a pesar de sus consecuencias. Es por ello que el desarrollo de una supervisión adecuada, permitiría al supervisado realizar su labor de forma idónea.

Siguiendo la misma línea, autores como Ballesteros et al. (2019) en su investigación: “Características de la supervisión clínica en las terapias conductuales: un análisis del proceso de supervisión clínica”, concluyen una categoría nuclear de la supervisión conductual (véase Figura 3), común a sus tres generaciones, compuesta por los factores que influyen en la supervisión y el proceso de supervisión. Véase el siguiente cuadro.

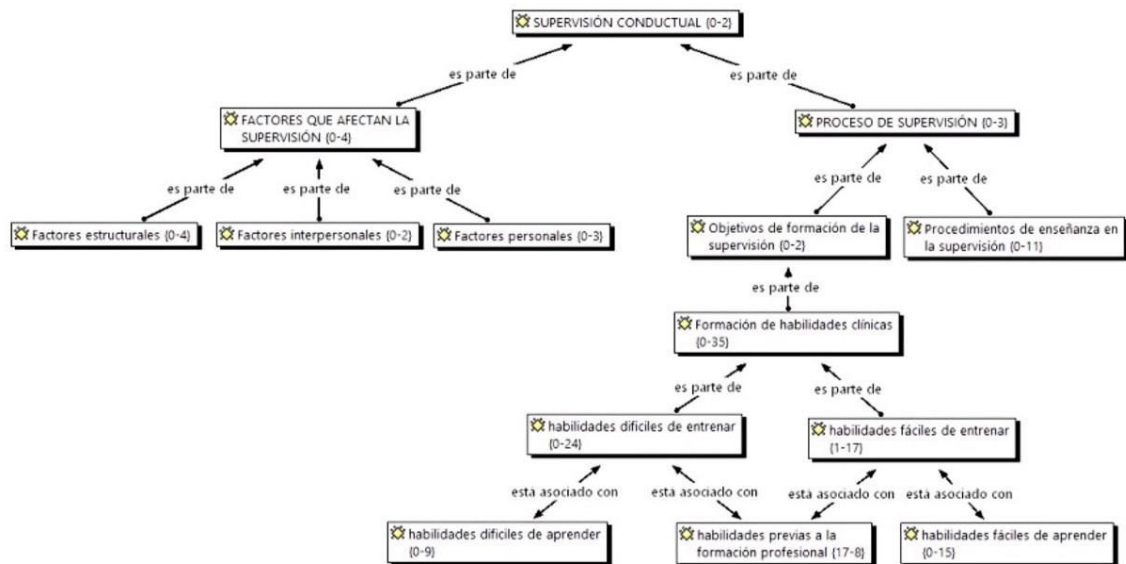


Figura (3). Categoría de la supervisión conductual. Tomado de Ballesteros et al (2019)

En cuanto a los factores, los autores explican que se encuentran los estructurales, los interpersonales y los personales.

Los primeros, remiten a los elementos de organización del espacio de supervisión, donde se destacan las modalidades de supervisión y el tiempo disponible para la misma. Al comparar los distintos métodos de aplicación, encuentran que el método de supervisión grupal es el de mayor fundamentación, ya que permite tomar a los supervisados, las perspectivas de otros terapeutas, desarrollar empatía y aprender la habilidad de “meta-observación” del proceso de supervisión de forma directa. Lo mismo sucede con la supervisión en vivo, la cual permite un acompañamiento cercano de los supervisores a la consulta de sus estudiantes y constituye la posibilidad de aprender las habilidades clínicas a través del moldeamiento y modelamiento. El tiempo de supervisión sería en función de la experiencia del supervisado, así como el número de sus consultantes y la cantidad de horas de atención. Finalmente los espacios se organizan en función de la perspectiva ideográfica.

Los segundos son los factores interpersonales, de los cuales, los autores explican la importancia de analizar la función de la conducta del supervisado dentro de la supervisión, acordar objetivos mutuos y establecer una comunicación clara. Así, la buena relación supervisor-supervisado conduciría a resultados más favorables.

Finalmente en cuanto a factores personales que pueden influir en el proceso, se encuentran dentro las características del supervisado, el nivel de formación, las habilidades previas a la formación profesional y los patrones de evitación. Mientras que de las del supervisor, se encuentran su historia personal y profesional, y dentro de esta última, se encuentran tanto su formación como clínico, como su formación como supervisor. Véase el siguiente cuadro (véase Figura 4).



Figura (4). Factores personales. Tomado de Ballesteros et al (2019).

Por otra parte, los autores consideran al proceso de supervisión per sé, el cual conglomerar dos subcategorías: los objetivos de formación y los procedimientos de enseñanza en la supervisión. En la primera se encuentran la formación de habilidades clínicas (figura 5), categoría que incluye las habilidades fáciles y difíciles de aprender y las habilidades previas a la formación profesional. Mientras que en la segunda (figura 6), se observa cómo, la formulación de caso y la retroalimentación son los métodos más aplicados, seguidos de la discusión teórica, el moldeamiento y el modelamiento.

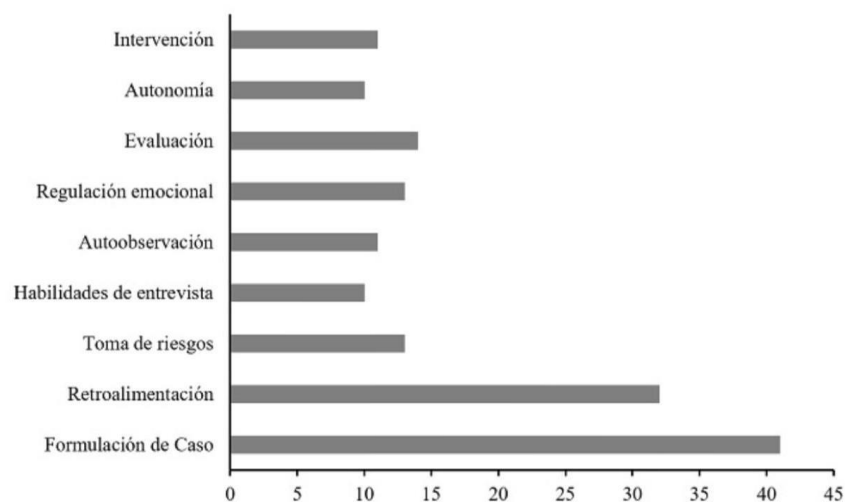


Figura (5). Habilidades aprendidas en supervisión clínica. Ballesteros et. al (2019).

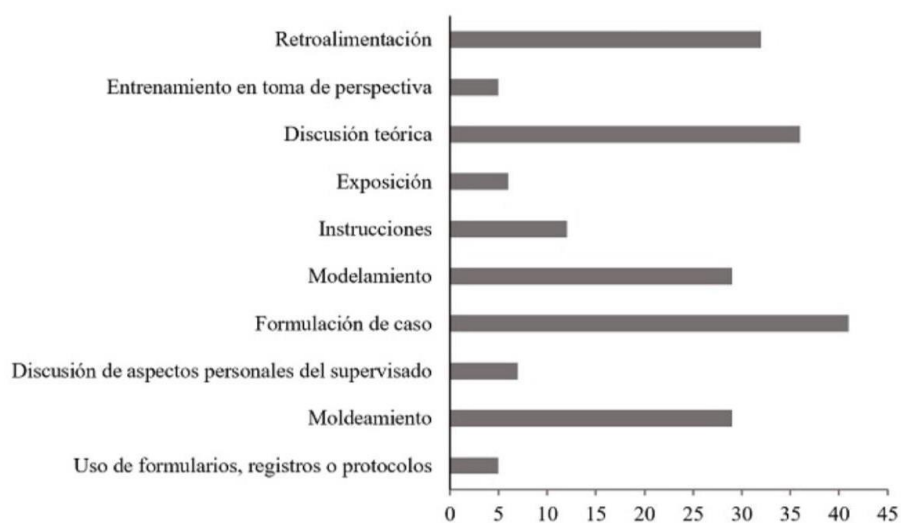


Figura (6). Habilidades fáciles y difíciles de aprender y de entrenar en el proceso de supervisión clínica. Tomado de Ballesteros et. at (2019)

Relación supervisor-supervisado.

El rol del Supervisor se basa en un trabajo esquemático, tanto respecto de sus procesos, como de sus metas. Ejemplos de ello son que: suelen llevar una agenda para cada sesión de supervisión, llevan a cabo tareas junto con el supervisado y evalúan qué fue lo aprendido de sesión a sesión.

Por otra parte, toman cierta responsabilidad por el aprendizaje de los supervisados, ya que ellos son los expertos que pueden guiarlos en el correcto ambiente de aprendizaje.

En comparación a otros modelos, los supervisores, se enfocan en que el supervisado logre cierta maestría en sus técnicas y que su trabajo sea fiel al modelo que se le enseñó. Aún cuando, como explican Ballesteros et al (2019), la mayoría de los supervisores no ha recibido formación específica que los capacite para la tarea.

Para este modelo el potencial del supervisado se define como el potencial para aprender.

Autores como Ballesteros et al. (2019) explican que “...la supervisión conductual está anidada en una visión contextualista, entendiéndose como un proceso que implica acciones específicas dentro del contenido de la interacción terapeuta-supervisor, que a su vez se encuentran influidas por factores contextuales” (p. 9).

Modelo humanista

Orígenes del modelo humanista.

El modelo humanista proviene de la Psicología Humanista, también llamada *Tercera Fuerza*, denominación que refiere a las otras dos fuerzas preponderantes dentro de la psicología estadounidense: el Conductismo y el Psicoanálisis, los dos paradigmas dominantes durante el siglo XX dentro de esta disciplina. Su denominación no alude a una oposición directa a las otras teorías, sino que aspira a complementarlas y superarlas al proponer una visión del ser humano más holística, dinámica y saludable, y no tan atomista, mecanicista y patológica. Los principales exponentes de este modelo son Abraham Maslow y Carl Rogers.

A diferencia del conductismo, Maslow (1964/1973) describe la naturaleza humana como algo biológico, innato e intrínseco. El hombre posee ciertos componentes innatos que se van desarrollando a lo largo de su vida. No niega la influencia del ambiente pero la considera como una de las variables que puede afectar al hombre, no la única. Con lo cual el psiquismo no está determinado únicamente por el ambiente sino que es auto-dinámico, ya que es movido por fuerzas internas que tienden al movimiento y a la autorrealización.

Por otro lado, con respecto al psicoanálisis, se opone a la concepción psicopatológica del hombre inaugurada por Ribot (considerado el padre del método patológico en psicología) y continuada por Freud, Jung, Adler, Rank, entre otros. Según este punto de vista, gracias al proceso de enfermar, es posible descubrir los componentes de la mente y de la personalidad (Vilanova, 1993). Lo que propone Maslow, es completar esta mitad con la mitad que le falta, es decir la de la salud. Su enfoque no considera a la salud como falta de enfermedad, sino que va más allá de los síntomas e intenta poner al descubierto nuevas fuentes de posibilidades, tanto de control como de perfeccionamiento de la vida. De este modo intenta orientar al hombre a ser una mejor persona (Maslow, 1964/1973).

Hacia la década del '30, se produce un acercamiento mayor hacia la Psicología Humanista con el desarrollo de las teorías de la personalidad, enfocadas en la motivación y las necesidades. Por un lado Gordon Allport, publica en 1937, su obra "A psychological interpretation" y un año después Henry Murray publica, "Explorations in personality". Luego de la segunda guerra mundial aparecen otras dos obras importantes, éstas son: "Personality: A biosocial approach to origins and structure" de Gardner Murphy, y "Psychology of personal constructs" de George Kelly; al mismo tiempo que Maslow desarrolla su teoría de la motivación humana (Carpintero, Mayor & Zalbidea, 1990).

Entre los años 40 y 50, Carl Roger desarrolló la terapia centrada en la persona y con ella, realizó un gran aporte no sólo a la supervisión clínica, sino también a la investigación en psicoterapia, ya que introduce el uso de grabaciones y transcripciones en la investigación y el entrenamiento de los psicoterapeutas. Hasta ese entonces la supervisión se basaba solo en el reporte de los propios supervisados.

Como explica Ana Isabel Moreno Pérez (2016) en su tesis "Teoría y práctica de la supervisión. Análisis del discurso de supervisores y psicoterapeutas", debido a que la supervisión centrada en el cliente no estaba tan bien documentada como la terapia centrada en el cliente, Rogers fue convocado por Goodyear y Hackney para discutir su enfoque sobre la misma. Una de sus conclusiones fue que los métodos no directivos de supervisión no eran suficientes. Cuando los estudiantes tenían acceso al contenido de sus entrevistas, podían identificar sus tendencias naturales y darse cuenta de las tendencias a controlar (entre otras) durante las sesiones con sus clientes/pacientes. Así como que el éxito de la supervisión consiste en ayudar al

psicoterapeuta a crecer en autoconfianza, en la comprensión de sí mismo y en la comprensión del proceso terapéutico. Siendo fructífero, también, explorar cualquier dificultad que el terapeuta pueda sentir cuando está trabajando con el cliente. Rogers consideraba la supervisión como una forma modificada de entrevista terapéutica: no hay una clara diferenciación, ya que cree que existe un continuum: "Algunas veces pasará que los terapeutas, al discutir los problemas que ellos tienen con un cliente, podrán ver más profundamente dentro de ellos mismos, y esto se acerca a la terapia. Otras veces se centrarán más en los problemas de la relación, y esto es claramente supervisión. En este caso, también yo seguiré la dirección del supervisado. La única diferencia es que yo me sentiría más libre para expresar lo que yo hubiera hecho si yo estuviera tratando con el cliente." (Moreno Pérez, 2016, p.24).

Con respecto a los supervisados noveles, Rogers consideraba que lo mejor que se puede hacer es hacerlos sentir comprendidos y trabajar con las cosas que ellos puedan llegar a reconocer como malas en su práctica: "trato de evitar la crítica... No quiero criticar porque siento que cada persona hace terapia en la mejor forma que él o ella puede hacerlo en ese momento. Así, en ese sentido, generalmente no hay nada que criticar. También evito dar instrucciones diciendo: Ud. podría hacerlo así y así; en todo caso podría decir qué hubiese hecho yo. Igual que con la crítica, las instrucciones pueden tener un mal efecto: en la entrevista con el cliente, el supervisado podría estar más pendiente de mis instrucciones, que del cliente. Me gustaría ayudar al terapeuta a estar totalmente presente para el cliente en una forma no juzgadora y sin buscar logros" (Moreno Pérez, 2016, p.24).

En síntesis, durante los años '40, Rogers y Covner fueron los primeros en reportar el uso de las entrevistas grabadas electrónicamente y sus transcripciones en supervisión. Posterior a ellos, Pattersons's, durante los años '60, sostiene que la supervisión centrada en el cliente, era un proceso influido que incorporaba elementos de enseñanza y terapia, aunque no era ninguno de ellos. Otro de los autores que se basa en este modelo es Rice, quien, durante los años '80, describe la supervisión centrada en la persona, como aquella que descansa sobre la idea de que el supervisor tiene una profunda confianza en que el supervisado tiene consigo la habilidad y motivación de crecer y explorar, tanto la situación de terapia como a sí mismo. Otro autor destacado más actual, es Farber, que durante la década del 2010 aboga por el respeto del supervisor por el supervisado, entendiéndolo como un individuo con necesidades de aprendizaje únicas (Bernard y Goodyear, 2014).

Con algunas excepciones, los acercamientos a la supervisión orientada al modelo Humanista Relacional, suelen mezclarse con otros constructos para proveer un modelo combinado (Bernard y Goodyear, 2014).

Modelo de supervisión humanista.

Definición.

La supervisión dentro de este modelo, adquiere características que le son propias. Desde el modelo psicodinámico, se hizo mención a que la supervisión toma en consideración, además de la teoría, a la persona del analista; y que, desde el modelo cognitivo conductual la supervisión adquiere un matiz más evaluativo y procedimental frente a las situaciones que presenta el supervisado. Desde este enfoque, la supervisión adquiere características experienciales, además de las teóricas y prácticas. Por ello este modelo también es denominado Humanista Relacional. Ya que la característica principal de la supervisión desde el enfoque centrado en la persona es que es un proceso esencialmente relacional e intersubjetivo, donde lo fundamental es la relación interpersonal supervisor-supervisado en la cual el supervisor busca facilitar un clima de empatía, aceptación y congruencia (López Marín, 2021).

Como se mencionó anteriormente, psicoterapia y supervisión son dos procesos diferentes. Desde este enfoque, la formación del psicoterapeuta centrado en el cliente, tiene que ver con cómo hacer frente a las actitudes o suposiciones sobre la naturaleza humana y las actitudes del psicoterapeuta hacia sí mismo. Mientras que la tarea de la supervisión es brindar un acompañamiento al supervisado para potenciar, la capacidad de autoexploración del psicoterapeuta para que pueda descubrir sus propios bloqueos que puedan afectar el proceso de escucha (Hess, 2008). Además, la supervisión apunta a incrementar las habilidades de escucha del supervisado para encaminarlo a operar como un agente de cambio (Farber 2010; Pack, 2009). Aún así, en la supervisión operan las mismas condiciones facilitadoras que en la psicoterapia: genuinidad, empatía y calidez.

La supervisión desde este enfoque es integral, busca trabajar aspectos teóricos, prácticos y experienciales. En lo teórico, demanda reflexionar sobre los conceptos esenciales de la teoría del enfoque centrado en la persona, es decir, teoría de la personalidad y de la terapia, además de cuestiones éticas. En lo práctico, implica reflexionar acerca de cómo está ocurriendo el proceso,

como se expresan las actitudes facilitadoras, y cómo las percibe el cliente. En lo experiencial, significa trabajar los aspectos personales del terapeuta, es decir, los sentimientos que surgen en esa relación de terapia (López Marín, 2021).

Algunos de los recursos utilizados son: la cámara gessel, las grabaciones y la versión de sentido. El primero tiene la ventaja de ofrecer al supervisor la observación de la sesión tal cual ocurre, sin embargo, tiene la desventaja de ser una situación de laboratorio. Tanto el paciente como el terapeuta saben que están siendo observados, lo que puede condicionar su comportamiento. En el caso de las grabaciones, ofrece al terapeuta la posibilidad de poder volver a escucharse en sesión y de reflexionar, junto al supervisor, sobre su práctica terapéutica. Por último, la versión de sentido, consiste en que el supervisado escriba cómo se sintió inmediatamente después de finalizar la sesión. Lo importante de ellos, es considerarlos como recursos complementarios a la supervisión. Puesto que desde este enfoque, tal como se mencionó anteriormente, se busca desarrollar habilidades interpersonales además de las técnicas y teóricas. Desarrollar estas habilidades y posiciones éticas ocurre esencialmente en una relación facilitadora, que será el objetivo fundamental del proceso de supervisión. Por lo mismo, algunos autores del enfoque centrado en la persona llaman este proceso co-visión, lo que denota una dinámica cooperativa, colaborativa y democrática entre supervisor y supervisado (López Marín, 2021).

En resumen, la supervisión humanista relacional es un proceso que se da en el contexto de una relación. Las actitudes respecto a la naturaleza humana, el cambio y el self del supervisor, modelan las del terapeuta.

Este modelo ha tenido una gran influencia en las ideas sobre supervisión y formación de todos los demás (Bernard & Goodyear, 2004).

Objetivos.

Como plantean Bernard y Goodyear (2014), los objetivos del modelo de supervisión Humanista Relacional, son:

1. Promover el cambio mediante el uso de la relación terapéutica.
2. Ayudar al supervisado a ampliar su conocimiento de la teoría y la técnica por un lado, y por el otro, su capacidad de autoexploración y su habilidad en el uso de sí

mismo como agente de cambio. Usarse a sí mismo incluye la habilidad de estar completamente presente, ser transparente, genuino, y tolerante/comprendivo con sus clientes.

3. Ayudar al terapeuta a crecer en autoconfianza, en la comprensión de sí mismo y en la comprensión del proceso terapéutico.
4. Dar al psicoterapeuta, de forma sistemática, un contexto relacional adecuado para reflexionar sobre su práctica clínica, y todo lo que ello implica.

Conceptos fundamentales.

- Relación terapéutica: una confianza en la tendencia actualizante, en este caso del supervisado, y un supervisor que cuente con las actitudes facilitadoras del crecimiento.
- Relación intersubjetiva entre supervisor-terapeuta-paciente.
- Tendencia innata al crecimiento (autodesarrollo).
- Condiciones facilitadoras/contexto relacional: comprensión empática, aprecio positivo e incondicional y congruencia de parte del supervisor.

Relación supervisor-supervisado.

Desde este modelo, el psicoterapeuta es considerado un instrumento para el cambio. El cambio es dirigido por el cliente, ayudado con la actitud del terapeuta de congruencia, comprensión empática y aceptación incondicional. Por lo tanto, la función del supervisor es ayudar al supervisado a ser más consciente y sintonizado con los cambios, expresiones y reflexiones del cliente que ocurren en cada momento en respuesta a la intervención del supervisado. Se espera del supervisor que pueda facilitar un clima que favorezca el desarrollo de las capacidades del supervisado y, de esta forma, logre un aprendizaje significativo en cuanto a su rol. Para que esto se logre, Roger (1957) enumera tres condiciones facilitadores: la empatía, la congruencia y la actitud positiva incondicional. Según López Marín (2021), esto implica:

1. La comprensión empática del supervisor: el supervisor intenta mantener y comunicar lo que comprende desde el marco de referencia del supervisado. Intenta percibir su marco de referencia, para poder devolver esa comprensión, y así, el terapeuta que (se) supervisa puede ampliar la percepción de sus experiencias.

2. La congruencia del supervisor: el supervisor debe estar atento a sus experiencias y sentimientos que surgen momento a momento, durante el proceso. En este sentido, aparecerán experiencias relacionadas con la historia y/o características del consultante, con la experiencia del terapeuta respecto a su consultante, y también respecto a la relación de supervisor-supervisado en el momento presente.
3. Consideración positiva e incondicional del supervisor: evitando las valoraciones respecto a la experiencia del supervisado, sin enjuiciar ni buscar imponer su punto de vista. Esto ayudará a que la persona supervisada disminuya su percepción de amenaza o de tensión del espacio de supervisión, y eso puede permitir que se despliegue de forma más genuina.

Modelo neohumanista.

Existe la premisa de que, trabajando desde el enfoque humanista, la supervisión debe cumplir y alinearse con la teoría rogeriana, es decir, una confianza en la tendencia actualizante, en este caso del supervisado, y un supervisor que cuente con las actitudes facilitadoras del crecimiento. En ese sentido, la idea de que la persona tiene una tendencia innata hacia el desarrollo y crecimiento y que existen condiciones facilitadoras para que ese crecimiento ocurra de forma constructiva, aplica a cualquier campo de actuación cuando el referente teórico sea el enfoque centrado en la persona (López Marín, 2021).

No obstante a esto, existe un desarrollo contemporáneo de este modelo que integra los principios humanísticos con la teoría contemporánea de la emoción. Se trata de un modelo desarrollado por Greenberg y Tomescu, al que denominan “Terapia basada en Emoción” (EFT Emotion Focused-Therapy), también llamado modelo neohumanista. El cual aboga por la integración de la emoción con la cognición, como un proceso dialéctico (Greenberg y Tomescu, 2017).

La supervisión EFT, basada en los mismos principios que la terapia EFT, involucra el desarrollo de una relación segura, una alianza de supervisión, lo que incluye la identificación de un foco en cada sesión (el supervisor presenta un dilema o dificultad), la identificación de marcadores de tareas de supervisión (oportunidad para intervenciones de supervisión), intervenir en esas tareas y la identificación de una resolución. La supervisión de EFT se enfoca en

desarrollar habilidades de visión, escucha y empatía. Esto implica percibir fluctuaciones momentáneas en los aspectos no verbales de la expresión, comprender la forma en que un cliente experimenta los eventos, así como identificar los marcadores en la sesión de los estados problemáticos y los micro-procesos del cliente, que son oportunidades de intervención.

Modelo sistémico

Orígenes del modelo sistémico.

La teoría sistémica se basa en la Teoría General de Sistemas de Karl Ludwig von Bertalanffy. Pero su inicio se asocia a Gregory Bateson. Entre sus principales exponentes se encuentran Batenson, Haley, Minuchin, Jackson y Ackerman, Selvini Palazzoli, y Watzlawick, entre otros.

Dentro de las nociones básicas de este modelo se encuentran: la Teoría general de los sistemas de Ludwig von Bertalanffy, la noción de un origen multicausal de los síntomas, y la comunicación como epicentro de todo vínculo. También son conceptos propios de esta teoría: el sistema, la totalidad, la retroalimentación o feedback, y la equifinalidad, que corresponden a las propiedades de los sistemas abiertos. Homeostasis/regulación/Tipos de cambio (1 y 2). Los Axiomas de comunicación propuestos por Watzlawick y la teoría del doble vínculo de Bateson.

Generalmente, la teoría sistémica es utilizada como sinónimo de terapia familiar. Caracterizándose por ser abordado desde distintos approaches, incluyendo el estructural, el estratégico, la teoría de Bowen y escuelas experimentales (Bernard & Goodyear, 2014).

Según Hernández Córdoba (2007) el modelo sistémico es una terapia estratégica en la cual el terapeuta es quien conduce el proceso. Su objetivo es promover versiones verosímiles de los problemas y de las soluciones, acordar propósitos del proceso terapéutico, diseñar intervenciones para alcanzarlos, examinar las respuestas y corregir su enfoque del caso y evaluar la eficacia de la terapia. Basándose en una visión compleja de la situación. Esto implica la observación de las personas y de las formas de comunicación, de la habilidad del terapeuta para captar cómo los sentimientos y las percepciones subjetivas se modifican a través de la relación interpersonal y la manera directa de ser propositivo en cuanto a las palabras, las entonaciones y los movimientos corporales. También se basa en la premisa de que todas las personas pueden

cambiar, que el espacio y el tiempo son maleables, y que paradójicamente, los consultantes son dirigidos hacia la autonomía.

De esta forma, la tarea del terapeuta es diseñar una intervención en la situación social donde se halla el consultante, lo cual tiene por objetivo introducir la mayor complejidad y alternativas de interacción, aplicando el principio de pensar en pequeño. Se parte de movilizar el cambio, a partir de aquello que el consultante trae como motivo de consulta. Buscando los medios que verdaderamente promuevan el cambio, aun cuando las propuestas parecieran ilógicas. A esto es lo que se llaman, intervenciones paradójicas.

Esta postura estratégica presupone que es el consultante quién sabe qué es lo bueno para él y tiene los recursos para lograrlo, siendo clave, utilizar todo aquello que el paciente es y todo lo que lo rodea. Se supone que el insight sucedería luego de producido el cambio. De esta forma el rol del terapeuta quedaría limitado al accionar del consultante.

El modelo sistémico sostiene una visión ecológica, ya que el cambio buscado abarca un sistema relacional que va más allá de los actores presentes en el consultorio.

Todos estos principios y valores sostenidos desde la práctica y el proceso terapéutico, son también utilizados en la supervisión desde el modelo sistémico.

Modelo de supervisión sistémico.

Definición.

Según Jay Haley (1997), considerado el padre fundador de la terapia breve y familiar y terapia estratégica, dentro del campo de la psicoterapia, se entenderá la supervisión como:

(...) aquellas situaciones en que el terapeuta en formación es responsable de un caso y es guiado por un supervisor. Así (...) entiende que la supervisión debe ser coherente con la perspectiva de una terapia breve, estratégica y activa que toma en cuenta el contexto social de los consultantes y por lo tanto las consecuencias ético-social de la intervención, teniendo en cuenta que dentro de la multiplicidad de intereses en juego en el sistema de terapia bajo supervisión, las necesidades de los consultantes son prioritarias frente a las necesidades de aprendizaje. (Hernández Córdoba, 2007, p.231).

Hernández Córdoba⁴ (2007), entiende que la supervisión se trata de un escenario clínico formativo que implica un proceso generativo y transformador en el cual las personas desarrollan sus competencias. De esta forma, la considera a la vez, una forma de enseñar un enfoque específico de terapia y una práctica reflexiva sobre la propia práctica terapéutica que se da en un contexto de aprendizaje de cambio que es isomórfico a la psicoterapia. Para que ello se logre, la “(...) dinámica relacional emerge del entrelazamiento de la construcción individual con la co-construcción en el equipo.” (p. 229). Es por ello que la autora sostiene que corresponde a un proceso muy íntimo, ya que las preferencias de los estudiantes estarían unidas a su historia y estilo personal, siendo el supervisor el responsable de generar un contexto de protección y de respeto a los límites de la vida privada de cada participante en el proceso de transformación.

Finalmente, en el Manual de Terapia Sistémica (Moreno, 2014), Rodríguez Vega y Fernández Liria desarrollan los siguientes modelos:

1. Modelo de Supervisión de Hawkins del año 2000. El mismo delimita dos categorías principales. Las supervisiones dirigidas al sistema terapéutico de manera directa y las indirectas. El primero se focaliza en reflexionar sobre las notas tomadas por el terapeuta en sesión. El segundo se focaliza sobre cómo el proceso terapéutico se refleja en el aquí y ahora del proceso de supervisión.
2. Modelo de supervisión basada en Eventos Críticos, el cual busca resolver los dilemas interpersonales que surjan en la relación entre terapeuta y consultante. Para ello se plantean metas mínimas, que el terapeuta en formación debe cumplir a lo largo del proceso de supervisión. Se entiende que lo aprendido en dicho espacio puede luego llevarse a cabo en sesión.
3. Modelo de supervisión integradora basado en la construcción de narrativas terapéuticas de Norcross y Halgin en el 2007, que alude a cómo pensar lo que se piensa sobre la práctica y teoría. Así, tanto el supervisor como el terapeuta en formación mantienen una conversación colaborativa, en donde el primero intenta identificar y animar las fortalezas del segundo.

⁴ Licenciada en Psicología. Realizó una maestría en psicología clínica y de familia (Universidad de Santo Tomás, Colombia).

Objetivos.

La supervisión tendría por objetivo activar los recursos interaccionales de los terapeutas para que amplíen y complejicen sus posibilidades de relación y se constituyan como un instrumento de cambio más versátiles y efectivos. El equipo de supervisión, operaría a través de conversaciones reflexivas con el acompañamiento de un supervisor, que es considerado un soporte emocional, un consultor, colega, docente y promotor de cierta sinergia. De esta forma la supervisión en vivo, se trataría de una manera particular de hacer terapia, donde el equipo conformado por el supervisor y los estudiantes es a la vez un equipo terapéutico. De esta forma intervendrán en la supervisión diversos actores desempeñando distintos roles sociales, con diversos intereses y expectativas, siendo de este modo, la supervisión un sistema complejo.

La dinámica relacional del sistema de supervisión emergería en el entrelazamiento de la construcción individual con la co-construcción. Mientras que la primera referirá a cómo los terapeutas (supervisados) confieren sentido a su mundo, identificando sus sentimientos, sus conceptos respecto de la vida, sus objetivos, sus conductas y las conexiones entre todos estos procesos, la segunda se enfocaría en los modos de relación, la coordinación de acciones y los juegos de lenguaje, entre los consultantes y el terapeuta (supervisado), y entre el último y el equipo de supervisión. Siendo estos procesos simultáneos y recursivos. Todos los participantes son co-actores. En la supervisión se develan los marcos teóricos, los prejuicios, los valores, la ideología, y las vivencias previas del terapeuta, mientras que a la par se meta-observan las pautas de interacción entre los distintos actores y se reflexiona sobre las formas de conducir la conversación tanto en la terapia como en la supervisión.

Para este modelo el instrumento fundamental en el ejercicio de la terapia es el terapeuta. Hernández Córdoba, retoma a Minuchin que explica que “el estilo personal del terapeuta es el punto de partida. Se lo desafía para que amplíe su repertorio de actuación y sea capaz de responder a la variedad de consultantes y de problemas que le pueden llegar” (1998, p.17). Se trata, sostiene la autora, de que el terapeuta no pierda su espontaneidad, entendiendo a la versatilidad como concepto indispensable, ya que se trata de actuar en armonía con las circunstancias del contexto.

Este modelo, busca que el terapeuta que supervisa, logre transitar con agilidad entre la autorreferencia y la heterorreferencia. Sería de esta forma, que se conjugan las epistemologías

constructivistas y construccionistas, las cuales comparten el principio de que la realidad es una construcción que surge en la interacción y en el lenguaje.

En aquellos casos en que el proceso terapéutico fuera muy complejo de llevar a cabo para el terapeuta, podría delegarse transitoriamente el liderazgo en la conducción del mismo al supervisor. A diferencia de los otros modelos.

En cuanto a la supervisión basada en este modelo psicoterapéutico, en sus comienzos estuvo basada en la terapia, funcionando en paralelo a la misma. Hoy en día se caracteriza por poner su foco de atención en cómo se entrelaza la relación de la dinámica sistémica: la dinámica familiar, la dinámica familia-terapeuta, y la diada supervisor-supervisado, ya que entiende que terapeuta y supervisor son agentes activos del sistema en el que están interviniendo (Beck et al., 2008, p.80).

Otro autor que se aboca a desarrollar este modelo de supervisor es Celano et al. (2010), quien propone como componentes esenciales de la misma:

1. Desarrollar una formulación sistémica: conceptualizar el problema en términos de los recursos de la familia.
2. Ayudar al supervisado a forjar una alianza terapéutica sistémica.
3. Introducir y reforzar el proceso de replanteamiento (volver a etiquetar o redefinir los problemas para que sean resueltos de una forma más productiva).
4. Asistir al supervisado a manejar las interacciones negativas que ocurren en la terapia, crear cohesión entre los miembros de la familia, y asistir respecto de las reestructuraciones familiares y desarrollo de habilidades/capacidades parentales.
5. Entendiendo y refiriendo a evidencia basada en los modelos de terapia sistémica.

Por su parte, Petetta, Goni y Kapplan (2018), concluyen que: la supervisión se trata de una herramienta que se genera en interacción, dando lugar a una aproximación entre la teoría y la práctica. Estos autores conciben la realidad como una construcción y la mente como aquello inmanente al sistema. En la misma se llevaría a cabo un espacio donde terapeuta y supervisor

trabajen y reflexionen sobre las complejidades del proceso terapéutico en todas sus dimensiones.

Conceptos fundamentales.

Según Hernández Córdoba (2007) habría algunos conceptos y prácticas relevantes en la práctica de la supervisión, como son:

1. Asumir una postura coherente con respecto a la noción de experto: ya que se propone que el supervisor no funciona como tal, sino como mentor. Entendiendo que el poder, remite a un acuerdo social convencional para describir los procesos relacionales complejos de influencia y de control presentes en toda relación. De esta forma entendiendo a la supervisión como un proceso dialógico de empoderamiento y de colaboración, la noción de experto cae.
2. Ser sensible a las diferencias individuales y culturales, reconociendo el carácter único de cada consultante, cada terapeuta y supervisor. Diseñando prácticas de conversación que legitimen estas distinciones.
3. Cuidar la forma de preguntar y conversar.
4. Reconocer que las relaciones son los vínculos para la construcción de la identidad.
5. Hacer de la transparencia un valor fundamental.

Por otra parte, no deben dejarse de lado, dos de los conceptos fundamentales de este modelo de supervisión, como son, el de sistema y el de retroalimentación.

Relación supervisor - supervisado.

En cuanto al rol del supervisor, Michael Ungar (como se citó en Hernández Córdoba, 2007), agrega otros cinco roles complementarios y simultáneos:

1. El rol de soporte emocional al terapeuta cuando ayuda a explorar sus vivencias personales, sin que la supervisión se convierta en un proceso terapéutico. Esto es debido, a que el supervisor debe, no solo enseñar a cómo hacer terapia, sino también, trabajar con los terapeutas para que ellos logren llevar a cabo un trabajo eficaz de autorreferencia.
2. El rol de consultor del caso, ya que el supervisor conversa con el grupo para ofrecer alternativas sobre las mejores opciones para la evaluación de la terapia,

enfocándose más en los consultantes y en los remitentes, que en las competencias del terapeuta.

3. En el rol de docente, en el que el supervisor enseña cómo hacer una intervención, modelando o acompañando el ejercicio en la terapia en vivo.
4. Como colega, el supervisor comparte la responsabilidad clínica con el terapeuta, adoptando en ese momento el rol de miembro del equipo terapéutico ad hoc. Legalmente el supervisor tiene también una responsabilidad frente a los casos, y éticamente tiene un compromiso humano con quiénes le entregan su confianza al equipo poniendo su historia en sus manos.
5. Como promotor de los supervisados y de la innovación de su práctica, los estimula a tomar iniciativas y transferir sus aprendizajes a los demás campos de trabajo. Se enfoca en lograr empoderar al terapeuta.

Contribución de la supervisión en el ámbito clínico

Se considera a la supervisión un proceso en el que se brinda un lugar predominante para el desarrollo de la autorreferencia, ya que facilita el movimiento flexible entre el mundo subjetivo emocional y conceptual del terapeuta, la observación y la integración con los consultantes y la integración de distintas alternativas. (Hernández Córdoba, 2007). A partir de ello, es posible enumerar una serie de contribuciones que apoyan la importancia de su investigación y su aplicación dentro del ámbito clínico.

Ventajas

En su texto “La supervisión hoy: lo que sabemos y lo que nos falta saber”, Consoli et al. (2017, p.15) mencionan cuatro motivos principales que sustentan la investigación en supervisión:

1. Una relación de supervisión positiva incrementa la tendencia de quienes reciben supervisión a modelar e incorporar las habilidades terapéuticas de sus supervisores/as y a demostrar las mismas en la relación con sus clientes/as,
2. La supervisión tiende a reducir la ansiedad y la ambigüedad del rol en quienes reciben supervisión e incrementa la confianza en la práctica profesional,

3. La supervisión contribuye al desarrollo de las habilidades básicas pero el impacto de la misma en la adquisición de habilidades más complejas es poco claro al momento, y,
4. La supervisión puede ayudar a quienes reciben supervisión a manejar la alianza terapéutica y a resolver los impases terapéuticos, particularmente facilitando el aprendizaje de cómo manejar los procesos interpersonales en terapia.

Otros beneficios secundarios, son la autorreflexión, la satisfacción laboral y el uso de nuevas técnicas.

Para que esto sea posible, es fundamental que se cumplan una serie de condiciones:

1. Que la relación entre la persona supervisada y supervisora se dé en un marco de colaboración y respeto,
2. Que los objetivos, tareas y expectativas de ambos estén anclados en una relación de trabajo,
3. Que la relación de poder se distribuye para optimizar resultados en las dimensiones pedagógicas, de entrenamiento y de formación, y,
4. Que se logre establecer una adecuada alianza de trabajo.

La calidad de la alianza en supervisión es determinante para facilitar un espacio seguro, transparente y confiable, convirtiéndose así, según exponen Lubina y Cardona (2017), en el factor común supremo a todos los modelos de supervisión, así como la humildad cultural.

Otras de las consecuencias favorables de supervisar, tiene que ver con conductas de autocuidado y la evitación del Burn Out, una manifestación del estrés laboral muy recurrente dentro del ámbito laboral de la psicología. Gomar y Musso (2017), desarrollan este tema y sostienen que la supervisión contribuye a la evitación del trauma vicario y el desgaste que las personas profesionales del ámbito de la salud mental suelen padecer. El trauma vicario, conocido también como estrés traumático secundario, refiere a las transformaciones personales que se dan al tener una involucración empática acumulativa en el trabajo con personas quienes laboran directamente con trauma, mientras que el desgaste es descrito como una experiencia de cansancio exhaustivo, mental y físico, de largo plazo y un bajo sentido de satisfacción personal observado frecuentemente por personas que trabajan con otras personas. La naturaleza de este tipo de trabajo hace uso de la empatía como recurso primordial y ésta, a su vez, puede generar el desgaste por empatía, que se agrega y es similar al desgaste antes descrito.

Adoptar la supervisión como una práctica de autocuidado resulta fundamental debido a que el supervisado se puede ver involucrado en una tarea de elevada “toxicidad”, donde el ejercicio puede favorecer la actualización de situaciones conflictivas de su propia psiquis,

activadas como procesos perturbadores en su vida, más allá del efecto que puedan producir sobre el curso de los tratamientos que llevan a cabo. Tal como sostiene Fernández Álvarez (2020), el terapeuta puede verse negativamente afectado por su tarea aún cuando esto no se proyecte (al menos por el momento y de manera notoria) sobre el o los pacientes que está asistiendo.

Desventajas

Las condiciones necesarias para llevar a cabo el proceso de supervisión, anteriormente desarrolladas, se relacionan directamente con el concepto de poder, el cual suele utilizarse de forma indiscriminada y alternándose con el de autoridad, aun cuando poseen diferentes definiciones según la perspectiva cultural y el campo de aplicación.

El diccionario de la Real Academia Española (2021) define al *poder* como la posibilidad de que algo ocurra, se refiere a aspectos de control, dominio y/o jurisdicción que una persona dispone para concretar una acción o mandato. Mientras que el segundo concepto refiere al ejercicio de mando, una potestad, facultad o crédito que identifica a una persona o institución que legitima y reconoce su competencia en una materia.

Se trata de términos que, como sostienen Castañeda y Cobar (2017), suelen utilizarse indistintamente, si bien cada uno posee características que le son propias. Mientras el poder hace referencia al contexto histórico y situacional de una relación (Solís, 2009), la autoridad evoca valores que promueven la existencia y el crecimiento en las comunidades considerando la sabiduría de la experiencia pasada y los esfuerzos por el equilibrio, la convivencia y el buen vivir.

Siguiendo a Fernández Álvarez, el concepto de poder se suele confundir con el de control, concepto que pasó a formar parte del repertorio más habitual de los terapeutas en la jerga cotidiana. Decir “controlar un caso o un paciente”, trae aparejado una connotación que refiere a la posibilidad que tiene un supervisor de contar con la visión experta de un terapeuta con mayor experiencia que le señale si va por el camino correcto o si tiene algo que modificar y, en ese caso, en qué dirección.

Si bien, algunos modelos entienden la supervisión como parte de un proceso directivo, a medida que la misma fue evolucionando, la relación supervisor-supervisado ha ido adoptando características de apoyo y colaboración debido a que la relación de poder que los unía fue seriamente criticada. Debido a que, en cierta medida, reflejaba una actitud represora del sistema que pretendía imponer un modelo rígido de funcionamiento entre el paciente y el terapeuta,

generalizable a distintas condiciones ambientales. Controlar era visto por estos detractores como un sinónimo de vigilancia y ello suponía el inminente castigo ante cualquier desviación.

Por otra parte, Bernard y Goodyear (2014) sostienen que por lo general se encuentran tres fuentes de conflicto en el proceso de supervisión:

1. Diferencias en expectativas y problemas de comunicación
2. Conflicto normativo debido al nivel de desarrollo de quienes reciben supervisión
3. Conflicto basado en dinámicas interpersonales.

Los conflictos dentro de la supervisión pueden fortalecer la alianza de trabajo y crean la oportunidad de modelar cómo sobrellevar los conflictos con los/las pacientes, pero si los conflictos en supervisión no se resuelven, la relación puede sufrir.

Un factor crucial en los efectos de la supervisión tiene que ver con la manera en que los supervisados perciben al supervisor. Las experiencias positivas de supervisión están asociadas al establecimiento de una relación facilitadora, sin prejuicios, con un comportamiento orientado al habla. Esto disminuye la ansiedad en los supervisados, al tiempo que les permite sentirse apoyados y aceptados por su supervisor. En cambio, los supervisados reportan experiencias negativas de supervisión cuanto más rígido, desatento y crítico se muestre el supervisor (Gray, Ladany et al., 2001).

Finalmente, retomando la necesidad de su investigación, se destacan varias de ellas, que no han terminado de dar cuenta de la importancia de este proceso. Esto es así, ya que en diversos estudios en los que se han comparado la eficacia de las terapias que han cursado con supervisión, y aquellas que no lo han hecho, no se evidencian diferencias significativas.

Conclusiones

Se considera que el presente trabajo resulta de gran importancia teórica, ya que compila los conceptos más importantes, de los principales autores, que abordan la supervisión clínica en psicoterapia.

La supervisión se trata de un concepto complejo debido a sus múltiples definiciones que dependen de cada autor, de su orientación teórica y del punto de vista desde el cual se lo aborde. Se la puede conceptualizar como un proceso dual ya que se desarrolla en un conjunto de fases sucesivas, que involucra mínimamente a dos sujetos: la persona que supervisa y la persona supervisada, quienes establecen una relación de tipo asimétrica. En los comienzos de la supervisión, el supervisor era visto como un experto, poseedor de aquel conocimiento que debía

impartir al supervisado, inexperto que debía ser inspeccionado. De esta forma, el vínculo establecido se caracterizaba por ser una relación de tipo autoritaria. Actualmente, se hace hincapié en la importancia de la alianza de supervisión y con ello del respeto y la integridad, que harán de la supervisión una acción de tipo formativa y colaborativa.

Este proceso tiene por objetivo mejorar y/o desarrollar habilidades y competencias, que favorecen el trabajo profesional del supervisado en, al menos, dos planos. En el plano subjetivo (personal), la supervisión constituye una práctica formativa y de autocuidado. Mientras la primera implica el desarrollo de las incumbencias del supervisado, la segunda se orienta a intentar disminuir los efectos negativos que puedan surgir en el trabajo psicoterapéutico. Por otro lado, en el plano intersubjetivo, la supervisión podrá tener efectos en la relación terapeuta-paciente, ya que también se trata de una práctica que sirve de guía al supervisado a la hora de analizar aquellos obstáculos o situaciones problemáticas que puedan surgir en su trabajo.

Por otra parte, a partir del estudio de los modelos de supervisión de la primera generación propuestos por Bernard y Goodyear, el trabajo concluye que, si bien se encuentran divergencias que se remontan al origen y desarrollo de cada modelo teórico en particular, se reconocen ciertas concurrencias tales como: la alianza de trabajo/supervisión, el proceso paralelo, el supervisado como un sujeto activo en el proceso, el feedback y la necesidades del respeto e integridad de los agentes intervinientes. De esta forma, se podría arribar a pensar que el proceso no debería acotarse a un único modelo de supervisión psicoterapéutico. Por el contrario, se entiende que la persona supervisora debería contar con conocimientos suficientes del resto de los modelos, de modo tal, que a la hora de llevar a cabo una supervisión integral, la misma pueda hacer uso de las técnicas adecuadas a cada circunstancia y a cada supervisado.

Por último, la supervisión debería permitir y habilitar un desarrollo profesional idóneo, a partir de la transmisión teórica-práctica, autorreflexiva, colaborativa e integral, aspectos que si bien se mencionan en el código de ética de FePRA y el del colegio de psicólogos provincial, no hacen a una formalización del proceso de supervisión.

Es por todo ello que surge la necesidad de una normatización de la supervisión en la práctica psicológica en la Argentina. Esto es debido a que si bien en las universidades suele encontrarse normatizada la supervisión del profesional en desarrollo, no se cuenta con un marco regulatorio estandarizado ni para las instituciones, ni para los profesionales.

En general, las personas supervisoras no reciben una formación específica en ese área, antes bien, suele tratarse de profesionales con cierta trayectoria y experiencia que imparten

supervisión a colegas con menor experiencia. Es a raíz de la investigación realizada, que se sostiene la necesidad de algo más que un amplio conocimiento teórico y práctico, puesto que el acto de supervisar implica cualidades que van más allá de las destrezas adquiridas a lo largo de la carrera profesional.

Otra cuestión poco discutida refiere a la calidad del proceso de supervisión. En este punto es fundamental la alianza de supervisión. En la que entra en juego la asimetría de los actores y la distribución del poder. La manera en que la persona supervisada percibe a la persona que lo supervisa, puede afectar su evaluación y desempeño. Cuando los supervisados perciben que reciben el apoyo, la instrucción, la interpretación y el respeto de sus supervisores, se obtienen mejores resultados en la supervisión. En cambio, cuando perciben una actitud crítica, rígida, autoritaria y degradante por parte de los supervisores, la supervisión se asocia a una experiencia y resultados negativos.

Por este motivo, la supervisión se concibe como una relación que se construye colaborativamente entre la persona que supervisa y la persona supervisada. Y es fundamental, además, que la persona supervisora comunique de manera clara y objetiva la forma en que se llevará a cabo la supervisión, para no generar una situación de estrés o ansiedad en el supervisado.

La falta de consideración de muchos de estos aspectos, y en muchos casos, la falta de consenso, deja abierto a interrogantes tales como: ¿Cuándo hay que supervisar? ¿Cómo hay que hacerlo? ¿Quién puede hacerlo? ¿Qué tipo de formación es necesaria para ser supervisor? ¿Hay quien supervise a los supervisores? ¿Cuál es el costo de una supervisión?

Referencias

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>

APA (2015). Guidelines for clinical supervision in health service Psychology [Guía para la supervisión clínica en el servicio de la psicología de la salud]. *American Psychologist*, 70, 33-46.

- Aten, J. D., Strain, J. D., & Gillespie, R. E. (2008). A transtheoretical model of clinical supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(1), 1–9.
- Ballesteros de Valderrama, 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.
- Bambling, M., King, R., Raue, P., Schweitzer, R., y Lambert, W. (2006). Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression [Supervisión clínica: Su influencia en la evaluación del cliente de la alianza de trabajo y en la reducción de síntomas en el tratamiento breve de la depresión mayor]. *Psychotherapy Research*, 16(3), 317-331.
- Bateson, G. (1982). Espíritu y naturaleza. Amorrotu.
- Beck, J. S., Sarnat, J. E., & Barenstein, V. (2008) Psychotherapy-based approaches to supervision.
- Bernard, J. y Goodyear, R. (2014). *Fundamental of Clinical Supervision*. Ed. Person. (Fifth Edition)
- Beutler, L. E., y Kendall, P. C. (1995). Introduction to the special section: The case for training in the provision of psychological therapy [Introducción a la sección especial: El caso para entrenamiento en la provisión de la terapia psicológica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 179-181.
- Boyd, J. (1978). *Counselor supervision: Approaches, preparation, practices*. Muncie, IN: Accelerated Development, Inc.
- Carpintero, H.; Mayor L., & Zalbidea, M. A. (1990). Condiciones de surgimiento y desarrollo de la Psicología Humanista. *Revista de Filosofía (Madrid)*, vol. 3, p. 71.
- Castañeda, T., y Cobar, A. A. (2017). Matices del poder y la autoridad en la supervisión clínica en Guatemala. *Revista Psicólogos. Año VII, n°20a*, edición especial, 20-28.

- Celano, M. P., Smith, C. O., & Kaslow, N. J. (2010). A competency-based approach to couple and family therapy supervision. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47, 35-44.
- Código de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina.
- Consoli, J., et al. (2017). La supervisión hoy: lo que sabemos y lo que nos falta saber. *Revista Psicólogos. Año VII, n°20a*, edición especial, 6-19.
- COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, “Código de Ética”.
En <http://www.colpsiba.org.ar/resenia.htm>
- DCP Policy on Supervision (2014). Division of Clinical Psychology. The British Psychological Society.
- Eagle, G., & Long, C. (2014). Supervision of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy. *Wiley international handbook of clinical supervision*, 471-492.
- Ekstein, R., & Wallerstein, R. (1972). *The teaching and learning of psychotherapy* (2da. Ed.). Nueva York: International Universities Press, Inc. <https://psycnet.apa.org/record/1973-26882-000>
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2007). Competence in competency-based supervision practice: Construct and application. *Professional psychology: Research and practice*, 38(3), 232.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (Eds.). (2008). *Casebook for clinical supervision: A competency-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2012). Getting the most out of clinical training and supervision: A guide for practicum students and interns. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/13487-000>

- Falender, C.A., Shafranske, E.P. (2012). The Importance of Competency-based Clinical Supervision and Training in the Twenty-first Century: Why Bother?. *J Contemp Psychother* 42, 129–137 . DC: American Psychological Association.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2014). Clinical supervision: The state of the art. *Journal of Clinical Psychology*, 70(11), 1030-1041.
- Falender, C. A., Shafranske, E., y Falicov, C. J. (2014). Diversity and multiculturalism in supervision [Diversidad y multiculturalismo en supervisión]. En C. A. Falender, E. P. Shafranske, y C. J. Falicov (Eds.), *Multiculturalism and diversity in clinical supervision: A competency-based approach [Multiculturalismo y diversidad en supervisión clínica: Un enfoque basado en competencias]* (pp. 273-281). Washington, DC: American Psychological Association.
- Farber, E. W. (2010). Humanistic-existential psychotherapy competencies and the supervisory process. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47, 28–34.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0018847>
- Fernández-Álvarez, H. (2016). Reflections on supervision in psychotherapy [Reflexiones sobre supervisión en psicoterapia]. *Journal of Psychotherapy Research* 26(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1080/10.503307.2015.1014009>
- Fernández-Álvarez, H. (2020). Supervisión en psicoterapia. https://apra.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/Supervision-en-Psicoterapia-Fernandez_Alvarez_1.pdf
- Fleming, J. y Benedek, T.F. (1966). Supervisión psicoanalítica. Nueva York. NY: Grune y Statton.
- Florian Weck, Yvonne M. Kaufmann and Michael Witthöft. “Topics and techniques in clinical supervision in psychotherapy training”. *The Cognitive Behavior Therapist* (2017), vol. 10, e3, page 1 of 17 doi:10.1017/S1754470X17000046
- Frawley-O’Dea, M.G., & Sarnat, J. E. (2001). The supervisory relationship: A contemporary psychodynamic approach. New York, NY: Guilford Press.

- Goodyear, R. K., Falender, C. A., & Rousmaniere, T. (2017). Ethics issues regarding supervision and consultation in private practice.
- Gomar, K., y Musso, A. (2017). Propuesta de intervención de autocuidado para supervisores utilizando técnicas experienciales. *Revista Psicólogos. Año VII, n°20a*, edición especial,
- Gray, Ladany, Walker & Ancis, 2001: Ladans, N., Walker, J. Y Melincoff, D. (2001). Supervisory style: it's relation to the supervisory working alliance and supervisor self-disclosure. *Counselor Education and Supervision*, 40 (40), 263-275.
- Greenberg, L. S., & Tomescu, L. R. (2017). Supervision essentials for emotion-focused therapy. American Psychological Association.
- Heidi, Zetzer & Hill, Clara & Hopsicker, Rachel & Krasno, Anna & Montojo, Pati & Winter Plumb, Evelyn & Hoffman, Mary Ann & Donahue, Megan. (2020). Parallel process in psychodynamic supervision: The supervisor's perspective. *Psychotherapy*. 57. 10.1037/pst0000274.
- Haley, J. (1997). Aprender y enseñar terapia. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48(1), 88–97. <https://doi.org/10.1037/a0022182>
- Hernandez Cordoba, A. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. Universidad de Santo Tomas. Bogotá. ISSN:1794-9998. Vol 3. No.2. pp.227-238
- Hess, A. (2008). Psychotherapy supervision: a conceptual review. In A. K. Hess, K. D. Hess, & T. H. Hess (Eds.), *Psychotherapy supervision. Theory, Research, and Practice* (second edi., pp. 3–24). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hess, A. (2008). Psychotherapy supervision: a conceptual review. In A. K. Hess, K. D. Hess, & T. H. Hess (Eds.), *Psychotherapy supervision. Theory, Research, and Practice* (second edi., pp. 3–24). New Jersey: John Wiley & Sons.

- Kaslow, N. J., Rubin, N. J., Bebeau, M. J., et al. (2007). Guiding principles and recommendations for the assessment of competence. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Keegan, E. (2012). Supervisión y desarrollo de competencias en terapia cognitivo-conductual. *Aportes del siglo XXI a las terapias cognitivas*, 69-92.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2007). *Diccionario de psicoanálisis*. Ed. Paidós.
- Leddick, G. R. (1994). Models of clinical supervision. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), 4(15), 876–8.
- Leddick, G. R., & Bernard, J. M. (1980). The history of supervision: A critical review. *Counselor Education and Supervision*, vol. 19, nº3.
- Liese, B. S., & Beck, J. S. (1997). Cognitive therapy supervision.
- Loganbill, C., Hardy, E. y Delworth, U. (1982). Supervision: a conceptual model.
- Lopez Marin (2021) Supervisión clínica en psicoterapia centrada en la persona.
- Lubina, M. M., Cardona, M. S., & Rodas, M. S. P. (2017). Enfoque sobre las alianzas de trabajo en supervisión. Consejo Editorial Invitado para la Edición Especial, 29.
- Maslow, A. (1964/1973). Introducción y cap. III. En: “*El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*”, (pp. 25-31/45-72). Buenos Aires: Kairós Troquel.
- Milne, D. (2009). *Evidence-based clinical supervision: Principles and practice*. Chicester, UK: Wiley-Blackwell.
- Milne, D. & Reiser, R. (2017). *A Manual for Evidence-Based CBT Supervision*. Wiley Blackwell
- Minuchin, S. (1998). El arte de la terapia familiar. Barcelona: Paidós.
- Montiel, A. L. V. (2020). Modelos contemporáneos de supervisión clínica: nuevas direcciones. *Multidisciplinary Health Research*, 5(1).

- Moreno, A. (2014). *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención*. Recuperado de http://www.edesclee.com/pdfs/97884_3302737
- Moreno Pérez, A. I. (2016). *Teoría y práctica de la supervisión. Análisis del discurso de supervisores y psicoterapeutas*. [Tesis de doctorado, Universidad de Alcalá].
- "Morgan, M. M., & Sprenkle, D. H. (2007). Toward a common-factors approach to supervision. *Journal of Marital & Family Therapy*, 33, 1–17."
- "Origen y Etimología de la supervisión, (2015). En <https://www.clubensayos.com/Ciencia/Origen-Y-Etimologia-De-La-Supervision/2339996.html>
- Pack, M. (2009). Supervision as a liminal space: Towards a dialogic relationship. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 5, 60–78. <https://core.ac.uk/download/pdf/41336304.pdf>
- Padesky, C. A. (1996). Developing cognitive therapist competency: Teaching and supervision models.
- Petetta Goñi, Sofía Paula y Kaplan, Shirly (2018). *Supervisión: una herramienta para formarse como terapeuta sistémico*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [Fecha de la consulta]
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change
- Sarnat, J. "Supervising Psychoanalytic Psychotherapy: present knowledge, present needs, future possibilities"
- Sarnat, J. (2010). Competencias clave del psicoterapeuta psicodinámico y cómo enseñarlas en supervisión. *Psicoterapia*, 47, 20-27. doi: 10.1037 / a0018846

- Schwartz, H. (2015). International Psychoanalytical Association: Variations on the Eitingon Training Model.
- Shurts, W. M. (2015). Infusing Postmodernism Into Counseling Supervision: Challenges and Recommendations. *The Journal of Counselor Preparation and Supervision*, 7 (3).
- Shurts, W. M. (2015). Infusing Postmodernism Into Counseling Supervision: Challenges and Recommendations. *Journal of Counselor Preparation and Supervision*, 7(3).<http://dx.doi.org/10.7729/73.1134>
- Simpson-Southward, C., Waller, G. and Hardy, G. (2017) How do we know what makes for 'best practice' in clinical supervision for psychological therapists? A content analysis of supervisory models and approaches. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. ISSN 1063-3995
- Solís, P. (2009). La naturaleza y el ejercicio del poder y la autoridad política. *Revista Filosofía Universidad Costa Rica*, XLVII (122), 49-57.
- Torres, A. (s.f.). Conductismo: historia, conceptos y autores principales. En <https://psicologiymente.com/psicologia/conductismo>
- Ussher, Margarita. (2008). La supervisión en la psicología social comunitaria. *Psicología para América Latina*, (12). Recuperado em 28 de novembro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000100006&lng=pt&tlng=es.
- Vilanova, A. (1993). Abraham Maslow y la Autorrealización. En: Contribuciones a la psicología clínica. Algunos aportes teóricos de psicólogos notables (pp. 139-161). Buenos Aires: ADIP.
- Watkins, C. E., Jr. (2015b). The learning alliance in psychoanalytic supervision: A fifty-year retrospective and prospective. *Psychoanalytic Psychology*, 32, 451– 481. <http://dx.doi.org/10.1037/a0034039>.
- Watkins, C. E., Jr. (2017). Reconsidering parallel process in psychotherapy supervision: On parsimony, rival hypotheses, and alternate explanations. *Psychoanalytic Psychology*, 34, 506 –515. <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000127>

Wetchler, J. L., Piercy, F. P., & Sprenkle, D. H. (1989). Supervisors' and supervisees' perceptions of the effectiveness of family therapy supervisory techniques. *The American Journal of Family Therapy*.

Zas Ros, B. (2015). Formación en supervisión psicológica: peculiaridades de su desarrollo en la preparación de profesional de la psicología en Cuba. *Revista científica y profesional de la asociación latinoamericana para la formación y la enseñanza de la psicología*. Vol 3, N7.

Anexos

ANEXO 1

Real Academia	Prochaska y DiClemente (1982, 1984, 1986)	Loganbill, Hardy y Delworth (1982)	Haley (1996)	Zas Ros (2007)	Milne (2009)	Falender y Shafranske (2014)	Greenberg & Tomescu (2017)	The British Psychological Society (2014)
El término supervisar proviene de "super" y "visar", y es una acción que implica ejercer la inspección superior en trabajos realizados por otros.	Dependiendo de la orientación teórica, la psicoterapia puede conceptualizarse de distintas maneras.	Desde el punto de vista del entrenamiento y la práctica, tanto del supervisor como del supervisado: como proceso dual de evaluación e intervención. La supervisión se trata de un proceso intensivo, interpersonal, en una relación uno a uno, en donde una persona es designada para facilitar el desarrollo de la competencia terapéutica de la otra.	Se entenderá la supervisión como aquellas situaciones en que el terapeuta en formación es responsable de un caso y es guiado por un supervisor.	Desde el punto de vista estructural: en algunos sistemas institucionales de la psicología, la supervisión es una función normativa requerida para la afiliación institucional y el ejercicio profesional. Sostiene que la supervisión es un instrumento de trabajo que tiene dos vertientes, una formativa y otra colaborativa.	Las definiciones actuales son problemáticas debido a que carecen de especificidad, no tienen en cuenta la práctica interprofesional (por ejemplo, otras prácticas de la salud mental o disciplinas médicas), no enfatizan una crítica a la naturaleza de la relación de supervisión y generalmente, socavan los esfuerzos para estudiar sistemáticamente la supervisión.	Concepto problemático. Modelo transteórico. Concepto de carácter polisémico. Conceptos: integridad, el respeto, la supervisión clínica eficaz, la alianza de supervisión, la diversidad, los factores personales y la contratransferencia en supervisión. También las competencias, la autoevaluación, el feedback y la evaluación en el proceso de supervisión. Y finalmente la necesidad del desarrollo de competencias éticas y legales en todo supervisado.	Acción o proceso de observar y dirigir lo que alguien hace o cómo se hace algo y asegurarse de que todo se haga correctamente.	Proceso formal para apoyo profesional y aprendizaje que permite a los profesionales desarrollar conocimiento y competencia, asumir la responsabilidad de su propia práctica y mejorar la protección y seguridad del consumidor en situaciones complejas. Es fundamental para el proceso de aprendizaje y alcance de la expansión de la práctica, y debe ser visto como un medio que aliente la autoevaluación, la habilidad analítica y reflexiva. A su vez, la supervisión dentro de la psicología clínica se puede definir como la provisión formal, por parte de supervisores aprobados, de una educación y capacitación basada en relaciones, que se enfoca en casos y que gestiona, apoya, desarrolla y evalúa el trabajo de los colegas junior".

Distintas definiciones de la supervisión clínica