

Supervisión en una Unidad de Clínica de Adultos de un Centro de Salud Mental Universitario: Un Estudio Cualitativo del Proceso

Clinical Supervision at the Adult Unit of a University Mental Health Center: A Qualitative Study of the Process

J. Carola Pérez¹

 0000-0002-4917-1930

janetperez@udd.cl

Daniela Saralegui¹

 0000-0002-9360-8167

dsaralegui@udd.cl

¹ Universidad del Desarrollo, Facultad de Psicología, Santiago, Chile

Resumen:

Introducción: Las supervisiones clínicas cumplen un rol esencial dentro de la formación profesional del psicólogo clínico. Se han desarrollado diferentes modelos de supervisión, sin embargo, pocos estudios abordan el cómo se desarrolla el proceso de supervisión propiamente tal. **Objetivo:** Describir las dinámicas de supervisión clínica grupal en la Unidad de Adultos del Servicio de Psicología Integral de una Clínica Universitaria, que proporciona atención psicológica a la comunidad. **Metodología:** Estudio cualitativo descriptivo y de alcance transversal, en una muestra de 5 sesiones de supervisión videograbadas, cuya interacción verbal fue sometida a análisis de contenido convencional. **Resultados:** Se distinguen aspectos de la apertura del proceso de supervisión, en el cual se identifica una dificultad variable de los supervisados para formular preguntas de supervisión, dificultad enmarcada en un contexto de involucramiento afectivo de los supervisados. Se identifican intervenciones de los miembros del equipo de supervisión: una transversal de validación de la experiencia del supervisado; e intervenciones durante el proceso de supervisión, como, por ejemplo, preguntas dirigidas a revisar "la experiencia" del supervisado durante la atención del caso; "construcción de hipótesis comprensivas del caso", y la entrega de "sugerencias para el abordaje terapéutico" del caso en específico, y/o que pueden ser aplicados a otros casos.

Palabras clave: supervisión; psicoterapia; estudio cualitativo.

Abstract:

Background: Clinical supervision plays an essential role in the professional training of clinical psychologists. Different supervision models have been developed; however, few studies address how the ongoing process of supervision is developed. **Objective:** To describe the dynamics of clinical group supervision at the Adult Unit of the Clinical Psychology Service of a University Clinic, which provides psychological care to the community. **Methodology:** A descriptive qualitative study of cross-sectional scope, in a sample of 5 video-recorded supervision sessions, whose verbal interaction was subjected to conventional content analysis. **Results:** Aspects of the opening of the supervision process are distinguished, in which a different degree of difficulties of the supervisees to formulate supervision questions is identified, a difficulty framed in a context of affective involvement of the supervisees. Interventions by members of the supervision team are identified: a validation of the supervisee's experience which is present each one supervision process; and specific interventions during the supervision process, for example, questions aimed at reviewing "the experience" of the supervisee during the care of the case; "construction of comprehensive hypotheses of the case", and the delivery of "suggestions for the therapeutic approach" of the specific case, and/or that can be applied to other ones.

Keywords: supervision; psychotherapy; qualitative study.

Recibido: 27 enero de 2023 – Aceptado: 27 de noviembre de 2023
Editado por: Javier Duarte, Universidad Diego Portales, Chile
Revisado por: Paula Vergara, Universidad de Chile, Chile.
José Domingo Salvo, Centro MIP, Chile.



© 2023 Terapia Psicológica

Introducción

La supervisión, en el contexto de la psicología clínica, es un proceso que se desarrolla en paralelo a la psicoterapia en sí misma y que implica entregar apoyo al terapeuta en su quehacer (Bernard y Goodyear, 2014; Campbell, 2006). El trabajo que realiza quien supervisa (llamado "el supervisor") se sostiene sobre la base de sus propios conocimientos y experiencia clínica, aportando así su perspectiva sobre lo que el estudiante (o supervisando) comparte durante el proceso de supervisión, procurando construir interpretaciones posibles de la problemática de los pacientes y cursos de acción potenciales para el trabajo terapéutico (Daskal, 2008).

Milne (2009) diferencia tres objetivos de la supervisión: "normativos", relativos a la gestión de casos para velar por un ejercicio profesional ético, seguro y efectivo; "restaurativos", ligados a fomentar la elaboración de la experiencia emocional que involucra el ejercicio, y "formativos", destinado a desarrollar los conocimientos y habilidades técnicas para el ejercicio de la psicoterapia, y la promoción de la autoevaluación como herramienta para mejorar la práctica clínica. Es importante mencionar que, la meta última de supervisión es fomentar el logro de resultados positivos para los pacientes.

En este sentido, la supervisión es un elemento central durante la formación de terapeutas novatos quienes presentan diversas dificultades en el ejercicio de la psicoterapia (Bernard y Goodyear, 1998; Zielińska, 2015). Por ejemplo, revisiones de literatura en el tema indican que entre sus errores más frecuentes se encuentran, la interferencia de los propios conflictos, la dificultad para la diferenciación self-otro y establecimiento de límites adecuados que entorpecen el manejo de los pacientes; el exceso de confianza, o -su opuesto- como elevada inseguridad y ansiedad en sus propias capacidades, y una tendencia a asumir toda la responsabilidad por la evolución del paciente. Además, presencia de expectativas irrealistas de éxito y creencias de que el éxito terapéutico depende de la correcta aplicación de los modelos teóricos y/o técnicas aprendidas; entre otros (Herrera y Araya, 2018; Zielińska, 2015). De hecho, estas dificultades comunes en los terapeutas novatos van acompañadas de una amplia gama de emociones negativas como ansiedad, desánimo, ira y frustración, que se entremezclan con sus ideaciones relativas a la falta de competencia profesional (o autocrítica respecto ella) e incerteza acerca de sus habilidades (Gold y Gold, 2023; Hill et al. 2007; Kanazawa & Iwakabe, 2016; Thériault et al., 2009).

Existe consenso sobre que la supervisión es un componente central para una práctica psicoterapéutica dirigida de manera responsable (Andreucci, 2011), y es considerada una instancia fundamental para el desarrollo de habilidades requeridas para el ejercicio de la psicoterapia; ya que conlleva la consolidación de actitudes, conocimientos y aprendizajes necesarios para el ejercicio de la profesión (Martino et al., 2016; O'Donovan, Halford y Walters, 2011). De hecho, los propios terapeutas indican que la supervisión es uno de los mecanismos más relevantes para su desarrollo profesional (Orlinsky y Ronnestad, 2005).

¿Cómo se realiza la supervisión?

A la fecha, se ha establecido una variedad de modelos de supervisión. Por ejemplo, se pueden distinguir aquellos relacionados a modelos teóricos y los conocidos como genéricos y/o integrativos (Araya et al., 2017). En los primeros, el contenido y finalidad de las supervisiones se formula acorde a las teorías que se encuentran a la base (Frawley-O'Dea y Sarnat, 2001; de Valderrama et al., 2019). Por su parte, los modelos genéricos se caracterizan por prestar atención a distintos elementos a la vez, cómo serían: los integrantes del sistema (supervisor, supervisado, paciente), la relación entre las posibles diadas que se constituyen a partir de dichos integrantes; y el proceso terapéutico como tal (Araya et al., 2017).

Más recientemente y a nivel local, Araya et al. (2017) proponen un modelo de supervisión que emerge desde la perspectiva de los supervisores chilenos acreditados, que realizan supervisiones a terapeutas novatos. Los autores proponen desarrollar una mirada multifocal, en la cual el supervisor presta atención simultáneamente a diferentes aspectos, específicamente al terapeuta supervisado, al paciente, a la relación supervisor-supervisado y relación terapeuta-paciente; procurando lograr un equilibrio dinámico entre el desarrollo de habilidades clínicas del supervisado y la "ayuda al paciente", al influir en las acciones que realiza el terapeuta-supervisado. En cuanto a las técnicas que utiliza el supervisor para influir en el supervisado y la terapia, los entrevistados destacan el uso de herramientas verbales, reflexivas, vivenciales y "alternativas" (Araya et al., 2017). Importante indicar que, estas herramientas están solo enunciadas en el modelo propuesto, y que la implementación de esta visión multifocal no queda cabalmente desarrollada en la propuesta. Finalmente, Araya et al. (2017), sugieren, como futura línea de investigación, llevar a cabo observaciones directas de los espacios de supervisión, como una manera de acceder a la perspectiva multifocal de los supervisores, permitiendo esclarecer el modo en que el supervisor interviene.

Supervisión en los procesos de formación

La relevancia social y disciplinar de la supervisión clínica ha conducido a investigadores y psicólogos clínicos a la elaboración de pautas que sistematizan y mejoran los procesos de supervisión (Gazzola et al., 2014). En Chile, se observa un panorama un tanto alejado del seguimiento de estas pautas establecidas, en donde, los supervisores han ido desarrollando de manera autodidacta sus propios modelos de supervisión, o bien estos han emergido de la reflexión de grupos que realizan cursos de formación en psicoterapia (Loubat, 2005; Pesqueira et al., 2019, 2021).

Los modelos de supervisión que abordan la formación de terapeutas describen la transformación del supervisado de ser un novato a ser experto, y las diferentes actitudes y acciones del supervisor, en función de la experiencia del supervisado, en sus distintos niveles, con miras a ir favoreciendo su autonomía y desarrollo (Stoltenberg et al., 1998; Fernández-Álvarez, 2008; Smith, 2009).

Jorge Valdiviezo-Oña et al. (2022) describen uno de los pocos modelos de formación y supervisión desarrollado al alero de un Centro de atención psicológica Universitario de Ecuador. La supervisión grupal se centra en la formación, siendo un espacio de reflexión colectiva donde se reúnen terapeutas, estudiantes y profesores supervisores; en ella se favorece el diálogo entre enfoques teóricos, el análisis de referencias y la identificación de necesidades de aprendizaje. De estas necesidades surgen tareas y enseñanzas que pueden reforzar los marcos de intervención. Llama la atención, que este modelo involucra la medición sesión a sesión de los resultados terapéuticos de los pacientes a través CORE-OM.

Estudio Actual

Este estudio buscó describir las dinámicas de supervisión clínica en la Unidad de Adultos de un servicio de atención psicológica de una Universidad Chilena, para identificar dificultades e inquietudes presentadas por la/os practicantes y pasantes (en adelante nominados “supervisados”) durante las supervisiones, describir las intervenciones y/o sugerencias sobre el quehacer clínico, entregadas por los profesionales, docentes y otros supervisados (en adelante nominados “equipo de supervisión”) y, finalmente, describir las percepciones de los supervisados sobre las indicaciones y/o sugerencias del quehacer clínico entregadas por el equipo de supervisión.

El servicio de atención psicológica es un centro docente-asistencial que atiende a miembros de la comunidad universitaria y a la población en general. El centro brinda atención en salud mental a adultos, niños/as, adolescentes, parejas y familias. Acepta consultas espontáneas y derivaciones de otros profesionales y organizaciones. Para cumplir con su objetivo cuenta con un programa de práctica profesional y Unidades especializadas (por ejemplo, Unidad de Adultos, Unidad Infanto-juvenil, familias y parejas, etc.).

La Unidad de Adultos está conformada por psicoterapeutas en rol docente, quienes no atienden pacientes, pero están a cargo del proceso formativo; psicoterapeutas del staff profesional quienes atienden pacientes, pasantes (quienes son psicólogas/os tituladas/os que cursan un programa teórico-práctico de formación clínica) y estudiantes de psicología cursando su práctica profesional (practicantes).

Método

Unidad de Análisis

La unidad de análisis de este estudio correspondió a casos supervisados en las reuniones de supervisión de la Unidad de Adultos del servicio antes citado.

Con el propósito de acceder a las interacciones de la dinámica grupal durante el proceso de supervisión, tal como se despliega de manera habitual, es que se estableció como criterio de inclusión que en la reunión de supervisión debían participar al menos un psicoterapeuta en rol docente, tres psicoterapeutas del staff profesional, y tres supervisados (entre pasantes y practicantes). Cabe destacar que, durante las supervisiones, los enfoques desde los cuales intervinieron los supervisores fueron: Cognitivo - Conductual (CBT); Constructivista - Cognitivo; Sistémico; Psicodinámico; Psicoanálisis relacional; Humanista - Junguiano; Holístico - energético e Integrativo.

Cinco fueron los casos supervisados, todos correspondientes a pacientes mujeres, que se encontraban en un rango etario de 22 a 46 años. Dos de ellas derivadas por otros profesionales y con motivos de consulta como tener dificultades académicas o de pareja. Los diagnósticos identificados iban en la línea de lo ansioso - depresivo, y trastorno límite de personalidad.

Estos casos estuvieron a cargo de practicantes y pasantes, quienes realizaron atención psicológica en el periodo de agosto de 2021 a julio de 2022. El grupo

estuvo constituido por tres practicantes mujeres, y un practicante y un pasante hombres, todos con edades entre los 23 y 26 años.

Procedimientos

Se llevó a cabo un estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo.

El estudio contó con la autorización del Comité de Ética de la Universidad y de la Dirección del Centro asistencial, e involucró la firma de Consentimientos Informados por parte de los supervisados a cargo del caso, de los miembros de la Unidad de Adultos que participaron de las supervisiones y del paciente quien autorizó la inclusión de su caso como parte de la presente investigación.

Se videograbaron los casos durante el desarrollo de la reunión de supervisión clínica. En ella, el/la supervisado/a realiza una presentación del caso clínico de interés. Dicha exposición comienza con una descripción del paciente, su sintomatología y motivo de consulta, así como el relato del trabajo terapéutico realizado a la fecha. Se especifica que la presentación debe finalizar con el planteamiento de “una pregunta sobre el caso”, la cual se espera sea respondida durante la supervisión. Luego los diferentes asistentes a la sesión de supervisión comienzan a dar opiniones, comentarios y/o realizan más preguntas al supervisado, de manera de responder a la pregunta de supervisión. Así, la supervisión del caso dura entre 45 a 60 minutos. Las sesiones de supervisión fueron luego transcritas y codificadas.

Análisis de datos

Dado el contexto de la investigación y la naturaleza de la unidad de análisis, se utilizó el método de análisis de contenido convencional, puesto que tiene como propósito describir un fenómeno sobre el cual la literatura de investigación es limitada (Kondracki y Wellman, 2002). Esta estrategia metodológica permitió el desarrollo de categorías inductivas (Mayring, 2000), resultando en la identificación de elementos relacionados con las preocupaciones y dificultades de los terapeutas en formación dentro del espacio de supervisión, así como también a su percepción global sobre este y, por último, el carácter de las intervenciones ofrecidas por los profesionales en su rol de supervisores, para responder a las inquietudes de los supervisados.

Resultados

En las Figuras 1 y 2 se observan los datos identificados como relevantes para este estudio, los cuales han sido clasificados en dos dimensiones descriptivas principales: 1) dificultades e inquietudes expresadas por el terapeuta sobre el caso que supervisa; 2) las intervenciones realizadas por el equipo de supervisión, en relación con las preocupaciones y dificultades expuestas por los supervisados. Por último, se mencionará la percepción global de los supervisados sobre el proceso de supervisión, posterior a recibir todas las sugerencias por parte de los supervisores, aspecto que no alcanza a constituir una categoría propiamente tal.

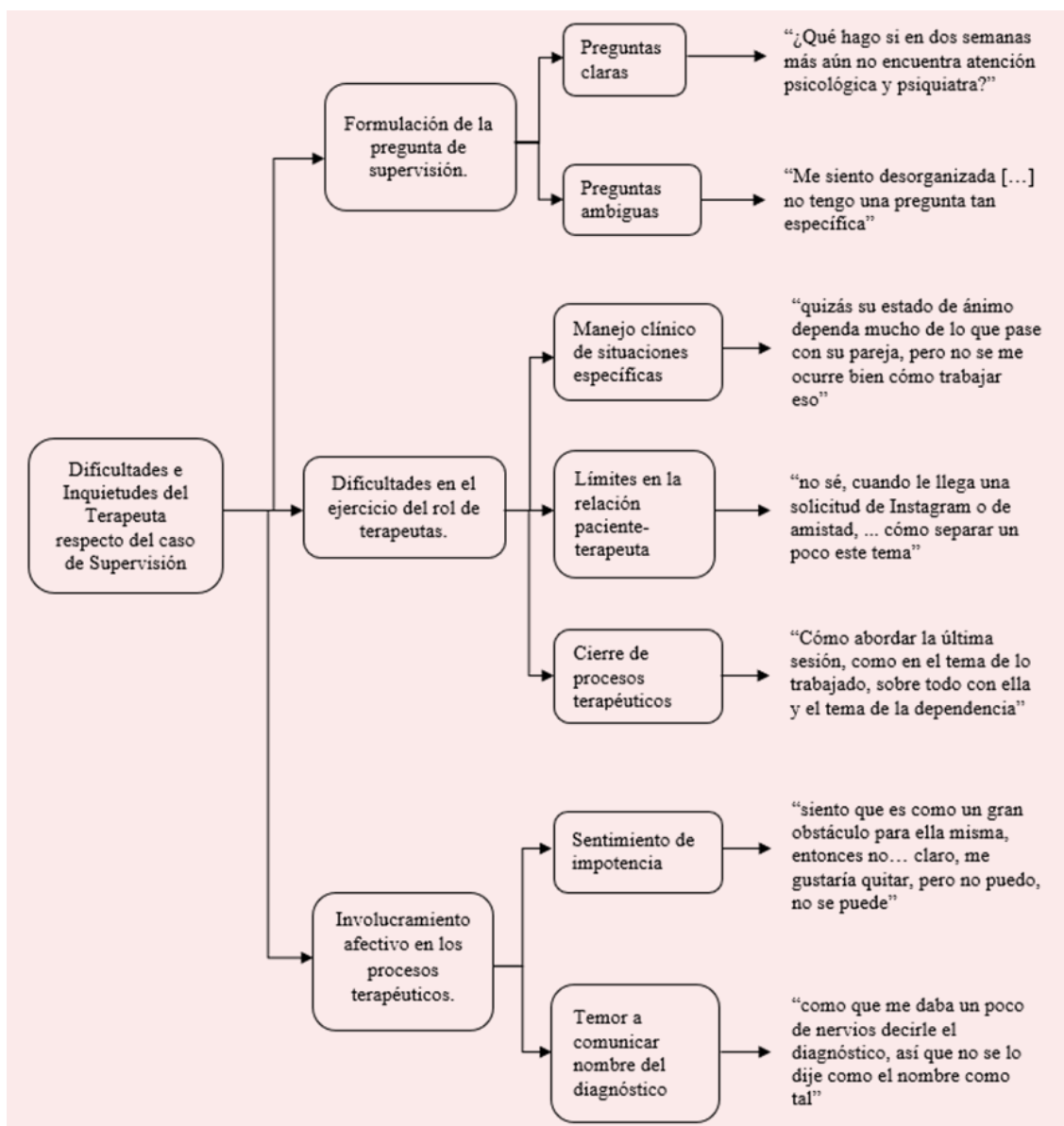


Figura 1. Dimensión sobre dificultades e inquietudes expresadas por el terapeuta sobre el caso que supervisa.

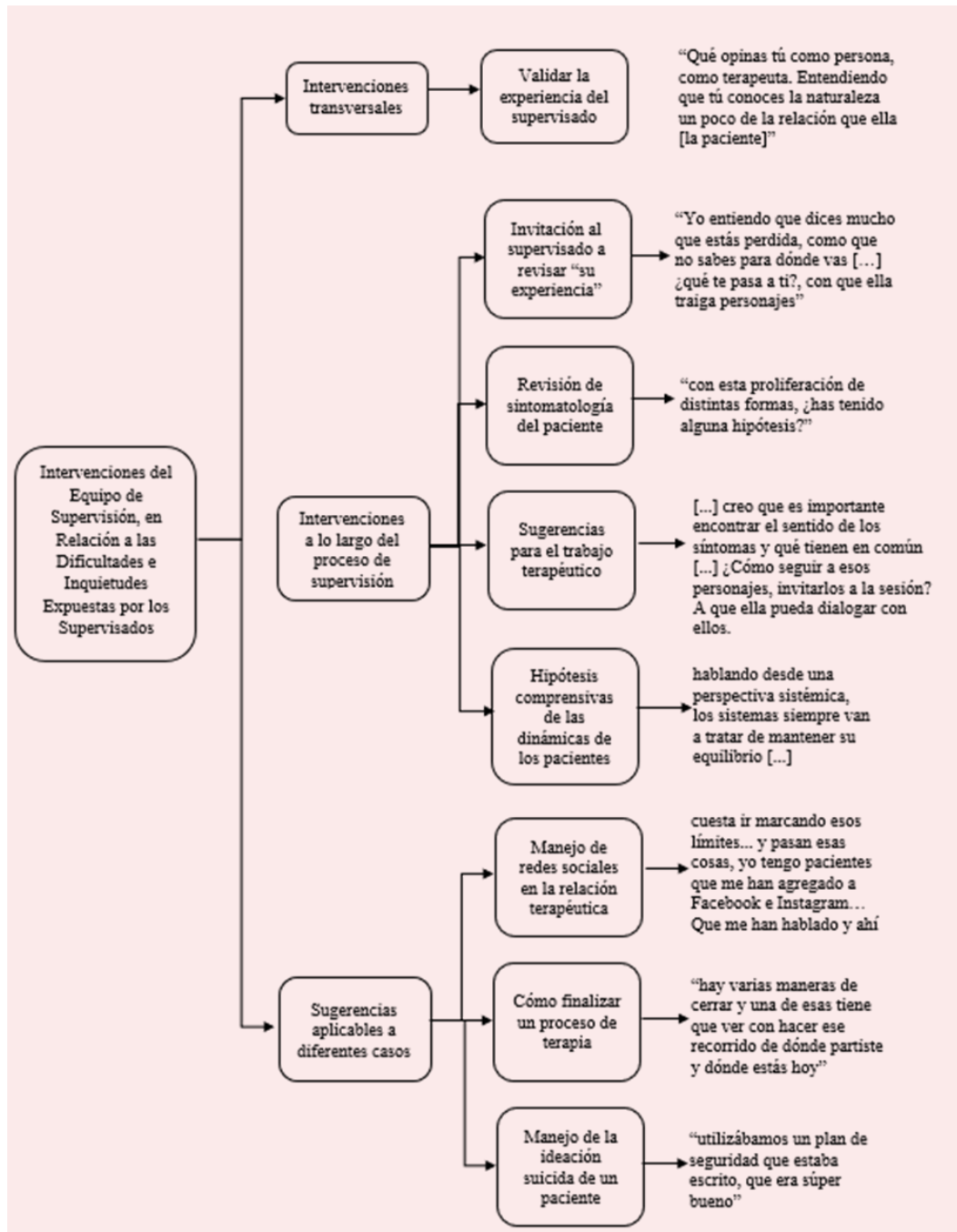


Figura 2. Dimensión sobre Intervenciones del Equipo de Supervisión, en relación con las Dificultades e Inquietudes Expuestas por los Supervisados

Dificultades e Inquietudes del Terapeuta respecto del caso de Supervisión

Formulación de la pregunta de supervisión

Para dirigir la discusión del caso clínico, se solicita al supervisado que defina una pregunta específica de supervisión, frente a la cual destacan aquellos supervisados que logran formularla de manera clara, y aquellos que realizan una petición de ayuda, amplia y ambigua, sin puntualizar una pregunta propiamente tal.

La RAE define una pregunta como “una interrogación que se hace para que alguien responda lo que sabe ...”. Desde los “actos de habla”, la pregunta es entendida, como una expresión en que un hablante se dirige a otro con el propósito de “solicitar o verificar información” (Valdés et al., 2010), así la pregunta formulada claramente debe dejar claro al receptor de la comunicación cuál el vacío de información o qué es lo que no se conoce. Respecto a quienes consiguieron concretar una pregunta clara, uno de los supervisados se cuestiona sobre su paciente -mujer de 46 años- “¿cómo ayudarla respecto de su relación de pareja?, en el sentido de que yo creo que en algún momento... no sé si pase o no, pero me pregunte ¿qué hacer en relación con su pareja... si separarse o no?” (S1, p. 23). Con esto da cuenta de un desconocimiento sobre cómo debería actuar, que responder ante una posible pregunta de su paciente, situación que, a partir de lo que le evoca el vínculo terapéutico y la historia de su paciente, le despierta preocupación sobre un evento en el que él quedaría en un rol que se siente incómodo, viéndose forzado a tomar decisiones por ella.

Por otro lado, dos supervisadas formularon preguntas que hacen referencia al cierre del proceso terapéutico. La primera de ellas plantea la pregunta sobre ¿cómo guiar la última sesión que tengo con ella [su paciente]? Esta pregunta va acompañada por un temor de la terapeuta frente a la posibilidad de que su paciente viva el término de la terapia como una pérdida y se pierdan los avances obtenidos por la paciente a través de la terapia, luego de dar por finalizado el trabajo terapéutico con ella. Tal como lo indica:

Mi pregunta de supervisión es ¿cómo guiar la última sesión que tengo con ella?, para que al final no vea este término de sesión como una pérdida, que todas las cosas buenas que trabajó no le van a servir porque no voy a estar al final yo con ella, como guiándola (S3, p.18).

La otra supervisada agrega un matiz a lo anterior, expresando preocupación porque el término de la terapia se concrete sin que la paciente cuente con el apoyo que requiere para el cuidado de su salud mental. Lo plantea así:

Bueno, y mi pregunta de supervisión es que... No llevo tanto tiempo con ella entonces... y me ha sido súper difícil el poder derivarla a ciertos centros [...] Y mi preocupación, en el fondo, es ¿qué hago si en dos semanas más aún no encuentra atención psicológica y psiquiatra? Porque ella estaba súper mal, entonces... no, no puede quedar como sola y ella me decía en la última sesión que le da como... que le angustia un poco el hecho de no encontrar redes de apoyo antes de que termine este proceso terapéutico, porque no quiere quedar como a la deriva. Esa sería mi preocupación de ahora, porque me quedan dos sesiones con ella (S4, p. 14).

Dos supervisados no logran elaborar preguntas claras al equipo de supervisión, lo que -en estos casos- va acompañado de confusión respecto del caso. Una de ellas expone los antecedentes que considera relevantes y, posteriormente, solicita la "opinión del equipo", siendo incapaz de formular una pregunta de manera clara y explícita:

Lo que me confunde y que me gustaría que me dieran su opinión y todo, es como todas estas cosas, que si bien el miedo sí puede ser como la muerte o las personas como que quizás se puede identificar como cuáles son sus miedos, pero también que van mutando y es como difícil... no sé, es como que hay mucha información, así que eso (S2, p.14).

La otra supervisada, además de expresar su sensación de confusión respecto al caso clínico expuesto, explícitamente manifiesta su imposibilidad de concretar una pregunta de supervisión:

También me siento desorganizada y como me cuesta conseguir un hilo de repente, porque en el fondo, es como... ya llevo un plan y como ella me cambia todo al final, y me trae siempre nueva información [...]. La verdad "no tengo una pregunta tan específica para el día de hoy", pero sí como me gustaría escuchar ante sus comentarios, aprender un poco de ustedes y sus distintas perspectivas (S5, p.13)

En ambas situaciones el equipo de supervisión no tiene claridad sobre cuál es el vacío de información o lo desconocido, por lo que no tiene un punto de partida unívoco sobre cómo apoyar al supervisado.

Dificultades en el ejercicio del rol de terapeutas

También destacaron preguntas -que darían cuenta de dudas o falta de conocimiento- sobre cómo actuar ante ciertas situaciones específicas en el manejo del caso, requiriendo ayuda del equipo de supervisión. Por ejemplo, una

supervisada expresa la falta de ideas de cómo abordar la sintomatología de su paciente; ella comenta: “..quizás su estado de ánimo [de la paciente] dependa mucho de lo que pase con su pareja durante la semana, por ejemplo, *pero no se me ocurre bien cómo trabajar eso*” (S1, p. 23), para luego elaborarlo “ese es el tema, [la dependencia de su estado de ánimo] no sé si... *cómo trabajarlo desde ahí, por ejemplo, si de alguna manera tenemos que trabajar cómo problematizarlo... o no*” (S1, p.33). Otro supervisado lo hace ante la presencia de ideación suicida en un/a paciente.

Adicionalmente, los terapeutas solicitan ayuda de cómo manejar “los límites en la relación paciente-terapeuta”. Uno de ellos comenta:

...como que lo que nos pasa a nosotros, a los practicantes, como que nos bloqueamos un poco, como que no sé, te intentan agregar a Instagram o que te, que te hablen un fin de semana ... no sé..., si es navidad y me dice Feliz Navidad, como obviamente le voy a responder el mensaje ... pero si me habla más por conversar, no sé lo que haría, .. no sé cuando le llega una solicitud de Instagram o de amistad, ... cómo separar un poco este tema de que estamos en un ambiente más profesional y soy su terapeuta, ... como intentando hacer un poco de amistad (S3, p.41).

Finalmente, los supervisados exponen inquietudes sobre el manejo del cierre de los procesos terapéuticos, particularmente cuando es primera vez que se enfrentan a ello, y siendo una gran preocupación las consecuencias que pueda tener la manera en que la ejecutan. Corroborando esta idea, una de ellas señala:

Como es mi primera experiencia con [terapia] individual, se podría decir o solo con un paciente, yo creo que a todos nos ha costado un poco ...eeeh... Cómo abordar la última sesión, como en el tema de lo trabajado, sobre todo con ella y el tema de... de también la dependencia, se podría decir (S3, p. 17).

Involucramiento afectivo en los procesos terapéuticos

Las preguntas que enuncian los supervisados logran delinear preocupaciones relativas a los procesos terapéuticos en los que estaban involucrados como terapeutas. Y, si bien no todas fueron claramente formuladas como preguntas, se aprecia una involucración afectiva de los supervisados en su trabajo clínico: preocupación, miedo, confusión, fueron algunos de los sentimientos y emociones expresados por ellos.

Así también, estos no dejan de estar presentes en otros momentos de la discusión del caso, por ejemplo, cuando un supervisado dice sentirse incapaz para ayudar a su paciente con los obstáculos que identifica en ella, lo que deriva en frustración ante una posible evolución del proceso terapéutico, “siento que es

como... sí, siento que es como un gran obstáculo para ella misma, entonces no... siento que es como un obstáculo que no, no... claro, me gustaría quitar, pero no puedo, no se puede, o no puedo" (S1, p. 37).

No todos los sentimientos y emociones antes mencionados son nominados explícitamente por parte de los supervisados. Sin embargo, estos pueden interpretarse de lo expresado por ellos durante la supervisión, por ejemplo, en el siguiente texto es posible proponer la existencia de "temor" a comunicar el diagnóstico al paciente:

No le di el diagnóstico como con el nombre ["trastorno de personalidad límite y episodio depresivo"], que era algo que habíamos estado hablando hace un tiempo atrás, como que me daba un poco de, de cosa, de nervios, decirle el diagnóstico, así que no se lo dije como el nombre como tal (S4, p.10).

Intervenciones del Equipo de Supervisión, en relación con las Dificultades e Inquietudes Expuestas por los Supervisados

Intervenciones transversales

Pese a que las preocupaciones y dificultades expuestas por los supervisados al inicio y/o durante la supervisión son diversas, destaca que, en algún momento de ella, alguien del equipo de supervisión interviene para *validar la experiencia del supervisado*, ya sea refuerza la visión (u opinión) que éste tiene del caso, de sus preocupaciones sobre cómo abordar el caso, y/o de las emociones que le han surgido en la interacción con el paciente y su manejo a lo largo del proceso terapéutico.

Por ejemplo, se valida la visión del supervisado, al decirle "y ¿qué opinas tú? Qué opinas tú como persona, como terapeuta. Entendiendo que tú conoces la naturaleza un poco de la relación que ella [la paciente]..." (S1, p. 34); o se valida su preocupación de cómo manejar una dificultad de no encontrar redes de apoyo antes de que termine el proceso terapéutico de su paciente, al opinar:

Creo que es un caso súper complejo, muy complejo. A mí me queda dando vueltas principalmente una cosa y que tiene que ver con tu pregunta [...] con esa historia de 10 sesiones [...] lo único estable en términos de relaciones ha sido contigo. Pues a mí me preocupa mucho, qué posibilidades hay efectivamente que, en el COSAM, incluso si la reciben, la van a atender [...] súper concreta mi preocupación, desde tu pregunta, cómo pudiésemos intentar ver la posibilidad de dejarla instalada en un lugar (S4, 39).

Esta validación va acompañada de dos elementos adicionales, el supervisor reencuadra la ayuda terapéutica entregada al paciente no solo como

responsabilidad del terapeuta a cargo (en este caso el supervisado), sino que lo amplía al contexto de equipo (utilizando la tercera persona plural “cómo pudiésemos”), posiblemente con el fin de aliviar el agobio del supervisado ante la responsabilidad de su rol. Además, posiciona la responsabilidad en la acción grupal, no en el resultado de ella, al decir, “pudiésemos intentar”, en vez de “lograr”.

Otro ejemplo, en que se valida la experiencia del supervisado, al decirle:

...no sé si a ti te pasó ... pero [yo] me hubiera sentido muy intimidada con este caso, porque no sabría por dónde agarrar [...], siento que estos pacientes son tan disgregados, [...] y su Self está tan fragmentado, que tú tratas de darle un hilo ... (S2,68).

Nuevamente, el/la supervisor/a va más allá de validar la experiencia del supervisado. Es posible proponer que, al realizar la auto-develación de sentirse intimidada con el caso, transmite el mensaje que esta experiencia puede ocurrirle a profesionales que tienen mayor experiencia clínica. Podría posicionarlo como algo que es habitual que pase con determinado tipo de pacientes, independiente de la competencia del/la terapeuta.

Finalmente, se valida su experiencia cuando el supervisado pide orientación para “abordar la última sesión” del paciente, y alguien del equipo le responde “creo que un súper buen tema para conversar acá, como el término, cierre de proceso, qué significa y... ¿es el primer paciente que tú le das de alta ahora con un proceso completo?” (S3, 20).

Intervenciones a lo largo del proceso de supervisión

La supervisión grupal se estructura como un diálogo, en que los diferentes miembros del equipo interactúan preferentemente con el supervisado, pero también conversan entre ellos, en función de lo planteado a lo largo de la supervisión. Dada la estructura existente, en que se inicia con la presentación del caso, el trabajo terapéutico realizado a la fecha, y la pregunta de supervisión, varias de las intervenciones realizadas por el equipo están orientadas a clarificar aspectos de la pregunta de supervisión y los antecedentes del paciente, así como las expectativas del supervisado respecto a la supervisión. En este devenir de preguntas es habitual que *inviten al supervisado a revisar “su experiencia” durante la atención del caso, de manera de ir formulando -y reformulando- una hipótesis explicativa y con ello proponer sugerencias para el trabajo terapéutico.*

Este diálogo se extiende por largo tiempo en la supervisión cuando “no hay una pregunta clara”. Por ejemplo, cuando la supervisada concluye la presentación del caso diciendo “Lo que me confunde y que me gustaría que me dieran su opinión y todo, es como todas estas cosas, [...] pero también que van mutando y es como difícil... no sé, es como que hay mucha información” (p. 14, ver cita completa arriba). Ante ello, diferentes miembros del equipo le *invitan a revisar “su experiencia” durante la atención del caso*, como una herramienta para ir construyendo la pregunta de supervisión.

Tal como se aprecia, le pregunta: *¿y qué te ha pasado a ti con este caso? ¿Cuántas sesiones lleva?* (p. 25). La supervisada responde:

7 [sesiones]... primero el motivo de consulta [era] la dificultad de rendir las pruebas de la Universidad, y después de la tercera sesión en adelante, empezó a salir un mundo que ella tenía internamente [sentir “presencias”, “personajes”, sentir/ver personas en su pieza “que no estaban allí”], ... a mí me gusta cuando tengo las sesiones con ella, conversar y todo, pero me pasa que tengo mucha información y no sé en dónde focalizarme. [...] la siento muy frágil, me da mucha pena la situación [...]. Y me dan ganas de ayudarla, pero claro, es como que estoy un poco perdida porque es mucha información (p. 26).

La pregunta conecta al supervisado con un cambio potencial en el motivo de consulta, pero la supervisada no tiene muy claro por dónde continuar (“un poco perdida”), ya que estaría visualizando los nuevos antecedentes solo “como mucha información”.

Otro miembro del equipo le invita ahora a *revisar su comprensión de la sintomatología de la paciente (“cómo ella interpreta la existencia de los personajes”)*, le pregunta:

...yo entiendo que dices mucho que estás perdida, como que no sabes para dónde vas [...] ¿qué te pasa a ti?, con que ella traiga personajes [ver personas que no estarían allí]... con esta proliferación de distintas formas, ¿has tenido alguna hipótesis? [...] ¿por dónde las has tratado de agarrar? (S2, p. 50).

Ante lo cual la supervisada, responde:

Bueno, es súper nuevo en realidad [...] nunca me había pasado, nunca había tenido contacto real con esto, entonces los personajes y las pesadillas y todo eso, yo creo que eso es lo que más me confunde... [...] Pero yo creo que, en el fondo, todo eso es como la expresión de su miedo... (p.51).

En esta instancia, la supervisada focaliza “su confusión” en no lograr “entender” la presencia de “personajes y pesadillas” en el marco del cuadro de la paciente, pero establece la primera hipótesis del rol que estos podrían jugar en la

sintomatología de ella. Esta información permite a un miembro del equipo *reformular el rol que la sintomatología juega en el cuadro del paciente, y proponer sugerencias para el trabajo terapéutico (acciones concretas de actividades terapéuticas)*. Le dice lo siguiente:

...yo entiendo que es difícil, ¿qué te pasa a ti con toda esa proliferación?, tratas de perseguirla, tratas de entender, de darle una lectura, ¿dónde te pierdes es cómo tratas de abordarlo?, ¿cómo la sigues tú? en eso que es tan confuso para ti (p. 52) [...] tú tratas de entender y ella va mutando y va mutando [...] últimamente, a mí me ha pasado, que todos lo que están por salir [de la casa], es como que el terror a salir... aumenta una cantidad de sintomatología, es como que aprieta el botón y prolifera la sintomatología (p. 56) [...] creo que es importante encontrar el sentido de los síntomas y qué tienen en común, ¿Qué tienen los personajes en común [...] ¿Cómo seguir a esos personajes, invitarlos a la sesión? A que ella pueda dialogar con ellos, porque necesita aparecer [...] cómo el mundo de fantasía se hace real en la medida que te permite la disociación (p. 57).

Así, en la medida que la sintomatología presentada se podría entender como una exacerbación de la angustia ante la potencial autonomía personal, se le propone que la paciente hable con “sus personajes” para buscar aclarar qué representan o capturan.

Las intervenciones mencionadas anteriormente, también se pueden presentar cuando hay una pregunta de supervisión clara. Por ejemplo, se observan intervenciones relativas a revisar los *sentimientos del supervisado que emergen en la interacción con su/s paciente/s durante el trabajo clínico*, en otro caso se le comenta al supervisado “claro, pero sientes que, a partir de trabajar el tema de la autoestima, probablemente salga el tema de la relación [de pareja], porque sientes que ... se presenta como un obstáculo para ciertos desarrollos que [la paciente] está teniendo” (S1, p. 36), “y eso te frustra, en los procesos de ella” (S1, p. 38). De hecho, así lo refleja el supervisado que responde “sí, sí, también me pasa que llega a consulta y después está... está muy angustiada... entonces, sí, hasta cierto punto, me angustia a mí” (S1, p. 39).

En algunas ocasiones, los miembros del equipo de supervisión *construyen hipótesis para comprender las dinámicas de los pacientes y elaborar sugerencias para el abordaje terapéutico*, a partir de un enfoque teórico particular, siendo explícitos en hacer la distinción de este. Por ejemplo, “es como, hablando desde una perspectiva sistémica, los sistemas siempre van a tratar de mantener su equilibrio [...] y usualmente, los sistemas más rígidos luchan por mantener el equilibrio...” (S1, p. 46). Otro miembro del equipo luego agrega:

...pensando en lo que [dijeron antes], en términos sistémicos, hay desventajas del cambio en los sistemas... y claramente, para la otra parte del sistema [la pareja de la consultante], que ella esté haciendo lo que está haciendo [...] es una amenaza tremenda, entonces, la otra parte del sistema va a tratar de mantener el [...] equilibrio, la homeostasis (S1, p. 57).

Y, finalmente, otro miembro del equipo le muestra el “patrón relacional” que el supervisado podría estar actuando en su interacción con la paciente, frente al enunciado de este “por un lado, tengo esa idea... pero, no puedo llegar y decirle ‘oye tienes que separarte’ [del marido] y todo va a estar bien?” (p. 73); el supervisor señala:

No, pero probablemente sin que se lo digas, de alguna manera hay algo en ti que está dirigiendo un poco a que eso se produzca... porque apuntando un poco [...] a las dinámicas que ella [la paciente] entra, vas a ser tú ahora el que le va a decir lo que tiene que hacer... antes era el papá, después fue el marido ... y si no es el marido, va a ser el amigo... entonces pareciera ser que tiene que ver un poco con como ella se para [en su vida]. [...] lo que no quita que ella tiene que tomar esa decisión, y yo creo que sí es súper importante, porque si no se va a estancar, hay una petición, hay una necesidad de ella... [...] es súper importante que ella [tome la decisión], pero no va a ser porque alguien la impulse (p. 74). Entonces, si tiene que tomar una decisión o no, es una construcción que tiene que hacer con su pareja [...] atreverse a entrar en diálogos que a lo mejor no está teniendo (p. 75).

Esta última intervención del equipo de supervisión tiene una *sugerencia de acción terapéutica bastante explícita*: “no darle la respuesta a si debe separarse”. De hecho, otro miembro del equipo adhiere más adelante: “[...] probablemente, lo que tú tengas que hacer [o decir] es ¿por qué quieres saber mi opinión al respecto? [...] ¿Cuál es tu necesidad de que te venga a dar una perspectiva externa?... (S1, p. 89)

Sugerencias aplicables a diferentes casos

Finalmente, además de reflexionar sobre el funcionamiento de los/as pacientes presentados y de la terapia en sí misma, los supervisores *sugerían algunas maneras sobre cómo podrían actuar los supervisados en “situaciones específicas de su trabajo clínico”*. Por ejemplo, en cuanto a la preocupación de uno de los practicantes sobre qué hacer si un paciente le escribe por alguna red social, un miembro del equipo responde contextualizando esta pregunta en forma más amplia, respecto a la necesidad de ir aprendiendo a colocar límites, y -a la par- develando que ella misma presenta esta dificultad, lo que evidencia un esfuerzo de empatía con el supervisado. Lo que se aprecia a continuación:

Entonces, sí cuesta ir marcando esos límites... y pasan esas cosas, yo tengo pacientes que me han agregado a Facebook e Instagram... Que me han hablado y ahí es donde también uno tiene que ir trabajando en sus límites y decir [...] no te voy a aceptar porque nuestra relación era profesional (paciente-terapeuta), o también [...] simplemente, ignoran la solicitud y no se contactan con la persona (S3, p. 42). Luego, agrega, "lo vas a ir viendo a medida que te vaya pasando y que si, eventualmente, te hablara por WhatsApp, como una conversación más de amigos, es decir, [necesitarás] marcar ahí límites, que cuesta también, yo creo que a mí todavía se me hace difícil, pero son cosas que creo que van pasando y que van a pasar siempre en algún momento en la vida (S3, p. 43).

En relación con la preocupación de los supervisados sobre *cómo finalizar un proceso de terapia con sus pacientes*, uno de los supervisores ofrece una alternativa concreta sobre cómo podría realizarse, "hay varias maneras de cerrar y una de esas tiene que ver con hacer ese recorrido de dónde partiste y dónde estás hoy y cómo, cómo se fue transformando durante este período de intervención psicológica" (S3, p. 61). A su vez, adiciona un punto relevante a dicha intervención, anticipándose a algo que cree que podría aparecer como problemático en la situación descrita:

Otra cosa que es súper relevante es que puede ser útil, es, tampoco invertir demasiado tiempo en pelear con ella respecto del valor que tuvo tu figura en el proceso, porque vas a estar toda la sesión peleando si fue ella, si fuiste tú [la persona responsable de los cambios] y al final no vas a, no vamos a sacar mucho (S3, p. 61).

Otra sugerencia ante la *preocupación de la presencia de ideación suicida en un/a paciente*. Uno de los miembros del equipo trae su experiencia previa para entregar una forma específica de acción, le dice a la supervisada:

yo te preguntaba porque, en [centro de salud en] Denver utilizábamos un plan de seguridad que estaba escrito, que era súper bueno [...] Básicamente como que se identifican los pensamientos o cosas que pueden activar como pensamiento e ideación suicida, [los] recursos propios que puedes utilizar para calmar esa angustia, y también personas que la pueden ayudar [como] contactos de emergencia. Y sirve hartito si llega a tener nuevamente como ideación o quiere concretar alguna acción, pueda volver a ese papel que, que ahí yo te lo puedo explicar más, si lo quieres usar [...] quizás eso también podría ser una alternativa mientras encuentra atención psiquiátrica en donde sea que la vayan a derivar en... pero ese plan sirve mucho [...] sobre todo, para pacientes que se desorganizan un poquito en esas situaciones... sirve como para guiar como que hacer que recordarle como sus recursos... (S4, p. 33)

Por último, en relación con la percepción global de las y los supervisados, posterior a recibir el proceso de supervisión por parte del equipo del equipo, se aprecia una valoración positiva en términos de aprendizaje, mencionado que este aprendizaje se produce al supervisar tanto los propios pacientes como los de

terceros, al escuchar los distintos enfoques psicológicos, y entender cómo guiar la terapia. Los supervisados aseguran que es de utilidad tener perspectivas diferentes a las propias, para clarificar y profundizar la comprensión del caso supervisado y, así, poder focalizar la terapia, por ejemplo, una supervisada menciona que:

Me ha ayudado mucho, como que es, es que vi que cuando uno -a veces- piensa las cosas, pero cuando las escuchas afuera no sé, me hace sentido con cosas que había pensado de más antes que ahora, quizás ya la había olvidado que estaba como con el foco por otro lado ... (S2, p.94).

Así también, los supervisados/as refieren un aumento de confianza y seguridad en sí mismos como terapeutas, derivados de la tranquilidad que les da haber recibido las indicaciones del equipo, "me hace hartos sentido ... sí, la verdad es que quedé como bastante más, ya, más como, tengo muchísimas más herramientas para... como para estar en sesión que antes, creo... más como... tranquilo, en ese sentido" (S1, p. 97). Otra de las practicantes coincide con la sensación de tranquilidad posterior a supervisar, y lo complementa con la tarea que se lleva de la supervisión sobre repensar algunos aspectos del trabajo que está realizando con su paciente:

Me quedo mucho más tranquila, como que tengo hartos datos, anoté todo lo que me dijeron, como que siento que tengo aún más redes que antes, así que... tranquila y con este cuestionamiento de darle una vuelta a lo que me plantearon, que en realidad ya me lo había planteado, pero quizás tengo que volver a darle una vuelta (S4, p. 67).

Discusión

Las dificultades y preocupaciones que se evidenciaron en este estudio por parte de los supervisados en un nivel inicial de desarrollo en su carrera concuerdan con los hallazgos de estudios previos. Así, la preocupación por cómo abordar el cierre de la psicoterapia constituye una preocupación habitual en el ejercicio de la profesión (Schlesinger, 2005). Por su parte, Foladori (2009) señala diferentes preocupaciones de los terapeutas novatos entre las cuales aparece el "asunto de la edad" (p. 164), haciendo referencia a la preocupación por el ejercicio de un rol profesional en el que el cliente podría tener mayor edad que el propio terapeuta, y cómo esto afecta la definición de límites. Por otra parte, la dificultad para comunicar diagnósticos se presenta también en la comunicación de los diagnósticos a pacientes psiquiátricos. Por ejemplo, Shergill et al. (1997) reportaron que a más del 50% de los pacientes (53%) internados no se les había comunicado su diagnóstico, aunque la mayoría de ellos quería conocerlo. Adicionalmente, el manejo de la ideación suicida de los pacientes es un tema de constante preocupación para los profesionales que los atienden, tanto novatos como experimentados, existiendo

diversas guías para su manejo (por ejemplo, Salvo et al., 2021). Aquellos terapeutas que atienden pacientes con esta sintomatología buscan apoyo en su propia red familiar, en el diálogo con otros profesionales, y a través de la supervisión (de Santiago, 2020).

Respecto a las intervenciones habituales que los supervisores realizan en dicho contexto, los resultados indican que la mayoría de las intervenciones se realizan a través del planteamiento de preguntas al supervisado destinadas a “obtener mayor información del paciente” y a “revisar, clarificar y/o evidenciar la experiencia” durante la interacción supervisor-paciente en la/s sesión/es terapéuticas. El equipo de supervisión utiliza una combinación de preguntas y aseveraciones, para ir elaborando en conjunto y/o co-construyendo hipótesis explicativas del caso, así como para ir “validando la experiencia del supervisado”. En la medida que existe una pregunta clara sobre qué hacer o cómo actuar ante determinado paciente y/o su proceso terapéutico, los miembros del equipo de supervisión ofrecen sugerencias de acción específicas.

Si visualizamos la supervisión en un proceso, los resultados indican que la supervisión se estructura en función de una necesidad de supervisión, que queda plasmado como una pregunta clara ante un determinado caso o proceso terapéutico, o -en su defecto- como una “confusión” que puede ser interpretada como una preocupación sobre “no saber”. Habitualmente esto va acompañado de un compromiso emocional del supervisado, que puede variar desde una preocupación, frustración, o hasta angustia que se expresa “como confusión” (ver Figura 1).

Se aprecia que la Unidad de Adultos del centro de atención psicológica, presenta una mirada multifocal (Araya et al., 2017) atendiendo específicamente al paciente, la relación terapéutica, la relación supervisor-supervisado y el supervisado en sí mismo.

Los aspectos del paciente señalados por los autores, específicamente “diagnóstico, sus dinámicas y funcionamiento, sus motivaciones, su nivel de conciencia del problema que lo aqueja y el diseño de la intervención” (p. 52) son traídas -en mayor o menor medida- por el supervisor en la presentación del caso, pudiendo ser completados durante la supervisión. Como es típico en esta modalidad de supervisión, “el paciente es traído a la supervisión a la luz de la experiencia que el supervisado tiene de él” (Ellis y Landany, 1997; O’Donovan et al., 2011).

El foco en la relación terapéutica es accedido a través de las intervenciones - habitualmente preguntas a los supervisados- destinadas a revisar, clarificar y/o hacer consciente "su experiencia" durante la atención del caso (interacción supervisor-paciente). De hecho, esta intervención sería la más usada durante la sesión de supervisión cuando "la demanda de supervisión no es clara", y ocurre como un proceso iterativo de clarificación y "elaboración de hipótesis del caso". Este trabajo iterativo involucra un proceso reflexivo "in situ" por parte del terapeuta durante la supervisión. De hecho, este proceso reflexivo ha sido sindicado como uno de los factores claves para recibir constructivamente la supervisión en el estudio de Johnston y Milne (2012).

En la medida que exista una pregunta específica del caso, y/o la presencia de -al menos- una hipótesis de trabajo, el equipo de supervisión puede entregar sugerencias concretas, de "qué hacer" (o cómo abordar al paciente) o su opuesto "qué no hacer" en su interacción con el paciente, y/o proponer "aspectos a revisar en el propio supervisado". Algunas de estas sugerencias se pueden derivar de sus modelos teóricos y/o comprensivos, o de experiencias previas con terapeutas.

La relación supervisor-supervisado en esta supervisión grupal, se fue construyendo a través de las interacciones que *validan la experiencia del supervisado*, que genera un espacio de confianza en el cual -el supervisado- puede expresar su demanda de supervisión, permitiendo que el supervisado escuche a los supervisores. Al respecto, considerando que "las relaciones son los vehículos para la construcción de la identidad" (Hernández, 2007, p. 236), Anderson et al. (2000) reportan que la apertura en el ambiente de supervisión, el respeto, apoyo y estímulo son sindicados como condiciones relevantes de una supervisión constructiva de la identidad como terapeutas. Coherente con lo anterior, Johnston y Milne (2012) desarrollaron un modelo que posiciona "la alianza con el supervisor" como uno de los elementos centrales en las experiencias de aprendizaje de terapeutas. En su estudio, los terapeutas novatos indicaron que eran más honestos y abiertos en sus reflexiones sobre su práctica clínica cuando sus supervisores adoptaron una postura abierta, honesta e inquisitiva, ya que esto facilitaba el desarrollo de la confianza y la empatía mutuas. Parecería que la validación de la experiencia del supervisado permite atender -a la par- al supervisado en sí mismo, ya que esta validación puede trascender de los aspectos de la interacción paciente-supervisado, abordando así las experiencias de vida y/o características personales del terapeuta, u orientar así sus prácticas de autocuidado. Aunque este elemento se presenció explícitamente en sólo uno de los procesos de supervisión analizados.

Por otra parte, la falta de una clara pregunta de supervisión puede ser visto como un indicador del “malestar del supervisado”, ya que va acompañado de angustia y confusión. Coherente con lo anterior, Scott et al. (2011) dan cuenta del elevado nivel de preocupación de los psicólogos clínicos en formación sobre su capacidad de ser efectivos con sus pacientes y -a la par- del elevado nivel de estrés que acompaña el proceso formativo. De hecho, el compromiso emocional caracterizado principalmente por emociones negativas ha sido reportado en estudios previos que abordan procesos de supervisión en terapeutas novatos (Gold y Gold, 2023; Hill et al. 2007; Kanazawa y Iwakabe, 2016; Thériault et al., 2009). En este sentido, la intervención utilizada para manejar esta situación, -a saber- el revisar, clarificar y/o evidenciar “su experiencia” durante la atención del caso (o interacción supervisado-paciente), permitiría ir elaborando algunas de las experiencias del trabajo terapéutico con el paciente, cumpliendo así la supervisión su función restaurativa (Milne, 2009).

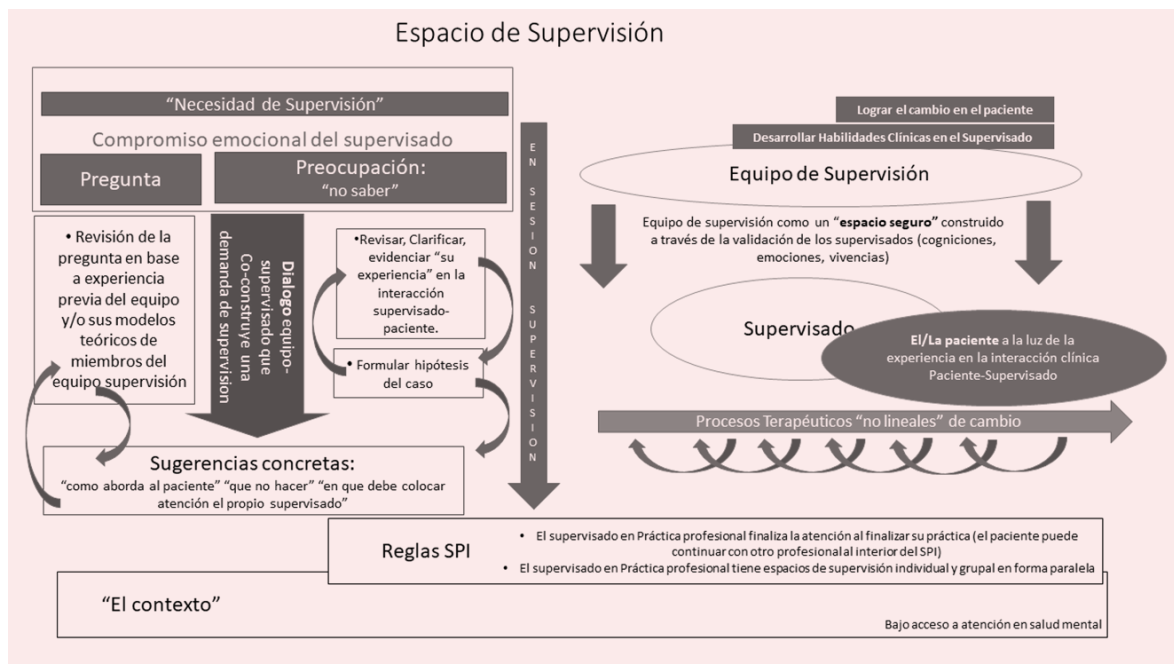


Figura 3. Síntesis de Resultados

Si bien el presente artículo es, según el conocimiento de los autores, uno de los pocos existentes que aborda el proceso de supervisión en “la medida que este ocurre”, permitiendo describir algunas de las estrategias y/o herramientas que los supervisores utilizan con sus supervisados, presenta las siguientes limitaciones. Dado el carácter naturalista de este estudio, el desarrollo de las diferentes temáticas estuvo sujeto a la cualidad y calidad de las interacciones de miembros del equipo de supervisión, y no de intervenciones de las investigadoras para profundizar en áreas de interés, por lo tanto, algunos de los resultados no lograron

saturación teórica (por ejemplo, las temáticas cubiertas por las preguntas específicas de supervisión).

Los hallazgos de este estudio arrojan luz sobre la evaluación global final realizada por los terapeutas, en respuesta a las preguntas de los supervisores: “¿Qué aspectos rescatan de la supervisión?, ¿Cómo les ha beneficiado?”. Aunque las respuestas obtenidas reflejan una valoración positiva del proceso de supervisión y una percepción subjetiva de estar mejor equipados para manejar los desafíos clínicos, no es claro en qué consisten exactamente dichos beneficios. De hecho, poder evaluar en qué medida los terapeutas han asimilado las enseñanzas, o incluso, realizar un seguimiento en encuentros subsiguientes acerca de la implementación práctica de las recomendaciones en las sesiones con sus pacientes fortalecería significativamente la comprensión de los procesos de supervisión.

Considerando que la supervisión tiene como meta última el fomentar el logro de resultados positivos para los pacientes (Milne, 2009), una pregunta relevante de investigación a desarrollar es si y cómo los aprendizajes y/o sugerencias de acción que emergen en el proceso de supervisión se aplican al manejo del caso clínico. Responder a esta pregunta requiere de un diseño de alcance longitudinal intensivo, en que se realice un seguimiento tanto de los procesos de supervisión como de las sesiones terapéuticas.

Reconocimientos

El estudio fue financiado por el Fondo de Investigación en Docencia Universitaria de la Universidad del Desarrollo (adjudicado Marzo, 2021).

Referencias

Anderson, S. A., Rigazio-DiGilio, S. A., Cochran-Schlossberg, M., y Meredith, S. (2000). Four dimensions deemed essential to quality supervision: Theoretical, personal, and empirical account. En *Readings in family therapy supervision: Selected articles from the AAMFT Supervision Bulletin* (pp. 64-66). AAMFT.

Andreucci, P. (2011). La Supervisión Clínica: Una aproximación desde la transferencia. *Akademeia*, 2(2), 71-80. <http://tinyurl.com/4567jhze>

Araya, C., Casassus, S., Guerra, C., Salvo, D., Zapata, J. y Krause, M. (2017). Criterios que supervisores clínicos Chilenos consideran relevantes al momento de supervisar: Un estudio cualitativo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1), 47-58. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1004>

- Bernard, J. M. y Goodyear, R. K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5a ed.). Pearson.
- Campbell, J. M. (2006). *Essentials of Clinical Supervision*. John Wiley & Sons.
- Chile, Ministerio de Salud (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2020*. MINSAL. <http://tinyurl.com/hxmbdfcb>
- Daskal, A. M. (2008). Poniendo la lupa en la supervisión clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(3), 215-224.
- de Santiago, V.M. (2020). El trabajo con pacientes suicidas desde la perspectiva del psicoterapeuta. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 26(51), 185-200.
- de Valderrama, B. P. B., Muñoz-Martínez, A. M., Novoa-Gómez, M., Bazzani-Orrego, D., Brandwayn-Briceño, N. E., Lasso-Báez, R. A., Pachón-Basallo, M. y Restrepo-Vélez, D. (2019). Características de la supervisión clínica en las terapias conductuales: un análisis del proceso de supervisión clínica. *Universitas Psychologica*, 18(4), 1-14.
- Ellis, M. V. y Ladany, N. (1997). Inferences concerning supervisees and clients in clinical supervision: An integrative review. En C. E. Watkins Jr. (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 567-607). Wiley.
- Fernández Álvarez, H. (2008). Supervisión en Psicoterapia. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, (1).
- Foladori, H. (2009). Temores iniciales de los estudiantes de psicología ante el inicio de la práctica de la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 27(2), 161-168. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082009000200002>
- Frawley-O'Dea, M. G. y Sarnat, J. E. (2001). *The supervisory relationship: A contemporary psychodynamic approach*. Guilford Press.
- Gazzola, N., De Stefano, J., Thériault, A. y Audet, C. (2014). Positive experiences of doctoral-level supervisors-in-training conducting group-format supervision: A qualitative investigation. *British Journal of Guidance & Counselling*, 42(1), 26-42. <https://doi.org/10.1080/03069885.2013.799263>
- Gold, R. y Gold, A. (2023) 'Am I a good enough therapist?': Self-doubt among speech and language therapists. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 00, 1-15. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12935>
- Hernández, A. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3(2), 227-238.
- Herrera, P. y Araya, C. (2018). Errores y dificultades comunes en terapeutas novatos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(1), 5-13. <https://doi.org/mhf4>
- Hill, C. E., Sullivan, C., Knox, S. y Schlosser, L. Z. (2007). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 434-449. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.4.434>
- Johnston, L. H. y Milne, D. L. (2012). How do supervisee's learn during supervision? A Grounded Theory study of the perceived developmental process. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 5(1), 1-23. <https://doi.org/10.1017/S1754470X12000013>

- Kanazawa, Y. e Iwakabe, S. (2016). Learning and difficult experiences in graduate training in clinical psychology: A qualitative study of Japanese trainees' retrospective accounts. *Counselling Psychology Quarterly*, 29(3), 274-295. <https://doi.org/10.1080/09515070.2015.1033383>
- Kondracki, N. L. y Wellman, N. S. (2002). Content analysis: Review of methods and their applications in nutrition education. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34, 224-230. [https://doi.org/10.1016/S1499-4046\(06\)60097-3](https://doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60097-3)
- Loubat, M. (2005). Supervisión en psicoterapia: Una posición sustentada en la experiencia clínica. *Revista Terapia Psicológica*, 23(2), 75- 84.
- Martino, S., Paris, M., Áñez, L., Nich, C., Canning-Ball, M., Hunkele, K. y Carroll, K.M. (2016). The effectiveness and cost of clinical supervision for motivational interviewing: A randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 68, 11-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2016.04.005>
- Milne, D. (2009). *Evidence-based clinical supervision. Principles and practice*. Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444308662>
- Mayring, P. (2000). Qualitative content analysis. *Qualitative Social Research*, 1(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-1.2.1089>
- O'Donovan, A., Halford, W.K. y Walters, B. (2011), Towards best practice supervision of clinical psychology trainees. *Australian Psychologist*, 46, 101-112. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2011.00033.x>
- Orlinsky, D. E., & Ronnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association.
- Pesqueira M. I., Ramírez, I., Ceruti, P. y Salvo, J. D. (2019). Qué y cómo del liderazgo irrenunciable del supervisor clínico. *De Familias y Terapias*, 46, 29-46.
- Pesqueira, M.I., Ramírez, I., Ceruti, P. y Carter, J. (2021). Practicing Clinical Supervision in Chile: Lessons from 28 Years of Training. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51, 201-210. <https://doi.org/10.1007/s10879-021-09494-8>
- Salvo, L., Florenzano, R. y Gómez, A. (2021). Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 149, 913-919. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000400913>
- Schlesinger, H. J. (2005). *Endings and beginnings: On the technique of terminating psychotherapy and psychoanalysis*. Analytic Press.
- Scott, T., Pachana, N. y Sofranoff, K. (2011). Survey of current curriculum practices within australian postgraduate clinical training programmes: students' and programme directors' perspectives. *Australian Psychologist*, 46(2), 77-89.
- Shergill, S. S., Barker, D. y Greenberg, M. (1998). Communication of psychiatric diagnosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(1), 32-38. <https://doi.org/10.1007/s001270050019>
- Smith, K. (2009). A brief summary of supervision models. <http://tinyurl.com/ybwtnbjd>
- Stoltenberg, C. D., McNeill, B. y Delworth, U. (1998). *IDM supervision: An integrated developmental model for supervising counselors and therapists*. Jossey-Bass.

Thériault, A., Gazzola, N. y Richardson, B. (2009). Feelings of incompetence in novice therapists: Consequences, coping, and correctives. *Canadian Journal of Counseling*, 43(2), 105-119.

Valdés, N., Tomicic, A., Pérez, J.C. y Krause, M. (2010). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(2), 117-130.

Valdiviezo-Oña, J., Granja, E., Cuadros-López, A., Valdivieso-Meza, G. Evans, C. y Paz, C. (2022). Practice-based research with psychologists in training: presentation of a supervision model and use of routine outcome monitoring, *Studies in Psychology*, 43(2), 583-608. <https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2132749>

Zielińska, B. (2015). Novice therapists difficulties. A literature review. *Psychoterapia*, 172(1), 85-94. <https://doi.org/10.12740/PT/30476>

How to cite in APA

Pérez, J. C. y Saralegui, D. (2023) Supervisión en una Unidad de Clínica de Adultos de un Centro de Salud Mental Universitario: Un Estudio Cualitativo del Proceso. *Terapia Psicológica (En línea)*, 41(3), 379-403. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082023000300379>