

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

IMPORTANCIA DE LA SUPERVISIÓN PSICOTERAPÉUTICA

EN LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Presenta

MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

Directora de Tesis: Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo

Miembro del Comité: Mtra. María del Rosario Muñoz Cebada

Miembro del Comité: Mtra. Silvia Vite San Pedro

Suplente: Mtra. Beatriz Vázquez Romero

Suplente: Mtra. Blanca Elena Mancilla Gómez

México, D. F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	1
1.- FORMACIÓN PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM-----	6
Psicología y psicólogo clínico, Psicología Clínica y de la Salud	6
Definición del perfil y principales funciones profesionales-----	8
Formación profesional clínica y psicoterapéutica-----	13
El lugar de la supervisión en la formación psicoterapéutica-----	19
2.-SUPERVISIÓN PSICOTERAPÉUTICA	23
Definición y propósito:	23
Principales funciones de la supervisión psicoterapéutica-----	26
Sobre la función del Supervisor-----	28
Sobre el lugar del Supervisado-----	32
Proceso y etapas de la actividad supervisora-----	35
Modelos de supervisión psicoterapéutica-----	41
Aspectos éticos y profesionales-----	44
Registro y Evaluación-----	47
3.- APORTACIONES A LA SUPERVISIÓN PSICOTERAPÉUTICA-----	51
Modelo psicoanalítico-----	51
Psicoterapia breve de orientación dinámica-----	60
Aportaciones de la psicoterapia y del trabajo con grupos-----	69
Supervisión terapéutica desde el enfoque sistémico-----	77

Reflexiones sobre el material revisado-----91

4.- HACIA UN MODELO DE SUPERVISIÓN EN LA CLÍNICA COMUNITARIA--96

Introducción-----96

Antecedentes-----97

Propuesta de un Modelo de Supervisión Psicoterapéutica-----105

-Justificación-----105

-Conceptualización y Propuesta-----106

- Aspectos éticos que sustentan el Modelo de Supervisión-----109

-Objetivos -----111

-Actividades y Estrategias-----112

-Tipos de Supervisión-----116

-Registro y Evaluación-----118

5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES-----121

Sobre supervisión y supervisión psicoterapéutica-----121

Sobre supervisión y desarrollo profesional-----124

Sobre el Modelo de Supervisión Psicoterapéutica-----128

A manera de conclusión-----132

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN

Este trabajo trata sobre la supervisión psicoterapéutica y su importancia como espacio fundamental en la formación del psicólogo clínico. Esta formación, representa una tarea compleja que incluye diferentes modalidades de aprendizaje: académico, actividades de desarrollo personal y supervisión de la práctica profesional. Dicha práctica, si bien se asienta en la preparación universitaria, enfatiza la importancia de contar con características de personalidad acordes a la responsabilidad y capacidad de servicio para ayudar a otras personas en la solución de sus problemas emocionales.

Además del aprendizaje teórico y técnico y del desarrollo personal del futuro psicólogo mediante su propio proceso psicoterapéutico, la actividad de supervisión representa un tipo particular de enseñanza-aprendizaje que surge de la reflexión sobre la práctica clínica. En psicoterapia, las implicaciones del término supervisión, se utilizan para referirse a la asimetría entre supervisor y supervisado, en cuanto a un mayor nivel de formación y experiencia del primero, orientada a colaborar en la formación del segundo.

Se analizan diferentes implicaciones del término supervisión y supervisión psicoterapéutica, así como los principales objetivos, funciones y etapas que forman parte de este proceso, diversos roles y vínculos que se establecen entre supervisor y supervisado, así como algunos modelos de supervisión psicoterapéutica en la práctica del psicólogo clínico. De igual manera, se realiza una amplia revisión de aportaciones a la supervisión psicoterapéutica a partir de varios enfoques: psicoanálisis, psicoterapia breve de orientación dinámica, psicoterapia y trabajo con grupos y terapia sistémica.

Finalmente, se expone una propuesta de modelo de supervisión que se dirige a la formación de psicólogos clínicos que ejercen en el ámbito comunitario e institucional y se lleva a cabo una amplia reflexión, desde diversas líneas de desarrollo, sobre el significado de la formación profesional en relación al proceso de supervisión.

Palabras clave: supervisión psicoterapéutica, modelo de supervisión, psicólogo clínico, formación profesional.

ABSTRACT

This paper is about psychotherapeutic supervision and its importance as a fundamental space in the training of clinical psychologists. This training represents a complex task that includes different forms of learning: academic, activities for personal development and the supervision of professional practice. Such practice, although is established by university education, emphasizes the importance to count with personality characteristics in agreement to the responsibility and service capacity, to help other persons to solve their emotional problems.

Besides theoretical and technical learning, and beyond the personal development of the future psychologist by means of his own psychotherapeutic process, the supervision activities represent a particular kind of teaching and learning emerged from reflecting over clinical practice. According to psychotherapy, the implications of the term supervision, are used to point out the asymmetry between supervisor and supervisee referred to a major level of training and experience in the first one, oriented to collaborate in the training of the second.

Different implications about the terms supervision and psychotherapeutic supervision are analyzed, also the main goals, functions and stages that take part in this process, several roles and bonds established between supervisor and supervisee, and some psychotherapeutic supervision models in the practice of clinical psychologists. By the same way, an extensive review of the contributions to psychotherapeutic supervision proposed from different approaches is realized: psychoanalysis, short or time-limited dynamic psychotherapy, working and psychotherapy groups, and systemic therapy.

Finally, a supervision model oriented to the training of clinical psychologists in order to work in community and institutional fields is proposed and, an extensive reflection considering several axis of development around the meaning of professional training related to the supervision process, is carried out.

Key words: psychotherapeutic supervision, supervision model, clinical psychologist, professional training.

INTRODUCCIÓN

La formación de recursos en disciplinas orientadas al campo de la salud mental representa retos y demandas a las instituciones de educación superior. En la psicología clínica, esto se evidencia en la necesidad de fundamentar un currículo académico lo suficientemente sólido e integrador para comprender, evaluar y atender a personas con problemas y necesidades psicológicas y además, en la importancia de diseñar y desarrollar programas que garanticen el entrenamiento práctico y los requerimientos de formación personal, para ejercer de forma óptima las funciones profesionales en este campo de la psicología.

En otras palabras, el desafío a las instituciones dedicadas a la formación profesional de psicólogos clínicos, comprende la importante tarea de dar respuesta a las necesidades del estudiante en cuanto a *saber, saber hacer y ser*, en el terreno de la clínica psicológica, integrando actitudes de respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, de cuidado responsable, integridad en las relaciones y, responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad (Sociedad Mexicana de Psicología, SMP, *Código Ético del Psicólogo*, 2009).

La formación de profesionales, desde la perspectiva de Donald Schön (1992), debe garantizar que el *currículum* de conocimientos teóricos producto de la investigación científica que sustenta el cuerpo de una disciplina, integre una clara definición de un *practicum reflexivo*, como concepción de un programa de actividades cuya realización, debe necesariamente conducir a una posición reflexiva sobre la propia práctica. Para Díaz-Barriga y Hernández (2002), a diferencia de la *racionalidad técnica* que separa el pensar de la puesta en práctica en los programas tradicionales de formación profesional, la concepción de Schön se sustenta en una *racionalidad práctica* que permite una comprensión plena de la situación y contexto donde se labora y se apoya en procesos de deliberación, debate e interpretación, con el propósito de desarrollar la autonomía intelectual del profesional reflexivo.

En este sentido, Schön ha enfatizado la importancia de combinar la enseñanza de la ciencia aplicada con la formación acompañada de programas de tutoría basados en el aprendizaje y la reflexión en la acción. Este aprendizaje comprende la preparación para adquirir dominio o maestría en la práctica, esto es lo que el autor entiende como ejercicio del “arte” en el ámbito profesional. Para alcanzar este tipo de práctica, propone la integración de tres condiciones: *conocimiento en la acción*, para aprender haciendo; *reflexión en la acción*, entendida como comprensión, intuición y sabiduría para ejercer y pensar sobre la propia la práctica; y *reflexión en la acción recíproca*, como parte de la acción tutorial para examinar la competencia y el manejo “artístico” de los aspectos concretos, indeterminados, muchas veces inciertos y no previstos en la teoría, pero muy comunes en la práctica real.

La epistemología que subyace a la propuesta de reflexión en la acción, considera premisas que atañen a toda práctica profesional: *“Inherente a la práctica de aquellos profesionales....competentes, existe una fundamentación artística. El arte es una forma de ejercicio de la inteligencia, un tipo de saber, aunque diferente en aspectos cruciales de nuestro modelo estándar de conocimiento profesional. ...En el terreno de la práctica profesional, la ciencia aplicada y las técnicas basadas en la investigación ocupan un territorio críticamente importante si bien limitado, colindante en varios de sus lados con el arte...”* (Schön, 1992, p. 26).

Al aplicar estas ideas a la práctica de profesionales competentes del quehacer psicológico psicoterapéutico, se pueden hacer las siguientes consideraciones:

-El “arte” desde lo profesional no es algo misterioso ni privativo de algunos como en las bellas artes, es una forma diferente de saber, del cual se puede aprender constantemente, que cuenta con sus propios criterios de rigor e implica una forma de inteligencia y creatividad que sólo tienen los profesionales especialmente competentes. Puede hablarse de aquella capacidad o habilidad para enfrentar situaciones que resultan singulares, impredecibles y conflictivas en el quehacer clínico.

-La práctica competente de la psicología clínica y de la psicoterapia en particular, implica el desarrollo de aspectos “artísticos” cuando el profesional se encuentra ante problemas y necesidades que reclaman un tipo de intervención sensible y creativa.

-Desde este enfoque, el objeto de atención de la psicología clínica, dirigido a la atención de personas que sufren o viven conflictos, que presentan problemas emocionales o del comportamiento, reclama habilidades que colindan en varios aspectos con esta concepción de forma tal, que se puede hablar de un arte: en cuanto al planteamiento y definición del problema, de su comprensión y evaluación, en el manejo de los procesos y procedimientos terapéuticos y arte para la improvisación ante situaciones nuevas o que entran en el campo de la incertidumbre.

Estas ideas representan un cambio en la visión de las profesiones y de la docencia misma como profesión. Una profesión y su respectiva docencia, no pueden definirse sólo por el sustento teórico ni por su ejercicio o enseñanza restringida a la aplicación de teorías y técnicas. De acuerdo con Díaz-Barriga y Hernández *“Una profesión constituye una cultura o comunidad de practicantes o profesionales de un ámbito particular, quienes comparten no sólo un conocimiento científico, metodológico o técnico, sino creencias, lenguajes, actitudes, valores, formas prácticas o artesanales de hacer las cosas y, por supuesto, intereses gremiales determinados”* (2002, p. 15).

Con base en lo expuesto, se puede afirmar que el psicólogo experto no es quien sabe sólo de teorías, este saber tiene que aplicarse de manera pertinente y exitosa en un contexto específico y con prácticas especializadas para la solución de problemas; en esta labor se involucran tanto aspectos relacionados con lo científico (profundidad y vigencia de los saberes) y con el *arte* (maestría, “*ojo clínico*” o *virtuosismo*) del *intérprete* y de su *interpretación* clínica. Como *práctico reflexivo*, el psicólogo llega a adquirir en su ejercicio psicoterapéutico, la forma de *arte* que es esencial para su competencia desde lo académico, lo personal y lo profesional.

Tomando en consideración los ejes de formación del psicólogo clínico que son la teoría, el proceso terapéutico y la supervisión, que buscan la integración de saberes de la disciplina, de sí mismo y del trabajo clínico, resulta imprescindible que para cada

eje y el saber correspondiente, se logre generar un espacio de aprendizaje significativo mediante el encuentro abierto, reflexivo, crítico e imaginativo entre el estudiante y según el caso, el docente, el terapeuta o el supervisor. El diálogo entre los actores del proceso enseñanza-aprendizaje adquiere sentido y resulta significativo porque se acompaña y se carga de múltiples mensajes, que se manifiestan a través de aspectos vivenciales, posturales, actitudinales, verbales, no verbales y además, mediante los contenidos manifiestos o latentes de la comunicación.

La supervisión como espacio de aprendizaje significativo resulta trascendente sobre todo si se piensa que el estudiante se está iniciando en el trabajo con personas que presentan malestar, situaciones de estrés, conflictos emocionales, problemas de conducta o diversas condiciones que comprometen su salud mental, personas que tanto a nivel individual como familiar, esperan ser apoyadas para enfrentar y resolver sus necesidades. En la búsqueda de soluciones, la psicoterapia representa una actividad compleja que particularmente durante la formación, requiere de supervisión estrecha en un momento de tránsito hacia la independencia y autonomía profesional.

El desarrollo actual de la psicoterapia y la redefinición del campo disciplinar de varias profesiones de ayuda, ha significado mayor participación de actores en esta actividad. Esto evidencia la importancia de diversificar y ampliar los programas de formación clínica y psicoterapéutica. Daskal (2008), plantea como algo inaplazable, la necesidad de reformular y redefinir la supervisión clínica como actividad profesional y especialidad en sí misma y con un currículo propio. Se requiere formación específica y no sólo experiencia clínica para ejercer como supervisor, así como un trabajo personal muy sólido sobre las fortalezas y limitaciones para llevar a cabo tal función.

A partir de lo anterior, se desprende el propósito de este trabajo que se dirige a analizar la importancia de la supervisión como modalidad específica de aprendizaje en la formación de psicólogos clínicos en la UNAM, destacando su lugar en el ejercicio psicoterapéutico: El primer capítulo considera la importancia de los principales ejes de formación clínica: el conocimiento teórico, el autoconocimiento y desarrollo personal y, particularmente, el lugar de la supervisión en la formación profesional. El segundo capítulo aborda aspectos generales sobre el proceso de supervisión psicoterapéutica,

las principales funciones y roles de supervisor y supervisado, así como la complejidad de los vínculos involucrados en esta actividad. En el tercer capítulo se analizan diversos enfoques psicoterapéuticos en cuanto a sus aportaciones a la supervisión en la formación de terapeutas, se incluye la perspectiva psicoanalítica, la psicoterapia breve psicodinámica (psicoterapia de tiempo limitado), de la psicoterapia y el trabajo con grupos y aportaciones surgidas desde el enfoque sistémico.

Considerando la revisión teórica y la experiencia docente en programas de formación y supervisión clínica, en el cuarto capítulo se presentan lineamientos para un modelo de supervisión psicoterapéutica dirigido a psicólogos en el ámbito comunitario e institucional. El modelo propuesto tiene como antecedente la experiencia de supervisión desarrollada desde hace varios años, en programas académicos y de servicios clínicos comunitarios de la Facultad de Psicología de la UNAM. En la última parte, se lleva a cabo la discusión a partir de una amplia reflexión sobre el valor y significado del proceso de supervisión psicoterapéutica para el psicólogo clínico, lo cual queda de manifiesto en diferentes líneas de su desarrollo profesional. Como aspecto central de las conclusiones se asume que cuando la actividad supervisora es incluida en diferentes programas académicos y etapas de formación del psicólogo clínico, se fomenta el desarrollo de sólidos programas de atención a la salud mental.

1.- FORMACIÓN PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO (Facultad de Psicología, UNAM)

Psicología, Psicólogo clínico, Psicología Clínica y de la Salud:

La psicología clínica es la rama de la psicología que se ocupa de la atención a problemas emocionales y del comportamiento -en los niveles individual, familiar o grupal- aplicando principios teórico-metodológicos de la psicología y empleando diferentes técnicas, con el propósito de reducir tensiones, procurar la solución de problemas, promover un desarrollo armónico y lograr mejores condiciones de adaptación a la realidad.

El ejercicio profesional del psicólogo clínico se asienta en la preparación universitaria pero acentúa la importancia de contar con características de personalidad acordes a la responsabilidad y capacidad de servicio que implica la ayuda a otro ser humano en la solución de sus problemas emocionales. Entre estas características está el interés por el conocimiento científico y para ayudar a otros, autoconocimiento, autorrespeto y respeto a los demás, capacidad de observación, sensibilidad, flexibilidad, espontaneidad y autocrítica.

Las principales funciones que realiza el clínico pueden ser agrupadas en cinco categorías: Evaluación, diagnóstico de personalidad, inteligencia y aptitudes; Consultoría y psicoterapia individual, grupal o familiar; Intervención preventiva a nivel comunitario; Investigación sobre personalidad, psicología anormal y de técnicas y métodos de intervención; y, Selección, entrenamiento y supervisión (Barragán, Heredia y Lucio, 1992).

En la última modificación realizada al plan de estudios de la carrera en la Facultad de Psicología, UNAM (2008), se aceptó la ampliación de la concepción clínica para incluir en este campo de estudio, al que emerge de la integración por un lado de la Psicología Clínica y por otro de la Psicología de la Salud (Plan de Estudios de la Facultad de Psicología UNAM, 2008). El campo de conocimiento de Psicología Clínica y de la Salud, quedó definido como: *“La disciplina o campo de*

especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta, con el fin de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar; así como, promover la salud e investigar cualitativa y cuantitativamente los fenómenos psicológicos, para planear, diseñar, dirigir, coordinar y organizar los diferentes servicios dirigidos tanto a los usuarios como a la población en general” (Claustro de profesores de Psicología Clínica, CPPC, 2005-2008).

De esta forma, la función del psicólogo clínico y de la salud se refiere al profesional que aplica el conocimiento, habilidades, técnicas e instrumentos proporcionados por la psicología y ciencias afines, a trastornos y otros comportamientos humanos relevantes para la salud y la enfermedad, con el fin de comprender, explicar, evaluar, diagnosticar, tratar, prevenir e investigar distintos contextos en que puedan manifestarse tales trastornos, enfocando tanto factores de riesgo como condiciones que promueven la salud y el desarrollo.

Con esta propuesta, se integran dos ámbitos ya existentes con objetivos y tradición profesional propia dentro de la Psicología, el clínico, dirigido a la atención de la problemática psicológica relacionada con la salud mental, y el de la salud, a los fenómenos y problemas psicológicos relacionados a problemas médicos y de salud en general. A partir de esta visión integrativa resulta una perspectiva holística e incluyente, que visualiza el fenómeno salud - enfermedad en función de un todo que se expresa como unidad bio-psico-social.

Cabe mencionar, que al integrar como actividad fundamental la promoción de la salud y el desarrollo óptimo de la persona humana, se da sentido a una perspectiva ampliada del trabajo clínico y de la salud, al involucrar no sólo factores conflictivos, vulnerables o de riesgo, propios de la clínica tradicional, sino también la participación en el desarrollo y promoción de aquellos elementos resilientes y creativos del ser humano.

Definición del perfil y principales funciones profesionales:

La información relativa al perfil profesional se extrajo de documentos de trabajo del Claustro de Profesores de Psicología Clínica (CCPC), de la Facultad de Psicología de la UNAM (2005-2008), información que como grupo colegiado, se elaboró para participar en actividades dirigidas a la modificación del plan curricular, finalmente implantado, en agosto de 2008. Después de analizar propuestas generadas en diferentes Comisiones para el Cambio Curricular, el claustro coincidió en proponer un perfil en términos de competencias, evitando el énfasis académico de los anteriores planes de estudios.

Para la formulación del perfil, se consideraron aspectos teórico-técnico-metodológicos en correspondencia con los avances de la disciplina, el contexto y las necesidades sociales por atender y las funciones a desempeñar profesionalmente. El perfil fue formulado con base en competencias, entendidas como capacidades productivas de una persona en términos de su nivel de desempeño profesional e incluyen lo que el egresado debe: *saber, saber hacer y ser*. Dichas competencias involucran tres componentes esenciales: Conocimientos vinculados directamente a los procesos de enseñanza-aprendizaje; habilidades profesionales relacionadas con la respectiva instrumentación y entrenamiento y, un componente ético-personal, como desarrollo fundamental de una formación integral.

Del trabajo colegiado, se desprende un perfil del psicólogo clínico y de la salud, que resalta la congruencia entre aspectos conceptuales, profesionales y personales que el psicólogo debe manifestar en todas las funciones que demanda su papel como egresado de la Facultad, señala la importancia de contar con un modelo de formación que equilibre los aspectos teóricos, prácticos y éticos, primero como estudiante y después como profesional en diferentes escenarios institucionales, comunitarios o privados. Enfatiza la importancia de promover la capacidad de compromiso, flexibilidad, liderazgo y creatividad, reflejadas en la vocación de servicio de un profesional adaptado al trabajo intra, inter y transdisciplinario, capaz de asumir valores éticos que privilegien al ser humano como eje rector de su trabajo; estos elementos se concretan en los conocimientos, acciones y actitudes del perfil:

Perfil Profesional (CPPC, 2005-2008):

I Adquirir, analizar, integrar y aplicar conocimientos teórico-metodológicos que permitan comprender, explicar y abordar el comportamiento humano con una visión clínica y de la salud.

II Identificar, seleccionar, aplicar, evaluar y diseñar los métodos, técnicas, procedimientos, e instrumentos propios de la Psicología; con el fin de: planear, intervenir, investigar y evaluar acciones, programas y proyectos dirigidos a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, acorde con las demandas de diferentes ámbitos de aplicación.

III Desempeñar diversas funciones y roles en respuesta a las demandas contextuales, fungiendo como administrador, consultor, asesor o enlace en relaciones intra, inter y transdisciplinarias.

IV Anticipar, ajustar e integrar su quehacer profesional a las constantes transformaciones socioeconómicas y políticas, mediante la educación permanente, con la finalidad de contribuir al avance de la disciplina y mantener altos estándares de calidad en su desempeño profesional y en la aplicación de métodos, técnicas y procedimientos innovadores y creativos.

V Desarrollar habilidades personales que propicien empatía, escucha, comunicación, flexibilidad, tolerancia y compromiso, necesarias para el encuentro profesional –en los niveles individual, familiar, grupal y/o comunitario y también a nivel gremial, a fin de favorecer los intercambios intra, inter y transdisciplinarios.

VI Ser capaz de investigar, divulgar y difundir los avances del desarrollo de la disciplina, los resultados de la experiencia profesional y los hallazgos de la investigación clínica.

VII En su ejercicio debe asumir valores éticos en apego a la normatividad jurídica, los derechos humanos y el código propio de la disciplina, mostrando una actitud de compromiso, tolerancia y respeto con los usuarios, su gremio y la sociedad en general.

Competencias Profesionales: En este rubro se incluyen cinco tipos de competencias:

I. Teórico-metodológicas:

1. Conocimientos sobre procesos psicológicos en función del desarrollo normal y anormal, Personalidad, Salud Pública y Epidemiología.

2. Las bases del Método Clínico, Epidemiológico, Metodología Cuantitativa y Cualitativa.

II. Técnicas: De evaluación y Diagnóstico, Planeación, Intervención, Prevención, Promoción y Desarrollo.

III. Adaptativas: Capacidad de ajuste a las características y necesidades del mundo actual que afectan el quehacer profesional del psicólogo clínico y de la salud.

IV. Contextuales: Identificación de la demanda y pertinencia de la intervención.

V. Éticas: Valores de Responsabilidad, Honestidad, Confidencialidad, Consentimiento Informado, Apertura a la diversidad, Empatía, Integridad, Capacidad autorreflexiva y de resolución de problemas (CPPC, 2005-2008).

Funciones Profesionales:

Definen la actividad profesional que tradicionalmente han ejercido tanto los psicólogos clínicos como los de la salud. La concepción integrativa clínica-salud, confiere una perspectiva holística para el abordaje integral de los problemas y sus soluciones y supone mayor participación profesional tanto en forma individual, como dentro de equipos de trabajo. A continuación se enlistan las principales funciones y sus actividades más importantes:

1. Evaluación: Actividad que consiste en recoger, analizar e integrar la información disponible sobre la conducta, funcionamiento cognitivo y estado emocional de las personas. La evaluación puede involucrar a una persona, a parejas, familias,

grupos o bien, instituciones. La información obtenida puede ser empleada para obtener un diagnóstico, elegir técnicas de intervención, orientar vocacionalmente, seleccionar candidatos a puestos de trabajo, emitir un informe pericial, entre otras. Para evaluar, en general se emplea algún tipo de instrumento, prueba, cuestionario, entrevista u observación clínica; varios procedimientos pueden ser utilizados como parte de una batería de pruebas o como una estrategia de evaluación múltiple (CPPC, 2005-2008).

2. Diagnóstico Clínico: Diagnóstico es el proceso de conocer a través de un recurso particular, en este caso mediante técnicas y procedimientos de la metodología clínica. El diagnóstico clínico se refiere la identificación y rotulación del problema o estado de comportamiento, cognitivo, emocional o social, de una persona, familia o grupo, como resultado del proceso de evaluación. Al ejercer esta función, el psicólogo puede decidir: si el problema corresponde a su área de competencia, el grado de severidad o gravedad del mismo, establecer un diagnóstico diferencial u optar por alguna forma de tratamiento, entre otras (Valenzuela, 2009).
3. Intervención y tratamiento: El tratamiento consiste en la planeación y desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas para aliviar o solucionar problemas emocionales o de conducta o bien, diversas preocupaciones o malestares personales. Todo tratamiento, supone una relación interpersonal entre el clínico y la persona o sistema que solicita la ayuda. Existen diversas formas de abordaje psicoterapéutico: psicoanalítico, sistémico, abordaje humanista-existencial, cognitivo-conductual o bien, formas de intervención como orientación, consejo y asesoramiento. El tratamiento puede ser individual, en pareja, familiar o grupal, y ser conducido por uno o varios psicólogos. Los pacientes, clientes o usuarios pueden ser niños, adolescentes o adultos, en condición de externos o internos residentes en una institución o bien en el trabajo comunitario (Valenzuela, 2009).
4. Consejo, Asesoría, Consulta y Enlace: El *consejo* es la actividad psicológica experta que se proporciona ante una variedad de problemas a solicitud de alguna

persona u organización. Incluye el contacto frecuente entre el psicólogo como consultor técnico y otros profesionales dentro del sistema de salud. Esta actividad se han diversificado incluyendo a médicos, abogados, entidades gubernamentales y judiciales, centros educativos, de rehabilitación, sociedades y asociaciones. La *asesoría clínica* se dirige a psicólogos que reciben asesoría experta o supervisión sobre un caso que está siendo objeto de atención profesional. La *consulta clínica* se diferencia en cuanto a objetivo, función desempeñada y grado de responsabilidad consultante-consultado. El objetivo puede dirigirse al caso y ser tratado directamente por el consultor o en forma indirecta proporcionando consejo a terceros, o puede orientarse a trabajar con una organización o programa. La función de *enlace*, inicialmente dentro de los sistemas de salud, se ha ampliado a la coordinación en la prestación de servicios clínicos que involucra a varias instancias: médicas, legales, educativas o laborales. (Psicología Clínica y de la Salud, s.f. en <http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm>)

5. Prevención y Promoción de la Salud: Estas funciones se centran en capacitar tanto a organizaciones como a grupos de la comunidad para desempeñar funciones de promoción y prevención; analizar problemáticas relacionadas con factores o prácticas de riesgo; elaborar estrategias de acercamiento y posibilidades de intervención; incrementar el nivel de conocimientos sobre diversas condiciones de salud-enfermedad y particularmente de salud mental, o sobre factores de riesgo asociados; fomentar y promover hábitos de salud en la población, así como lograr la accesibilidad de estrategias preventivas a partir de los recursos humanos y materiales disponibles (Valenzuela, 2009).

6. Investigación: Debido a la cantidad de interrogantes que enfrentan los investigadores dentro de la clínica utilizan diversos métodos de investigación. Los diseños usados van desde diseños de caso único, a estudios a gran escala y en escenarios que involucran a cientos o incluso miles de participantes. Los métodos elegidos permiten formular preguntas, reflejar las hipótesis que se busca probar e influyen en la interpretación de los hallazgos. Las investigaciones clínicas se

centran sobre todo en los contextos de aplicación profesional como parte de la evaluación clínica de intervenciones, pero también se realizan como parte de proyectos o protocolos de equipos de investigación (Psicología Clínica y de la Salud, s.f. en <http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm>)

7. Enseñanza y Supervisión: Tanto la enseñanza como la supervisión que se brinda a otros para el aprendizaje de tareas clínicas varía, ya que se puede estar total o parcialmente dedicado a estas actividades o bien, comprender diferentes áreas del trabajo clínico tales como: personalidad, psicopatología, evaluación, psicodiagnóstico, psicoterapia o estar relacionada a actividades de intervención, prevención, investigación, entre otras (CPPC, 2005-2008). La supervisión es una modalidad de enseñanza que implica aspectos de reflexión sobre la práctica profesional, puede ser realizada como parte de la formación o durante el ejercicio independiente.

8. Dirección, Administración y Gestión: Las dos primeras tienen que ver con la colaboración en la administración de sistemas de salud. Los psicólogos clínicos no se preparan para ser directores o administradores pero pueden desempeñarse en la dirección de programas universitarios de entrenamiento clínico, centros de salud mental, servicios psicológicos en un hospital u organización de apoyo a la salud. En cuanto a gestión de recursos humanos, el objetivo es mejorar el desarrollo de los servicios y la actuación de profesionales. El psicólogo actúa como experto en relaciones humanas, interacción personal y dinámica de grupos, ofreciendo asesoría en las dificultades de interacción entre miembros o equipos de salud para optimizar el trabajo asistencial. Puede desempeñar varios roles: consultor en conflictos laborales, auditor en el desempeño de políticas asistenciales y de personal y, diseñador de programas para planear, proponer y adaptar métodos y tecnologías a los recursos disponibles (Psicología Clínica y de la Salud, s.f. en <http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm>)

Formación Profesional Clínica y Psicoterapéutica:

La formación académica constituye la preparación básica de la que parte la posibilidad de garantizar la competencia en el ejercicio de las funciones

profesionales. Dicha formación implica aspectos teóricos y prácticos, así como la metodología apropiada a los objetivos del trabajo clínico. Es punto de partida de la actividad profesional pero no se cierra con la formación universitaria ya que, debe permanecer abierta y en continua actualización.

De acuerdo al Plan de Estudios vigente en la Facultad de Psicología de la UNAM (currículo 2008), la formación se organiza en tres momentos: el primero es la formación psicológica general que el estudiante recibe durante los primeros cuatro semestres de la licenciatura; otro momento es la formación especializada que incluye la formación sustantiva (del 5º al 7º semestre) y, la profesional (que puede concluir en el 8º semestre) o bien, continuar alguna especialidad dentro del campo de la Psicología Clínica y de la Salud (del 8º al 10º semestre); un tercer momento corresponde a la formación y aprendizaje continuos que el psicólogo requiere para estar al día en cuanto a avances y conocimientos de frontera en este ámbito (Plan de Estudios de la Facultad de Psicología UNAM, 2008).

El programa de formación especializada requiere cubrir aspectos específicos y monográficos sobre Psicología Clínica y de la Salud. Abarca desde técnicas de evaluación y diagnóstico, tratamientos, áreas específicas de aplicación e investigación, hasta aspectos legales, jurídicos, normativos y bioéticos vinculados al campo de la salud, con el fin de:

- Capacitar para proporcionar atención clínica desde una perspectiva de salud integral, cubriendo los niveles de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.
- Capacitar para el desempeño autónomo y reflexivo sobre tareas de evaluación, intervención y tratamiento psicológico de su ejercicio profesional.
- Capacitar para el ejercicio interdisciplinario que requiere una concepción multidimensional del sujeto y de la salud y, para el desempeño de tareas de investigación y docencia.

A raíz de las implicaciones asociadas al compromiso y responsabilidad que subyace a la comprensión y solución de problemas en individuos, familias, grupos o

comunidades, se concede un sitio especial a las actividades de enseñanza-aprendizaje durante la formación profesional. Dichas actividades, constituyen un factor esencial para la preparación del psicólogo clínico en cualquier contexto de aplicación y para cada una de las funciones que habrá de realizar: prevención, diagnóstico, intervención, investigación, difusión. De acuerdo al propósito de este trabajo, se enfocará particularmente, el entrenamiento requerido para el ejercicio psicoterapéutico.

La formación profesional del psicólogo clínico es una tarea compleja por la multiplicidad y responsabilidad que reclaman las funciones profesionales que habrá de desempeñar y comprende diferentes espacios dentro del proceso de formación. En cada espacio se integran actividades con características e implicaciones diversas, que se enmarcan en tres modalidades de aprendizaje: didáctica, experiencial y de supervisión (Vargas, Castro, Domínguez y Bonilla, 2003).

La modalidad *didáctica* comprende al aprendizaje de la metodología clínica y el conocimiento teórico y técnico que permite la comprensión, evaluación y trabajo con personas que presentan dificultades tanto emocionales como del comportamiento. El contenido de este aprendizaje se inscribe en el currículo de la carrera e incluye conocimientos que la psicología ha acumulado sobre personalidad, modelos del desarrollo normal y patológico, diversas concepciones sobre salud-enfermedad mental, así como diferentes técnicas de evaluación e intervención para el trabajo con pacientes y, cuya enseñanza incluye métodos didácticos relacionados con el aprendizaje de la teoría y la práctica clínica.

Otro espacio de aprendizaje es el *experiencial*, relacionado con la importancia de un esfuerzo personal que posibilite y amplíe el saber sobre sí mismo a través del propio proceso psicoterapéutico. Esta modalidad corresponde a diferentes momentos de aprendizaje vivencial y autorreflexivo que, si bien ocurren durante la etapa de formación, generalmente son promovidos fuera del ámbito académico. Es sólo a partir de un nuevo saber sobre sí mismo y sobre su función clínica, que el terapeuta podrá disponer tal conocimiento a favor de su paciente, cliente o usuario, o bien, como lo prefiere llamar Lía Ricón (2005), a favor del “asistido” quien, mediante su

consentimiento y colaboración, definirá la actividad psicoterapéutica como una tarea de tipo profesional, que habrá de realizarse de común acuerdo.

La mayor parte de los terapeutas afirman que la formación para el trabajo clínico, debe conferir un énfasis especial al análisis de la propia experiencia y al autoconocimiento, argumentando que la experiencia como paciente, “humaniza” el trabajo terapéutico. Entre ellos, Coderch (1987) invita a los terapeutas en formación a observarse con una mirada diferente manifestando que, quien trabaje con el sufrimiento de otro ser humano, debe pasar por una experiencia de psicoterapia que lo conecte con su mundo psíquico, su dinámica personal y su propio desarrollo de personalidad. En este sentido Palacios (1975), plantea que sólo quien se ha permitido asomar a sus propios “monstruos”, será capaz de ver al paciente con la humildad y el respeto que se merece. Por su parte, Maud Mannoni (2002) deja ver que para que el analista se mantenga receptivo a la invención, a lo imprevisto y al humor, necesita volver continuamente a la posición de analizado, para entender el deseo de saber de su paciente y su propio deseo de saber del otro.

Un tercer espacio de aprendizaje se refiere a la modalidad de *supervisión* de los casos que son y serán objeto de atención e incluye tanto actividades de evaluación como de intervención clínica. La supervisión resulta muy necesaria durante la formación y al inicio de la actividad profesional, pero representa una experiencia significativa de aprendizaje y un recurso valioso que puede aportar beneficios y enriquecimiento a lo largo de la vida profesional. El aprendizaje significativo, que integra producción de conocimiento y búsqueda de autoconocimiento, surge al abordar la diversidad y complejidad de los problemas clínicos, permitiendo el desarrollo de estrategias y recursos de enfrentamiento que favorecerán el desempeño profesional. Por otra parte, la supervisión concede importancia a las implicaciones afectivas generadas en el trabajo intersubjetivo, tanto en los aspectos personal e interpersonal, como intra, inter y transdisciplinario (Valenzuela, 2008).

Jiménez (2004), en su trabajo *Terapeuta de terapeutas en formación*, agrega que además del currículo teórico y metodológico de la carrera profesional, no pueden faltar tres elementos en la formación de todo psicólogo clínico:

- a) Un lugar de aprendizaje vivencial, correspondiente a su propio espacio terapéutico para conocer de sí mismo antes de entender lo que le pasa a los demás,
- b) La necesidad de generar cambios sobre las nociones que tiene sobre el *otro u otros* y de sí mismo, ante todo para reconocer y asumir su lugar como clínico,
- c) Una postura de respeto frente al sufrimiento ajeno y el propio, como una medida que le permitirá asegurar su propia salud mental.

No se puede pasar por alto el hecho de que en general el trabajo clínico y particularmente el psicoterapéutico, pueden representar una importante fuente de tensión inicial para el terapeuta ya que, como plantea James Guy en su texto sobre *La Vida personal del Psicoterapeuta* (1995), la naturaleza del trabajo es inespecífica, el material es complejo y carece de normas fijas, requiere adaptarse a problemas en constante cambio y a las dificultades reales con el fin de lograr éxito. Además, existe disparidad entre las limitaciones humanas propias del terapeuta y el alto nivel de expectativas que pueden tener los pacientes y la misma sociedad, lo que puede significar una constante fuente de ansiedad para el clínico.

Al principio de la labor profesional la inseguridad respecto al desempeño propio puede ser muy grande, de tal modo que por lo general, tanto psicólogos como psicoterapeutas tienden a estar más preocupados y volcados en lo que se dice, hace o debería haberse dicho o hecho y por tal razón, el mundo del paciente puede volverse secundario. El camino que se ha de recorrer para desarrollar un sentimiento de seguridad y competencia es largo y generalmente contrasta con la demanda y urgencia de ser eficaz en la intervención psicoterapéutica.

Actividades como la tutoría, la asesoría y la supervisión, han sido concebidas como programas institucionales que acompañan al estudiante durante la formación profesional y, según las necesidades detectadas y cuando esté indicado, permiten su canalización a diferentes servicios de apoyo metacurricular, docente, sociocultural o emocional. En cuanto a la formación clínica, estos programas permiten optimizar los recursos del estudiante y proporcionar apoyo en la consecución de los elementos de

su perfil profesional. En algunas ocasiones, estas actividades y los términos que las definen son usados indistintamente, pero es conveniente establecer las diferencias respectivas para comprender su lugar en la formación profesional.

La tutoría es un proceso de acompañamiento a lo largo del proceso formativo, que busca mejorar el rendimiento académico, solucionar problemas escolares y desarrollar hábitos de estudio, trabajo, reflexión y convivencia social. Se desarrolla mediante la atención personalizada a un alumno o grupo reducido de alumnos, por parte de académicos competentes, formados como tutores y apoyados en las teorías del aprendizaje, más que en las de enseñanza. Comprende un conjunto sistematizado de acciones educativas centradas en el estudiante, distintas pero a la vez complementarias a la docencia frente a grupo. Pretende orientar y dar seguimiento al desarrollo de los estudiantes, así como apoyarlos en los aspectos cognitivos y afectivos del aprendizaje (ANUIES, 2001).

La asesoría académica es un tipo de consulta que brinda un asesor fuera de su tiempo docente, a un alumno o grupo de alumnos, para resolver dudas sobre temas que son de su competencia. La asesoría de prácticas profesionales corresponde a la coordinación, discusión y evaluación de las actividades llevadas a cabo por los estudiantes en distintos espacios externos a la institución, para reforzar los conocimientos y aplicarlos a situaciones y problemas concretos de la práctica profesional, con el fin de integrar teoría y práctica. El asesor discute las situaciones y problemas vividos durante la práctica para lograr su comprensión, interpretación y ofrecer propuestas de solución (ANUIES, 2001).

En cuanto a la supervisión, el concepto tradicional y más generalizado es atribuido al de un método pedagógico que tiene cierta implicación de control (supervisión), donde una persona con mayor nivel de conocimiento y experiencia en un campo profesional, contribuye al aprendizaje de quienes cuentan con menos experiencia o conocimiento. Entre sus objetivos están el de aumentar el conocimiento profesional, crear seguridad y confianza en el uso de técnicas y procedimientos, integrar la teoría con la práctica y, de acuerdo con el punto de vista de Diaz Barriga y

Hernández (2002), podemos agregar el de procurar la creación de un yo profesional, autónomo y competente.

El lugar de la supervisión en la formación psicoterapéutica:

El hecho de que la psicoterapia sea una actividad profesional, no debe hacer olvidar su componente creativo como tampoco excluir la responsabilidad ética que el terapeuta tiene frente al sufrimiento de quienes buscan su ayuda. La psicoterapia constituye una actividad compleja que tiene componentes cognitivos, emocionales y pragmáticos, cuyo dominio sólo se puede alcanzar tras un largo proceso de aprendizaje (Linares y Ortega, 2008). Este aprendizaje implica que el estudiante pueda contar con acompañamiento para darse cuenta de su papel como terapeuta, de sus recursos y limitaciones, que pueda reconocer el lugar de la capacidad creativa para encontrar alternativas de solución, así como la posibilidad de innovar y continuar aprendiendo de su propia experiencia.

La supervisión como experiencia fundamental de todo entrenamiento clínico, implica un conjunto de actividades planeadas para llevar a cabo control y evaluación de la práctica profesional. Como proceso de enseñanza-aprendizaje centrado en reflexionar sobre la actividad psicoterapéutica, tiene características propias que no son las de ejercer funciones específicas de docencia y tampoco terapéuticas por parte del supervisor. Su desarrollo requiere estructurar y definir claramente la relación de trabajo en que se establece, aclarar expectativas, plantear objetivos y funciones y, explicitar los roles del supervisor y del supervisado.

La actividad de supervisión establece vínculos que generan vivencias y expresiones afectivas muy intensas: uno de los vínculos se establece entre supervisor y supervisado para analizar otro vínculo, el de psicólogo y paciente. Se trata de una tarea que exige experiencia y responsabilidad por parte del supervisor ya que el cruce de posiciones, funciones y vínculos clínicos, puede generar indefinición, ambigüedad y en ocasiones confusión. No se trata sólo de enseñanza teórica aunque ocasionalmente ésta puede ser incluida, tampoco de llevar a cabo un entrenamiento en diversas

técnicas, aunque en ciertos momentos esto puede requerirse y, mucho menos, de psicoterapia del supervisado o del paciente por el supervisor, aunque existan momentos en los que se hace necesaria la contención del supervisado.

Sara Baringoltz (2000), considera que el hecho de contar con espacios individuales o grupales de supervisión psicoterapéutica permite que desde la formación, se pueda incidir en la evitación o erradicación de diversos mitos, prejuicios o bien, lo que ella considera “pecados” del psicólogo, como son:

- * Considerar que todo problema es psicológico y que una buena terapia lo cura todo.
- * No cuestionar lo aprendido por creer que su modelo teórico es superior a los demás.
- * Creer que la psicoterapia consiste sólo en aplicar una buena teoría y técnicas eficaces y, considerar que hay sólo una forma, real y verdadera para ver las cosas.
- *Pensar que un buen terapeuta es capaz de atender cualquier problema o tipo de paciente, y atribuir todo logro sólo a la capacidad del terapeuta.
- * Asumir que el estilo de personalidad, los valores y conflictos personales del terapeuta pueden ser neutralizados sin mayor esfuerzo y no influirán en su trabajo.
- * Creer que el terapeuta puede superar el poder o la influencia que sobre el paciente pueden ejercer, sus propios grupos de pertenencia y referencia.
- * Considerar la ética como algo ajeno a la psicoterapia.

En cuanto a la formación de terapeutas, Binder (2004, en Álvarez, 2005) sostiene que el conocimiento empieza en las aulas a través de lecturas, discusiones y de la observación del trabajo de otros, esto es lo que llama *conocimiento enunciativo*, cuyo objetivo es lograr conocimiento sobre el problema del paciente de manera que se pueda aplicar en diferentes situaciones y favorecer una acción efectiva por parte del terapeuta. Sin embargo, este conocimiento permanece “inerte” por sí mismo, porque no es una guía sobre cuándo y cómo aplicar conceptos, principios y procedimientos, es bueno pero insuficiente.

Para este autor, hace falta un *conocimiento procedimental*, que corresponde al saber que se adquiere con la práctica, al aplicar el conocimiento enunciativo en contextos simulados y reales. Desde su punto de vista, este conocimiento es el que tienen los terapeutas expertos que cuentan con un modelo de trabajo rico y flexible para plantear, ejecutar, evaluar y modificar el comportamiento y, que han desarrollado sensibilidad para saber qué modelos son adecuados en cada situación por ambigua que sea, ya que pueden modificar su comprensión y su acción para responder de forma efectiva. Es decir, pueden *improvisar*.

El desarrollo de la atención a sí mismo, es un aspecto prioritario en todo programa de entrenamiento, representa la capacidad para atender la propia experiencia subjetiva, especialmente las reacciones afectivas de la relación paciente-terapeuta. Como plantea Álvarez (2005), el desarrollo de habilidades metacognitivas propuestas por Binder, se relaciona con la capacidad de analizar la propia actuación para:

- 1) Examinar el conocimiento de un problema y saber cuándo se requiere más información.
- 2) Evaluar si la nueva información recogida es consistente con la que se tiene.
- 3) Establecer analogías entre la nueva situación y las anteriores.
- 4) Modificar el entendimiento sobre el problema y la acción.

Hess (1987, en Bridge y Bascue, 2005) ofrece un firme argumento a favor de la supervisión para los psicólogos considerando tres factores relevantes:

- 1.-Estudios realizados a psicólogos han documentado que en términos del tiempo invertido en las actividades que realizan y requieren analizar, la supervisión se encuentra entre las diez primeras.
- 2.-La actividad psicoterapéutica se incluye constantemente en programas de licenciatura y posgrado y forma parte de conferencias de formación de recursos de la American Psychological Association y,

3.-La necesidad de supervisión se manifiesta en el hecho de que desde 1982, haya aparecido la primera revista profesional sobre esta actividad (*The Clinical Supervisor*).

Existen además otros factores que ponen de manifiesto la necesidad de incluir programas de supervisión en la formación de psicólogos clínicos. Por una parte, el crecimiento de programas de formación profesional y el número de personas que obtienen un título es muy vasto, pero si por otra parte, no se cuenta con programas estrictos de formación supervisada, se corre el riesgo de que los egresados no reciban la formación práctica suficiente en algunos aspectos de su trabajo, particularmente en lo que corresponde a la psicoterapia, y que tengan deficiencias en cuanto a escrúpulos éticos o bien carezcan de la estabilidad psicológica necesaria para el trabajo clínico, sobre todo durante la práctica profesional independiente.

Otro aspecto que deja ver la necesidad de más y mejores programas de supervisión, es la expansión de las áreas de especialización de la psicología: neuropsicología, terapia familiar, terapia sexual, trabajo con víctimas de violencia, trabajo en comunidades marginadas, grupos vulnerables, entre otras, que requieren que los terapeutas se familiaricen con literatura técnica y legal más abundante y con distintos grupos de pacientes. Robiner, Fuhrman, y Bobbit (2005) en este sentido argumentan que no se puede esperar que los programas de formación clínica general proporcionen la formación y práctica adecuada en todas las áreas.

2.- SUPERVISIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Definición y Propósito:

El término supervisión proviene etimológicamente del latín, super=sobre y videre=ver, lo que equivale a ejercer la inspección superior en determinados casos, ver desde arriba o posición superior del que ve algo (Diccionario Marín de la Lengua Española, 1982). En el terreno de la psicoterapia, las implicaciones del término supervisión se utilizan para referirse a la asimetría entre supervisado y supervisor, en cuanto al mayor nivel de formación y experiencia de este último, orientada a colaborar en la formación del primero.

De acuerdo a Fuentes (2006), la supervisión en la formación psicoterapéutica, tiene el propósito de promover identidad profesional desde la orientación, ayuda y acompañamiento del supervisor, procura la reflexión crítica de la propia práctica, para lograr transformaciones en el *ser*, el *saber hacer* y el *saber estar*. La define como método de enseñanza por el cual, el terapeuta en formación confía en alguien de mayor experiencia, para presentarle el proceso terapéutico con su paciente, el supervisor funge como un “tercero” que escucha el discurso *de otro, sobre un otro*.

Tonnon (2003, en Puig, 2009, p. 15-16), enfatiza el aspecto reflexivo de la supervisión y la define como: “...*proceso teórico-metodológico que se despliega en dos espacios: el de ejercicio profesional y el de la formación académica. Su objetivo es el aprendizaje de nuevos conocimientos y habilidades, necesarios para el desempeño profesional cotidiano, así como la reflexión acerca del impacto afectivo y emocional que se genera en el supervisado por la atención de cada situación en la que haya actuado profesionalmente. Se basa en una concepción holística de la realidad en la cual interactúan los conocimientos teóricos con la experiencia práctica*”.

Para Leon Grinberg (1975), supervisar representa un proceso de aprendizaje basado en el estudio conjunto, del material resultante de la interacción entre paciente y terapeuta, que capacita a este último para aprender de su propia experiencia y poder extender este aprendizaje, al beneficiar a más de un paciente.

Siguiendo a Loubat (2005, p. 75), *“La supervisión es una actividad básica en el aprendizaje del quehacer psicoterapéutico y útil para el trabajo terapéutico con niños, adolescentes y adultos, cuando se trabaja en forma individual o en equipos interdisciplinarios y bajo cualquier perspectiva teórica”*. Es una actividad de integración que requiere de quien la lleva a cabo (supervisor), poner su *saber hacer* respecto de la psicoterapia, al servicio del supervisado en el análisis de los casos que atiende.

Otra perspectiva es la de C. Hernández (2007) al visualizar la supervisión *“como un escenario clínico-formativo y como un proceso generativo y transformador en el cual las personas desarrollan sus competencias. Es a la vez una forma de enseñar un enfoque específico de terapia y una práctica reflexiva sobre la propia práctica terapéutica”* (p. 227); agrega que su objetivo es activar los recursos interaccionales de los terapeutas para convertirse en instrumentos de cambio más versátiles y efectivos.

El objetivo fundamental de la supervisión clínica para Chagoya (en Lazarini, 1992), es que el terapeuta en formación, obtenga una visión clara del tratamiento y en *“carne propia”* pueda vivenciar los afectos que emergen en el vínculo terapéutico y que, en su desarrollo como instrumento de cambio terapéutico, pueda provocar intervenciones más efectivas al obtener, por parte del supervisor, interpretaciones diagnósticas sobre los obstáculos en su aprendizaje.

Otra forma de considerar esta actividad es como espacio de co-construcción entre terapeuta y supervisor, donde el terapeuta presenta su proceso de trabajo con el paciente, esperando una opinión experta y la resolución de las dificultades que el caso le presenta. El espacio incluye: la visión del paciente sobre sí mismo, la visión que el terapeuta tiene sobre el paciente y la visión que el supervisor tiene del terapeuta y del paciente (Candarle, Álvarez y Vieyra, 2002).

El término supervisión no se limita a una definición única ya que constituye una actividad plural e hiperdefinida, con prácticas y condiciones diversas en su ejercicio, que pueden abarcan dos polos: Un polo se refiere a la parte técnica, institucional o de contenido, y el otro a la parte relacional: *“la supervisión es un proceso y una relación que tiene como objetivo revisar el “quehacer” y los sentimientos que acompañan la*

actividad, y contrastar los marcos teórico-conceptuales con la praxis cotidiana. El núcleo de la supervisión es el supervisado y los focos de la supervisión son: la intervención, los sentimientos que acompañan la actividad, los valores y el modelo de interpretación que se manifiesta en su actitud y orientación con las personas atendidas, con los colegas y con uno mismo” (Puig, 2009, p. 285-286)

Las actividades de supervisión han ido adquiriendo mayor especificidad en el trabajo clínico y han pasado a constituir un elemento central en la formación de psicólogos y psicoterapeutas. Su principal propósito es poder lograr integración entre la teoría y la práctica, transmitir procedimientos o técnicas e incrementar las cualidades terapéuticas en los estudiantes (Lorentzen, 1996).

A lo anterior se puede agregar que la supervisión clínica involucra un rango amplio de actividades que incluyen el análisis de competencias conceptuales, técnicas y ético-personales adquiridas durante la formación y puestas en marcha en las actividades de evaluación, diagnóstico y psicoterapia durante el ejercicio profesional. Abarca diferentes modalidades que van desde la más común relacionada con funciones específicas (evaluación, diagnóstico, psicoterapia) a la supervisión institucional en relación con el análisis de las tareas asistenciales o laborales. Puede recaer en el trabajo asistencial con un paciente determinado, con una familia o con un grupo, o bien en las actividades y necesidades surgidas cuando se trata al sujeto ya sea a nivel privado, institucional o en el ámbito comunitario (Valenzuela, 2008).

Algunos programas de entrenamiento para psicólogos (Baringoltz 2000), conceden un énfasis especial a grupos de supervisión terapéutica en los que, desde la perspectiva de los pares, se apoya al terapeuta a colocarse como instrumento de cambio. Se trata de encontrar formas para que el entrenamiento integre lo profesional (psicólogo-terapeuta) y el cuidado de sí mismo como persona, evitando problemas y situaciones profesionales desgastantes. Profesionalmente, con la idea de conocer más sobre el caso supervisado y lograr capacitación y eficacia, en lo personal, se busca provocar cambios en las atribuciones de significados que los propios terapeutas confieren tanto a su trabajo como al lugar que ocupan en éste.

En toda supervisión clínica intervienen aspectos que necesitan explicitarse como la importancia de clarificar el por qué y para qué de la supervisión (objetivos y propósito), conocer el nivel de intervención del terapeuta (etapa o momento de la formación profesional); delimitar el lugar y ámbito de la supervisión (contexto institucional, comunitario, privado) y, definir el encuadre teórico-metodológico que enmarca la actividad clínica. Conociendo estos elementos se analizan los patrones de interacción que involucran a supervisor, paciente y psicólogo en diferentes actividades clínicas: indagación, evaluación, intervención e investigación (Valenzuela, 2008).

Durante la formación del psicólogo clínico, la supervisión como tarea de integración y reflexión proporciona un espacio adecuado para poder reconocer, asimilar y elaborar los elementos experienciales que se actualizan y resignifican durante el trabajo clínico a partir del encuentro con el paciente ante sus requerimientos de atención, comprensión, evaluación y tratamiento (transferencia-contratransferencia, ansiedades, resistencias, defensas, roles, formas de comunicación e interacción).

Principales funciones de la supervisión psicoterapéutica:

Cuando se trata de la supervisión de psicólogos y psicoterapeutas en formación, se pueden considerar tres funciones que permiten analizar el rol profesional y visualizar las necesidades del paciente, los aspectos latentes del terapeuta y el contexto intra e interinstitucional. Para Bustos (1995), estas funciones son:

1. La función formativa, que permite trabajar con los conocimientos teóricos y técnicos que hacen posible el ejercicio de la psicoterapia y fortalecen la identidad profesional.
2. La función normativa que lleva a generar conciencia sobre el proceso terapéutico dentro de un marco ético de la profesión.
3. La función restaurativa procura restablecer el equilibrio emocional del psicoterapeuta para que el yo observante recupere su función analítica (función de contención).

En este aspecto, Puig (2009) considera tres funciones como las más comunes de la supervisión: administrativa, educativa y de apoyo:

1.-La función orientada desde lo administrativo, se relaciona con gestión y dirección de servicios, busca el cumplimiento de objetivos organizacionales de forma eficiente. Enfatiza la estructura y la organización quedando en segundo plano el aspecto profesional y relacional.

2.-La función educativa o de aprendizaje, se refiere al método de enseñanza imprescindible de psicólogos y psicoterapeutas, ya que en su intervención profesional involucran conocimientos, actitudes, pensamientos y emociones que se transforman en respuestas profesionales dirigidas a la atención psicológica de personas, pacientes o usuarios. Constituye una herramienta que promueve la reflexión de la acción profesional como plantea Schön (1992) y un espacio para contrastar los marcos conceptuales y la práctica cotidiana de los profesionales.

3.-La supervisión de apoyo, conocida como afectiva o emocional busca que los profesionales, superen las tensiones y dificultades que enfrentan en el ejercicio de su trabajo. Incorpora aspectos personales de la práctica, para conocer su influencia en el trabajo con pacientes y de esta forma, favorecer una nueva identidad y aprendizaje del rol profesional (Puig, 2009).

Para Fernández, H. (2008), el proceso que tiene lugar en la supervisión posibilita el cumplimiento de tres funciones, que pueden darse en diferentes niveles:

1.- Formación: Función relacionada con el entrenamiento de habilidades psicoterapéuticas, incluye actividades relativas a la manera de obtener y registrar información relevante, vigilar el cumplimiento del contrato y la alianza terapéutica, el manejo de situaciones críticas o límite, aumentar conocimiento teórico y sobre procedimientos técnicos y de investigación.

2.- Orientación personal o ayuda terapéutica: No se trata de un proceso de psicoterapia personal, pero el supervisor puede realizar intervenciones focalizadas para proteger al terapeuta frente al conflicto que puede representar el tratamiento de algún paciente.

3.- Asesoramiento institucional: Comprende las operaciones de control de una institución con el fin de regular sus aspectos de gestión, funciones de coordinación

organizacional que atienden al cumplimiento de las prescripciones y resultados propuestos por el modelo institucional. Busca optimizar los servicios así como la protección de pacientes y terapeutas.

Sobre la función del Supervisor:

El supervisor es el profesional experto que está al tanto del ejercicio ético de la actividad psicoterapéutica por parte de psicólogos en formación. Como profesional, parte de que todo ejercicio psicoterapéutico se fundamenta en resultados de investigación y se desarrolla a partir de la experiencia profesional. Está abierto a la diversidad pero bajo principios que puedan conducir a verdaderas fusiones e integraciones teóricas o técnicas; acepta la utilización de diversos procedimientos siempre que se conozcan sus fundamentos, para evitar el ejercicio profesional a partir de posturas eclécticas burdas o híbridos carentes de todo sustento. Al analizar las actividades clínicas del supervisado, el supervisor requiere atender los aspectos deontológicos propios de la disciplina, donde priven los valores de respeto, cuidado por el otro, responsabilidad e interés profesional.

Como parte de sus atribuciones, el supervisor vigila el ejercicio de una atención adecuada por parte del terapeuta, siendo fundamental que logre promover en el supervisado, la importancia de su autocuidado como persona y como terapeuta, para prestar atención a las necesidades surgidas por las propias características de su estructura de personalidad y, atender las situaciones de crisis que pueda enfrentar durante el desarrollo de la psicoterapia.

Como proponen Linares y Ortega (2008), la posición asimétrica del supervisor no debe atentar contra la libertad de acción del terapeuta, por el contrario, debe constituir un límite que asegure y proporcione seguridad. Así como el terapeuta contiene el sufrimiento de los clientes o pacientes, el supervisor contiene buena parte de la ansiedad del terapeuta inexperto. Cuando se supervisa en grupo, el supervisor procurará encauzar la competitividad del grupo para alcanzar buenos resultados en la

terapia y mayor efectividad de los terapeutas a su cargo. Esto amerita transitar y progresar desde una franca asimetría inicial, hacia la complementariedad creadora entre los participantes. Destacan algunos rasgos característicos del supervisor competente:

- Conocer sus propias peculiaridades, así como sus límites y puntos fuertes.
- Ser consciente de su idiosincrasia, su estilo personal característico, sus creencias y valores y del momento que atraviesa en su ciclo vital.
- Tener experiencia en el tratamiento de diversos casos y aprovechar esta experiencia en la docencia. El entrenamiento vivencial es muy importante en su formación.
- Desde su posición, promover intervenciones que enriquezcan el trabajo terapéutico.
- Trazar límites pertinentes a la vez que genera seguridad y ofrece apoyo al estudiante.
- Aceptar sugerencias, señalar limitaciones e introducir lecturas sobre el caso.
- Debe ser respetuoso con el aprendiz, tanto con su estilo como con su idiosincrasia.
- Trabaja para fomentar capacidades en los estudiantes pero no hace terapia con ellos.
- Hacer de la creatividad y el sentido del humor, rasgos esenciales de su trabajo.

Es posible hablar de un *estilo supervisor*, éste se refiere a la forma característica en que el supervisor se relaciona con sus supervisados e instrumenta su propia teoría o modelo de supervisión. Por lo general, el estilo supervisor resulta bastante consistente y perdurable. Shanfield y Gill (1985, en Morales y Somarriba, 2001), identificaron cuatro estilos básicos del supervisor: el supervisor orientado a la tarea, el experto, el confrontativo y directivo y el facilitador.

Es conveniente afirmar que ninguno es mejor que otro y que, independientemente de su consistencia, se pueden adaptar algunas características positivas de cada estilo, a las necesidades y momentos de formación del supervisado. Tanto el estilo del supervisor como los factores que enfoca durante la supervisión,

pueden manifestarse de manera consistente, alternarse dentro de una sesión de supervisión o bien, ser utilizados y aprovechados en diferentes momentos del proceso.

El papel o rol del supervisor se relaciona con la o las funciones que asume dentro del proceso de supervisión. Entre los principales roles que se han relacionado con el supervisor de psicoterapia se encuentran los de maestro, instructor, consultor, colega, compañero, monitor, examinador de caso, modelo y mentor, así como el de administrador.

Los factores objeto de atención y focalización por el supervisor pueden agruparse en cuatro (Rodenhauser, 1985, en Morales y Somarriba, 2001):

- 1.-Factores relacionados con la organización profesional: Se relacionan al contexto, modalidad de trabajo (individual o en equipo) y a los objetivos de formación.
- 2.-Factores de evaluación y planificación del tratamiento: Se enfocan a la evaluación previa a la intervención y al planteamiento de objetivos terapéuticos.
- 3.-Factores de la Instrumentación-intervención-evaluación del proceso terapéutico: El foco se dirige al proceso de intervención psicoterapéutica propiamente dicha.
- 4.-Factores personales del terapeuta en relación con el paciente: El foco se localiza en la relación terapeuta-paciente, particularmente en los procesos de transferencia y contratransferencia.

Algunas conductas identificadas como propias del supervisor y, que para Milne y James (2002), contribuyen positivamente en la supervisión psicoterapéutica son:

- Mantener el flujo de la sesión y la participación activa del supervisado.
- Escucha y observación activas procurando siempre ampliar el rango de comunicación.
- Contener y alentar cuando sea necesario y según el momento del proceso.
- Sintetizar y clarificar la situación terapéutica para focalizar puntos relevantes.

- Ofrecer retroalimentación de los elementos del proceso (terapéutico y de supervisión).
- Obtener información que ayude a clarificar aspectos intra e interpersonales.
- Sugerir la revisión teórica pertinente que permita apoyar la intervención.
- Aportar información y probar hipótesis que fortalezcan la comprensión e intervención.
- Favorecer el aprendizaje interpersonal (modelado, juego de roles).
- Promover la autorrevelación facilitadora en relación a su propio rol de terapeuta.
- Plantear discrepancias cuando la situación así lo requiera.
- Observación de registros u otros materiales sobre el caso (grabaciones o en vivo)

En este aspecto, Ungar (2006, en Hernández, 2007) agrupa en cinco, los roles del supervisor de psicoterapia:

-Rol de soporte emocional al terapeuta, sin que se trate de un proceso terapéutico, pero posibilitando que éste explore sus vivencias personales.

-Rol de consultor del caso, ofreciendo alternativas y opciones para el desarrollo de la terapia, enfocándose más en los consultantes que en las competencias del terapeuta.

-Rol de docente, enseñando, modelando o acompañando tanto las intervenciones como el ejercicio de la terapia (en vivo).

-Rol de colega del terapeuta, ya que comparte las responsabilidades clínicas, legalmente tiene responsabilidad sobre los casos que supervisa.

-Rol de promotor del terapeuta, procurando la innovación de su práctica, estimulando sus iniciativas y la transferencia del aprendizaje a otras áreas de su trabajo y de su vida.

Siguiendo a Dallal y Castillo (1988), se puede aceptar que la función del supervisor reside en que el terapeuta en formación internalice la supervisión como conciencia de su “*self*” profesional en acción, adquiera la capacidad de identificar

contenidos y etapas del tratamiento, incluida su conciencia como persona en las interacciones. Para Braier (1984) el supervisor además, debe saber cuándo señalar las contradicciones técnicas en que puede incurrir el estudiante.

A las funciones y roles anteriores se pueden agregar otros aspectos importantes del supervisor, sobre todo cuando participa en la supervisión de futuros terapeutas:

- Comprensión del desarrollo profesional del supervisado, en cuanto a nivel de estudios (licenciatura, especialización, maestría) y experiencia profesional con que cuente.
- Considerar el nivel de conocimientos teóricos que requiere el terapeuta, según el tipo de terapia, objetivos, tipo de problemas y pacientes que atienda.
- Comprensión de la personalidad del terapeuta en formación como instrumento terapéutico, el cual podrá afinarse y perfeccionarse con la práctica supervisada.
- Analizar el tipo de técnicas que el supervisado puede utilizar con sus pacientes, procurando su adaptación al modelo de intervención y a las necesidades de cada caso.
- Conocimiento del estilo personal del terapeuta y respeto a sus formas de abordar los problemas de comunicación con el paciente y de establecer la relación terapéutica.
- Promover la autonomía e independencia profesional en el campo psicoterapéutico.

Sobre el lugar del Supervisado:

Nada mejor que iniciar este apartado, sobre el papel del supervisado como terapeuta en formación, con la siguiente cita extraída de Linares y Ortega:

“El terapeuta es un experto y, a ojos extraños, alguien que posee el don de conocer o adivinar lo que está más allá de las apariencias; alguien, en cierta medida, relacionado con la parte más oculta y misteriosa, con el dolor y el sufrimiento de la gente. Pero esa experticidad, cuya base descansa en ciertas características personales

del sujeto y en determinados eventos vitales, es el fruto de un trabajoso proceso de formación y de una constante dedicación profesional” (2008, p: 82).

Estos autores enfatizan algunas características consideradas clásicas del futuro terapeuta que comprenden capacidad de escucha empática, tolerancia a la frustración, curiosidad para saber e indagar sobre otros y flexibilidad, planteando además, que debe pasar de ser un buen oyente a ser un buen “vidente”, capaz de comprender y elaborar hipótesis provisionales a partir de la observación clínica. Su mirada debe aprender a captar lo analógico y su oído a escuchar lo metafórico, debe conocer el modelo con el que trabaja sin ignorar el componente creativo que habrá de perfeccionarse con la formación y durante la vida profesional.

Las principales tareas del supervisado corresponden a: Reflexionar sobre su papel como terapeuta, poner a prueba las hipótesis que sustentan la evaluación y la intervención terapéutica, conceptualizar diferentes procesos que emergen en las sesiones en relación con los aspectos teóricos y técnicos para su comprensión y abordaje, darse cuenta de sus emociones y vivencias relacionadas con la tarea terapéutica y, planear y anticipar posibilidades de intervención (Milne y James, 2002).

En cuanto a las principales funciones que dentro de la supervisión llevan a cabo los terapeutas en formación, Braier (1984) menciona las siguientes: captación de la problemática del paciente, conocimiento y manejo de emociones transferenciales y contratransferenciales, combinación de recursos terapéuticos según los requerimientos de intervención, elaboración de sus propios conflictos básicos, capacidad de empatía y tolerancia a la frustración.

Por otra parte, Bellak y Small (1990) han subrayado la relevancia de ciertas capacidades y funciones del supervisado: capacidad de escucha, asumir un grado adecuado de responsabilidad con respecto al bienestar del paciente, elección del tipo de intervención más adecuada, reconocimiento de las propias capacidades, poner en práctica los conocimientos sobre psicodinamia, elaboración de un diagnóstico integral, capacidad para utilizar recursos terapéuticos auxiliares y sobre todo, capacidad de regresión al servicio del yo. Si bien enfatizan esta última función yoica, esperan del

supervisado en tanto terapeuta, la suficiente fuerza general del yo para realizar su labor al enfrentar y tratar con el sufrimiento de otras personas.

En general se espera del supervisado la integración de un conjunto de aptitudes que tal vez ninguno o muy pocos, habrán desarrollado en forma “natural” o “innata” como habilidades terapéuticas. Antes bien, dichas aptitudes y habilidades requieren ser desarrolladas por la mayoría y la supervisión constituye el espacio para apoyar su búsqueda, orientación o entrenamiento.

Loubat (2005), subraya la importancia de que todo terapeuta desarrolle el autocuidado, entendido éste, como toda aquella actividad que realiza para él mismo y por iniciativa propia en cuanto a su salud y bienestar. Esta autora señala, y sobre todo previene, del peligro que se asocia al trabajo vinculado a profesiones de ayuda que en su desempeño, pueden generar desgaste o estrés laboral y conducir a alteraciones tanto psicológicas como físicas.

Algunos riesgos que pueden amenazar al terapeuta al inicio de su formación, guardan relación con su estilo de trabajo y con supuestos epistemológicos manifiestos en forma de prejuicios, los cuales se mantienen porque la mayoría de las veces el terapeuta ni siquiera se ha dado cuenta de su existencia. Linares y Ortega (2008) han señalado cinco tipos de riesgos que pueden ponerse en juego durante las sesiones:

a).-Riesgos relacionados con aspectos personales del terapeuta: Como todo profesional tiene su propia ideología, relativa a supuestos sobre el funcionamiento del mundo y las relaciones humanas. Esta ideología, por un lado dirige y justifica o da significado a sus acciones y, por otro, restringe su perspectiva o visión del mundo. Si el terapeuta es cada vez más consciente de ello, se limita el riesgo de confusión y resistencia ante valores diferentes a los suyos.

b).-Riesgos relacionados con la dinámica familiar del terapeuta: El momento de su ciclo vital puede diferir o coincidir con la familia (o paciente) que atiende, la semejanza y resonancia afectiva con los problemas, la manifestación de su resistencia, transferencia y contratransferencia, la depositación de roles y los roles que asume, entre otros.

c).- Riesgos relacionados con errores técnicos o estratégicos: Como la utilización de estrategias o recursos inadecuados que demoran el proceso de cambio y transformación.

d).-Riesgos relacionados con dificultades epistemológicas: Este tipo de riesgo lleva a que el estudiante aspire, no tanto a conocer y dominar un modelo de intervención flexible para atender la complejidad de la demanda clínica, sino a disponer de *el modelo*, como una forma estratégica precisa y rígida. El riesgo es que el dogmatismo cierre la mente del estudiante.

e).-Riesgos relacionados con dificultades de relación con el supervisor o con el grupo de formación: Como el terapeuta en formación generalmente no elige al supervisor, puede pasar que su estilo e idiosincrasia sean diferentes u opuestas a las del maestro o el grupo. Otras dificultades de relación pueden surgir con la ideología o el género.

Ante cada riesgo, la figura del supervisor resulta fundamental para enfrentar cada situación y dar salida a nuevas potencialidades creativas al aprender de la experiencia, integrar diferentes miradas, alentar la búsqueda de nuevos saberes y estrategias, así como promover la solución tanto de problemas personales como relacionales de los terapeutas.

Proceso y Etapas de la actividad supervisora:

La supervisión psicoterapéutica se desarrolla como proceso en un espacio-tiempo, donde se establece una alianza de trabajo para analizar la relación terapeuta-paciente, a partir de otra relación, la constituida por supervisor-supervisado. En este proceso se analiza la compleja situación vincular terapeuta-paciente-supervisor. Además de la relación terapeuta-paciente en cuanto a los procesos de transferencia y contratransferencia, que en gran parte son motivo y razón de la supervisión, es necesario integrar el análisis de la relación supervisor-supervisado, particularmente, pero no sólo en el caso de terapeutas jóvenes, como actividad que habrá de

proporcionar nuevos saberes y ampliará el foco de análisis incluyendo la importancia de los fenómenos de resonancia e identificación.

Esta modalidad de supervisión se realiza a partir de un encuentro en el que se reflexiona sobre diversos vínculos: uno es el de supervisor (o equipo de supervisores) y supervisado (o grupo de supervisados), para analizar la interacción que se establece mediante otro vínculo a partir del cual surge la demanda de supervisión, la relación entre psicoterapeuta (o equipo clínico) y paciente o usuario (individuo, familia, pareja o grupo).

Además, el proceso de supervisión representa un espacio privilegiado para vincular la teoría y la práctica, explicar las hipótesis que se extraen del material clínico, la forma en que la teoría condiciona la lectura del material y las interpretaciones que de ella se derivan, así como aquellas contradicciones o confusiones que pueden surgir cuando la teoría no alcanza a explicar la complejidad de los fenómenos y la sintomatología clínica.

Otro aspecto relevante de este proceso es que permite investigar las “teorías personales implícitas” del terapeuta. Estas teorías son concepciones del supervisado en su ejercicio como terapeuta (Canestri, 2008) que se relacionan con lo que Pichon Rivière (1978) definió como esquemas-conceptuales-referenciales-operativos (ECRO). Estos esquemas (ECRO) corresponden a aspectos ideológicos inconscientes que subyacen a actitudes, pensamiento y conducta y por tal razón, resulta importante develarlos y analizarlos en el trabajo clínico y psicoterapéutico.

Tanto la psicoterapia como la supervisión pueden ser vistos como procesos paralelos, representan formas de generar cambio a través de conversaciones que se efectúan con procedimientos y mecanismos específicos. En la psicoterapia, la necesidad de cambio surge del malestar del paciente o consultante, en alguna situación vital; en la supervisión, la demanda surge del deseo o necesidad del psicólogo de formarse para ejercer como psicoterapeuta. De esta forma, ambos son procesos generativos y transformadores, constituyen nuevas y creativas formas de aprendizaje.

Loubat (2005) propone iniciar la supervisión con el motivo de consulta que provoca sufrimiento, dolor o inquietud en el terapeuta y continuar con el proceso terapéutico en sí mismo. Se realiza con un encuadre y *timing* precisos, en etapas que se desarrollan en equilibrio dinámico entre avances y retrocesos, con miras a lograr el “éxito” terapéutico. Además del motivo de consulta en cuanto al paciente, existe el motivo de supervisión y, si bien tiene que ver con la necesidad de obtener comprensión en el tratamiento de un caso, plantea diferencias si se trata de terapeutas novatos o colegas, de búsqueda personal o institucional o, según el tipo de problemas o pacientes.

En toda supervisión, en forma paralela al proceso terapéutico, se distinguen etapas o fases. Grinberg (1975) considera que este proceso presenta tres fases:

- Fase inicial: El supervisor se centra en la escucha del terapeuta, en facilitar la comunicación, en los señalamientos, confrontaciones y otro tipo de intervenciones del terapeuta; en estimar las resistencias iniciales, en reconocer defensas, ansiedades y en establecer un diagnóstico individual o grupal; se adelantan interpretaciones de los aspectos latentes, se infiere el grado de ansiedad del supervisado a través de la empatía con su estado regresivo.
- Fase media: Se trabaja sobre todo en los juicios clínicos del terapeuta, el planteamiento y dosificación de sus intervenciones, en captar el tipo de reacciones transferenciales y contratransferenciales, la dinámica del proceso terapéutico y el manejo de interpretaciones de contenido, resistenciales, transferenciales y simbólicas.
- Fase final: Se dirige particularmente al reconocimiento de *insight* en el paciente, de las líneas y dinámica de las sesiones dentro del proceso terapéutico, a los elementos de elaboración y las posibilidades de terminación del tratamiento.

Para Grater (1994, en Morales y Somarriba, 2001) puede hablarse de cuatro etapas según el punto de focalización dentro del proceso de supervisión psicoterapéutica:

- 1.- En la primera el foco de atención se dirige al desarrollo de habilidades básicas que faciliten al supervisado asumir su función como terapeuta.
- 2.-Se focaliza la expansión del rango de habilidades terapéuticas para hacer uso de las intervenciones más adecuadas al trabajo con el paciente y a los resultados esperados.
- 3.-El foco se dirige a desarrollar en el terapeuta, la habilidad para identificar y focalizar los patrones habituales de comportamiento conflictivo.
- 4.-Se focaliza la ayuda al terapeuta para hacer uso de sus propios recursos de evaluación en las diferentes etapas de intervención.

El propósito de focalización propuesto por Grater tomando en cuenta la fase de supervisión, puede constituir un factor adicional que permite optimizar la intervención terapéutica. La focalización plantea un incremento en el rango de actividades aumentando el grado de complejidad de ambas tareas, la terapéutica y la de supervisión, pero también garantiza mayor efectividad.

Por otra parte, para Domínguez (1999), todo progreso en psicoterapia es el resultado de la interacción del terapeuta con el paciente o cliente, con el problema a analizar y las técnicas terapéuticas empleadas, así como por la interacción personal entre terapeuta y supervisor. Propone como alternativa de formación psicoterapéutica, analizar diferentes etapas o fases de la supervisión en términos de considerar la necesidad de cambiar de foco de atención en las sesiones entre supervisor y supervisado cuando esto se requiera.

El modelo de supervisión que propone Loubat (2005) para la actividad psicoterapéutica del psicólogo clínico, se desarrolla en cuatro etapas de trabajo:

Primera etapa: Exploración del caso (observación, entrevista clínica, pruebas psicológicas) la supervisión se dirige a la obtención y análisis de la información: Motivo de consulta manifiesto y latente; a la mirada integral del paciente desde la primera entrevista; etapas y áreas del desarrollo, historia, situación actual y otros exámenes

disponibles; diferenciar lo que es permanente y situacional; y a considerar la perspectiva interdisciplinaria del caso.

Segunda Etapa: El diagnóstico, permite enfocar el síntoma o trastorno manifiesto, las características de personalidad (aspectos patológicos y no patológicos) y el contexto del desarrollo. El diagnóstico integral orienta el pronóstico y la intervención.

Tercera etapa: Proyecto terapéutico, y concepción de un proyecto único y centrado en la persona. Se consideran las estrategias que tengan fundamento y se eligen técnicas de intervención en función de la experiencia previa de exploración y diagnóstico del paciente.

Cuarta etapa: Proceso terapéutico, se analiza la demanda del paciente, los procesos transferenciales y contratransferenciales, la relación y alianza terapéutica, el tipo de vínculos y la relación del psicoterapeuta con la institución. Se supervisa la pertinencia de las técnicas, el camino recorrido en el proceso, las resistencias al cambio y se evalúa el trabajo terapéutico.

Otra perspectiva sobre el proceso de supervisión es la propuesta por Fernández, H. (2008) al plantear distintas fases de progresión relacionadas con el desarrollo del supervisado:

- 1.-Primera fase: El supervisado es dependiente del supervisor, tiende a imitarlo y tiene poca conciencia de su propia actuación. El supervisor provee instrucción, sostén y estructura.
- 2.-Segunda fase: El supervisado progresa en su autonomía y el supervisor lo favorece, con el consiguiente conflicto entre dependencia *versus* autonomía que surge en el supervisado, en relación al supervisor.
- 3.-Tercera fase: El supervisado adquiere una dependencia condicional, se ha diferenciado y tiene buen *insight* en su tarea. La relación supervisor-supervisado se lleva a cabo entre pares.

Linares y Ortega (2008), por su parte focalizan el trabajo del supervisor en relación con el desarrollo del supervisado y proponen tres fases o momentos:

-Fase de Imitación o dependencia: El estudiante en formación es dependiente del supervisor, trata de imitar su estilo de intervención y no lo cuestiona. Puede verse como una etapa “clónica” en la que el aprendiz participa desde los supuestos del maestro.

-Fase de confusión o cuestionamiento: El terapeuta apoyado y contenido por el supervisor y en su caso por el grupo de formación, iniciará una etapa de búsqueda de su propio estilo y promoción de un crecimiento que le hará diferenciarse como terapeuta. Es una fase correctiva en la que el terapeuta se mueve de una forma más creativa, el supervisor sugiere innovaciones y pone de manifiesto los elementos característicos de su estilo como terapeuta.

-Fase de Individuación y separación: En esta etapa el terapeuta posee y es consciente de su estilo terapéutico, estilo que tanto supervisor como grupo deben respetar aún cuando difiera del suyo. Es capaz de utilizar los supuestos de su pensamiento de forma abierta, óptima y creativa. Supervisor y supervisado tienen menor distancia jerárquica, el estatus es de colegas.

Desde la perspectiva de Puig (2009), la supervisión es siempre un proceso dinámico que se estructura en diferentes fases: fase inicial, fase de presentación de la situación o el caso, fase de análisis y elaboración y, fase final. Enfoca la supervisión a partir de líneas evolutivas por las que transita el profesional, en cuanto al saber, la capacidad reflexiva y el lugar que ocupa en la intervención social. Esto se puede aplicar a la supervisión psicoterapéutica como forma de intervención social:

Línea 1: *Construcción del Saber: del saber inicial al saber contingente*, la supervisión permite construir un saber a partir de la intervención, se trata de un saber contingente porque se construye después de la acción.

Línea 2: *La integración sujeto-profesional*, supervisar implica apoyar las transformaciones personales para constituirse como sujeto psicoterapeuta, esto va más

allá del conocimiento adquirido, es la toma de conciencia para asumir el compromiso desde y con, una profesión.

Línea 3: *Reflexividad y autonomía*, la supervisión hace posible el desarrollo desde el pensamiento y la reflexión compartida en el espacio de supervisión, hasta la reflexividad autónoma como un espacio de reflexión sistemática sobre la intervención psicoterapéutica.

Línea 4: *De la acción a la práctica reflexión*, mediante el diagnóstico dentro de la supervisión. Es el proceso de analizar una situación de actuación profesional. La intervención ya ocurrió pero la reflexión sobre esta práctica es lo que permitirá abrir nuevos caminos, recursos y estrategias.

Línea 5: *Del cuidar al autocuidado para cuidar*, la supervisión debe funcionar como un mecanismo para reconocer la necesidad de autocuidado del psicoterapeuta y, con base en ello atender, ayudar e intervenir con otras personas y avanzar desde la idea de cuidar a otros, a la necesidad de cuidarse para poder cuidar.

Modelos de Supervisión Psicoterapéutica:

No existe un modelo de supervisión mejor que otro, no se trata sólo del modelo sino también de la forma en que el supervisor lo lleva a la práctica, lo que determina su funcionalidad. En su mayoría, los modelos de supervisión se ajustan a las características del modelo teórico-clínico del cual se derivan, aunque también han surgido propuestas que ofrecen enfoques genéricos de supervisión que pueden trascender los límites de los abordajes terapéuticos específicos.

El Modelo de los 6 focos de Rol Social de Hawkins y Shohet (1989) tiene un formato que propone ordenar jerárquicamente varios focos sobre el material clínico:

- 1.-Reflexión sobre el contenido de la sesión
- 2.-Exploración sobre los procedimientos y técnicas de intervención

- 3.-Exploración del proceso general de la terapia
- 4.-Enfoque sobre la contratransferencia del terapeuta
- 5.-Enfoque sobre la relación entre proceso terapéutico y la vida real
- 6.-Enfoque sobre la contratransferencia del supervisor

Loubat (2005), propone un Modelo Integral de supervisión de psicoterapia que se desarrolla siguiendo el orden de actividades clínicas de: exploración del caso, diagnóstico, proyecto terapéutico y desarrollo de la psicoterapia, aunque si el caso lo amerita, se realizan intervenciones desde la fase de exploración o evaluación. Considera que se trata de un modelo:

Integral, porque parte de una concepción biopsicosocial, del desarrollo a través del ciclo vital y en las áreas afectiva, cognoscitiva y conductual, con participación de equipos interdisciplinarios.

Pluralista, porque reconoce la diversidad de aportaciones teóricas y técnicas de intervención, valora lo pertinente y adecuado a la comprensión e intervención del caso.

Émico, porque se trabaja a partir de la cultura e idiosincrasia de los sujetos, entendiendo la realidad a partir de los actores y desde el interior de los fenómenos y, construyendo el diagnóstico y proyecto terapéutico desde el sujeto en su propia fenomenología.

Integrativo, ya que procura la cooperación y el encuentro interactivo desde diferentes miradas de la psicología clínica para la evaluación e intervención psicoterapéutica, principalmente psicoanalíticas, constructivistas y cognitivo-conductuales. La idea surge del Movimiento Integrativo en Psicoterapia (Feixas y Miró, 1993; Fernández y Opazo, 2004), movimiento que ha propiciado el acercamiento entre diferentes escuelas de psicoterapia, aunque es preciso decir que la necesidad de integración ha sido una búsqueda presente y desarrollada a través del tiempo, desde hace más de 70 años.

Dallal y Castillo (citado en Lazarini, 1992), plantea tres modelos de supervisión psicoterapéutica que surgen de un paralelismo entre supervisión y relación terapeuta-paciente:

- Modelo de Abordaje terapéutico: El supervisor parece visualizar al supervisado como si fuera su propio paciente realizando interpretaciones y confrontaciones en relación a afectos que emergen del material y proceso de la supervisión (analista).
- Modelo de Abordaje pedagógico: Se enfocan particularmente aspectos de la teoría y la técnica apoyando que el supervisado logre una integración (maestro).
- Modelo Centrado en el Paciente: Se dirige al análisis del diagnóstico y conocimiento del paciente sobre el eje transferencia-contratransferencia, los cuales permiten mayor comprensión del contenido de las sesiones (supervisor).

González Núñez y Simo (1995), reconocen tres métodos de supervisión en relación con el tipo de alianza entre supervisor y supervisado:

- Supervisor-Instructor: La alianza se refiere principalmente al plano de la “enseñanza” de lo que ocurre con el paciente (alianza pedagógica).
- Supervisor-Terapeuta: En este tipo de alianza la supervisión se dirige a contener y metabolizar las ansiedades del supervisado y a desarrollar el *insight* (alianza terapéutica).
- Instructor-Terapeuta: Es un rol que integra las dos funciones anteriores ya que permite trabajar sobre el supervisor y el supervisado (espacio de aprendizaje mutuo).

Otro modelo de supervisión es el propuesto por Canestri (2008), con la idea de develar las “teorías implícitas” o concepciones personales del supervisado en su ejercicio como terapeuta. Propone un modelo de supervisión que busca investigar con amplitud, lo que él denomina Mapa de las Teorías Implícitas que subyacen a la práctica clínica, este mapa integra la información “teórica implícita” del terapeuta, mediante el análisis de 6 vectores por parte del supervisor:

- 1.-Vector Topográfico (incluye teorías conscientes pero no públicas, teorización preconsciente e influencia inconsciente sobre el uso de las teorías)
- 2.-Vector Conceptual (incluye la visión del mundo o cosmogonía, conceptos y generalizaciones clínicas, sobre el proceso psicoanalítico y las teorías sobre el cambio)
- 3.-Vector de la Acción (incluye la escucha, formulación del caso, enunciado e interpretación, conducta)
- 4.-Vector de las Relaciones de Objeto del Conocimiento (el acceso al conocimiento, influencias transgeneracionales, sociología del conocimiento, teoría del apego)
- 5.-Vector de la Coherencia *versus* la Contradicción (aspecto público donde se espera la coherencia, uso de metáforas o conceptos polimorfos y soluciones creativas)
- 6.-Vector del desarrollo (incluye concepciones sobre desarrollo, salud, enfermedad, psicopatología).

Aspectos éticos y profesionales:

Desde el punto de vista de Tanenbaum y Berman (2005), el supervisor de psicoterapia es, en algún sentido, responsable de la actuación u omisión de sus supervisados, aunque sin duda el grado de responsabilidad puede variar. En este sentido (a manera de precaución y prevención de problemas), dan por hecho que el supervisor debe familiarizarse con los principios éticos de su profesión sobre todo los que sean relevantes en su ejercicio como terapeuta y en lo que corresponde a la supervisión de otros.

Un aspecto que no ha recibido la suficiente atención se relaciona con la responsabilidad del supervisor, en cuanto a documentar o llevar registro de la información para explicar de manera sistemática los propósitos y acciones de esta relación. Esto sucede a pesar de que se acepta cada vez más, que los supervisores tienen ética y legalmente responsabilidad en sus acciones. La complejidad legal y ética

de la supervisión, surge a la vez, de la complejidad del tipo de vínculos que representan la confluencia de necesidades y derechos de paciente, terapeuta y supervisor. Para Bridge y Bascue (2005), cuando el supervisor trabaja en una institución, el jefe es otra entidad que vuelve aún más compleja la situación.

Por otra parte, Tanenbaum y Berman (2005) al investigar sobre las vulnerabilidades y puntos débiles de la supervisión, recomiendan algunas acciones protectoras para el supervisor. Independientemente de que las acciones propuestas están dirigidas a la supervisión en el terreno privado con pacientes externos, las recomendaciones pueden ser aplicadas a varias actividades y escenarios del trabajo clínico. Plantean directrices para proteger al supervisor, a sus supervisados y en última instancia a sus pacientes, a partir de las cuales puede considerarse:

1.- No supervisar más allá de las propias competencias: La acreditación profesional no representa una licencia legal para ejercer la supervisión de psicoterapia. Hall (1988, en Tanenbaum y Berman 2005), sugiere que los supervisores requieren contar con apoyo de otros profesionales para complementar sus conocimientos. Independientemente de la experiencia profesional en actividades docentes y de supervisión, es indispensable la formación específica en el desarrollo de competencias para ejercer como supervisores.

2.-Elegir con cuidado el o los modelos de supervisión: Aunque la supervisión es un modelo para enseñar y aprender habilidades psicoterapéuticas, cada escuela de terapia tiene sus propios paradigmas y supuestos de supervisión. Ningún modelo de supervisión es mejor que otro, esto dependerá de la forma en que se lleve a la práctica. Es recomendable que el supervisor esté familiarizado con varios modelos que le permitan afrontar diferentes situaciones clínicas.

3.-Evitar las relaciones duales: Entre éstas se pueden citar relaciones sexuales, abuso de poder, empleo, relación terapéutica tanto entre supervisor y supervisado como entre supervisor y paciente. Una característica del trabajo como supervisor se refiere a mantener los límites profesionales propios de su rol, evitando caer en conflictos de intereses.

4.-Evaluar la competencia del supervisado: Se recomienda realizar tareas de evaluación para conocer las capacidades y atributos de los supervisados en áreas específicas de competencia. Esto puede realizarse mediante medidas confiables y válidas que eviten la ambigüedad y promuevan el control de calidad de la supervisión. Las demandas por mala práctica generalmente ocurren en respuesta a actividades de supervisados que no están debidamente preparados para tratar algunos casos.

5.-Estar disponible para la supervisión: Asegurar, en la medida de lo posible, el contacto regular cara a cara con el supervisado y tomarse el tiempo para examinar las notas o grabaciones de las sesiones. Si en ocasiones no hubiera disponibilidad para este contacto directo, asegurar que el contacto se realice por algún otro medio de forma expedita.

6.-Formular un contrato sólido de supervisión: Para evitar malentendidos sobre la extensión, naturaleza, expectativas y el tipo de intervención, se establece un convenio o contrato claro y preciso que contenga la siguiente información: acuerdos sobre cantidad o tiempo de supervisión, el modelo de supervisión y las actividades asociadas, el método para evaluar el avance o progreso, la necesidad de documentación escrita, el material del caso e identificación de objetivos terapéuticos, las necesidades formativas del supervisado y recomendaciones del supervisor.

7.-Ser consciente de las consideraciones profesionales de la supervisión: Se trata de una relación que implica una forma de aprendizaje sobre el ejercicio profesional, pero constituye además un tipo de relación profesional. Según el contexto y si es el caso, debe especificarse el aspecto retributivo o el pago por la relación de supervisión.

8.-Clarificar la cobertura de los seguros de responsabilidad profesional: Los supervisores deberían contar con un seguro de responsabilidad profesional y saber hasta dónde llega su cobertura. La responsabilidad puede ser relativa a negligencia en el proceso de supervisión o acciones de los supervisados que no cuenten con las debidas competencias de formación.

9.-Supervisar de manera honesta y con integridad: Es importante mantener confidencialidad sobre la información en cuanto al terapeuta y al paciente y si procede, que el paciente esté informado de la supervisión para, en su caso, contar con su consentimiento. No siempre existe acuerdo en este punto ya que el terapeuta teme que si el paciente sabe de la supervisión, esto pueda interferir con su autoridad como terapeuta, aunque en el caso de la supervisión de terapeutas en formación, esto último resulta indispensable.

Registro y Evaluación:

Independientemente de la importancia que se concede a la supervisión psicoterapéutica, existe carencia de documentos relativos al registro de esta actividad por parte de los supervisores. Documentar constituye la forma de registro organizado y coherente de los acontecimientos y procesos de la supervisión. El registro escrito constituye un informe tangible y concreto de la forma en que el supervisor ha experimentado y llevado a cabo el proceso. Bascue (2005) observa que dicha información debe estar al servicio de las partes que entran en juego: al supervisor le permite documentar sus impresiones, al supervisado le ayuda a conocer el desarrollo de sus evaluaciones periódicas en relación a sus habilidades y actividades de tratamiento, y por otra parte, sirve para protección del paciente ya que contiene impresiones y recomendaciones sobre el tratamiento.

Registrar e informar resulta de interés para instituciones de salud, universidades que forman psicoterapeutas y supervisores y para la supervisión que se desarrolla en forma privada. En nuestro país, la actividad de documentación o registro es poco frecuente o bien, si se lleva a cabo, generalmente queda en el ámbito privado. Es importante que tanto supervisores como supervisados sean cada vez más sensibles a las cuestiones éticas y legales relacionadas con la supervisión, se preocupen por identificar aspectos y acontecimientos que necesitan ser registrados y trabajen en el desarrollo de instrumentos coherentes que garanticen el registro.

Los supervisores deben clarificar los papeles y objetivos de la supervisión y marcar los límites de la misma en la práctica con sus supervisados. Es prudente que proporcionen los registros y documentación adecuada en caso de necesitar justificar sus decisiones o las acciones por las que sus supervisados puedan cuestionar o quejarse mediante vías institucionales o legales. La documentación o registro tienen un valor potencial sobre todo, cuando el supervisor necesita delimitar el alcance y contenido de su supervisión.

Robiner *et al.* (2005), desarrollaron el Inventario de Supervisión de Minnesota (ISM), instrumento diseñado para supervisar estudiantes internos de psicología, integra diversas actividades profesionales del psicólogo clínico. Las áreas de contenido incluyen evaluación, psicoterapia, consulta, conducta ética-profesional y supervisión, como las principales actividades clínicas; se trata de un instrumento potencialmente susceptible de adaptación para la supervisión en diferentes niveles de formación y práctica.

Por otra parte, Bridge y Bascue (1988, en Bridge y Bascue, 2005), desarrollaron un Formulario para el Registro de la Supervisión (FRS) que ejemplifica una perspectiva del contenido y los requerimientos de información importantes de documentar. El FRS es un documento de una página que el supervisor llena al final de la sesión, puede utilizarse en terapia individual, familiar o grupal, pero en su forma actual, sólo resulta apropiado para registrar el trabajo de un solo supervisado.

El FRS parte de un diseño atóxico y por tanto, puede adaptarse y aplicarse desde cualquier orientación teórica. Además de los datos iniciales de identificación para cada caso, consta de tres secciones: La primera incluye información relativa a la identificación del caso y las preocupaciones o dudas que el supervisado ofrece sobre el mismo. La segunda corresponde propiamente a la supervisión y permite que el supervisor documente o registre su opinión sobre el proceso. La última sección se refiere a recomendaciones que realiza el supervisor, tanto sobre el tratamiento como en relación a la formación y preparación del supervisado (anexo 1).

Con base en lo anterior, se puede afirmar que la supervisión es una actividad trascendente que debería documentarse a través de un registro ya sea por escrito o por

algún otro medio, como sucede con cualquier actividad profesional del psicólogo y el psicoterapeuta. El registro requiere incluir información sobre todo documento revisado en relación al caso en tratamiento, para hacer constar que el supervisor ha considerado este material al hacer recomendaciones sobre el tratamiento o las necesidades de formación, debe incluir sus impresiones sobre la calidad del tratamiento que se lleva a cabo y el proceso de supervisión y debe informar al supervisado que las sesiones están siendo documentadas o registradas.

A continuación se incluye una forma de presentación del material para supervisión que surge de la perspectiva psicoanalítica:

La *Guía para la presentación de material clínico a supervisión* (Bleichmar, H.,1997) permite una forma de evaluación del proceso y del supervisado y comprende la supervisión de tres amplios aspectos (para la Guía completa ver anexo 2):

1.- Forma de presentación del material clínico para supervisión: La presentación debe ser realizada en los términos menos teóricos, como lo haría un novelista que quisiera dar a conocer a un personaje de la manera más real posible y desde la perspectiva con que éste ve al mundo. Es importante recoger algunas palabras del paciente en forma textual y, especialmente, poner de manifiesto sus estados emocionales, así como estados emocionales y palabras del terapeuta. El supervisor, buscará formarse una idea, no sólo del paciente, sino del contexto en que el terapeuta ejerce influencia a través de sus palabras, emociones, deseos y silencios.

2.-Primera Entrevista: Si bien los aspectos enfatizados por Bleichmar se refieren a la primera entrevista, en su mayoría pueden considerarse como parte del material de presentación de cualquier entrevista subsecuente:

a).- Aspecto, actitud, forma de presentación, lenguaje, estado emocional del paciente.

b).- Modalidad de relación e interacción con el terapeuta.

c).- Motivo manifiesto de consulta.

d).- Personajes que formaron parte de su relato y los roles atribuidos.

e).- Forma en que fue encadenando los diferentes temas en su discurso, secuencia y desarrollo de la entrevista, intención del relato y vínculo que activa en el terapeuta, identidad y postura desde la que actúa, habla y construye su relato, relación entre lo que habla y hace, entre los temas de su relato y la forma de relación con el terapeuta.

f).- Evolución a lo largo de la entrevista en cuanto a estados afectivos y tipo de contacto con el terapeuta.

g).- Datos de la historia personal del paciente que surgieron en la entrevista, hechos significativos, relaciones con los padres, biografía e historización de su vida.

h).- Omisiones que aparecen como huecos en el relato, se trata de lo que tendría que estar presente con base en lo que va diciendo (sexualidad, muertes, secretos).

i).- Contratransferencia: Sentimientos del terapeuta en relación a la forma en que el paciente presentó las cosas.

j).- Rol que el paciente buscó inducir en el terapeuta y tipo de colaboración.

k).- Respuesta corporal, comunicación no verbal.

l).- Capacidad de *insight*, introspección y penetración psicológica. Establecimiento de hipótesis tentativas sobre deseos inconscientes del paciente.

3.- Evolución del tratamiento:

a).- Evolución del vínculo del paciente con el terapeuta

b).- Conductas e Intervenciones del terapeuta. Dificultades durante el tratamiento.

c).- Evolución de: Sintomatología, relaciones interpersonales, condiciones de vida, evolución de los temas que preocupan conscientemente al paciente. Evolución de las fantasías inconscientes, ansiedades y defensas.

d).- Desarrollo y fuerza del yo, sublimaciones, logros en la realidad. Reconstrucción de la historia de vida del paciente a lo largo del tratamiento.

3.-APORTACIONES A LA SUPERVISIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Sin pretender un abordaje exhaustivo, se expondrán algunos modelos teóricos que dan fundamento al ejercicio de la supervisión psicoterapéutica, entre ellos, la supervisión psicoanalítica, las concepciones surgidas de la psicoterapia breve psicodinámica y la psicoterapia de grupo, así como el enfoque sistémico incluyendo la concepción posmoderna sobre supervisión. La elección de estos modelos se realizó en función de sus aportaciones para comprender y ejercer la actividad de supervisión, son modelos que privilegian el establecimiento de un vínculo para acceder a nuevos aprendizajes y la búsqueda de soluciones creativas, si bien algunos proponen formatos generales de evaluación del proceso de aprendizaje psicoterapéutico, no consideran la idea de manuales específicos para la formación de terapeutas.

Modelo Psicoanalítico:

El referente psicoanalítico aporta a la supervisión la búsqueda de neutralidad, el distanciamiento necesario para definir el tipo de relación en la supervisión y la concepción de los vínculos entre supervisor y supervisado y entre analista y paciente. La supervisión representa la creación de un espacio protegido por un marco que permite reflexionar y analizar la integración teórico-clínica, cuyo interés se ubica en la experiencia psíquica del supervisado en su trabajo como analista. Si bien es un espacio compartido, no se trata de analizar el espacio psíquico del supervisado, ni la realidad exterior.

Como plantea Grinberg (1975), la supervisión psicoanalítica busca incrementar el instrumento analítico del supervisado. Señala que el objetivo de toda supervisión es alcanzar la integración entre teoría y clínica, esto se logra mediante la transmisión del procedimiento utilizado por el analista para adaptar la teoría al material clínico y comprender el proceso psicoanalítico. Su propósito es identificar, clarificar, elaborar u optimizar el manejo de los propios aspectos conscientes e inconscientes que se ponen

en juego en el trabajo con pacientes para ampliar el espectro de análisis y el proceso analítico en sí mismo.

El mismo Grinberg considera que la supervisión no es tarea fácil, suele tropezar con dificultades y debe enfocar diferentes problemas, algunos relacionados con la naturaleza de todo proceso de aprendizaje, otros derivan de la complejidad de su objeto de estudio, otros más se refieren a problemas que surgen de las personalidades involucradas en la supervisión y algunos más, con las diversas posibilidades de enfocar el proceso: tipos de supervisión, objetivos, esquemas referenciales, técnicas y expectativas del supervisor. Como señala Grinberg (1975, p. 9), la supervisión *representa “un tipo esencial de proceso de aprendizaje basado en el estudio conjunto del material que describe la interacción de un paciente y su terapeuta”*.

Desde el punto de vista de Octave Mannoni (1982), la supervisión puede enfocarse como un proceso vivencial que propicia en el analista una apreciación del saber del propio inconsciente y del inconsciente de los otros. Como resultado de esta actividad se logra un *saber del inconsciente*, a diferencia de la enseñanza tradicional que, desde su punto de vista, procura un *saber sobre el inconsciente*.

Maud Mannoni (1992) deja ver la importancia de que el analista se mantenga receptivo a la invención, a lo imprevisto y al humor, asegura que no sólo necesita volver continuamente a la posición de analizado sino que, en la necesidad de entender el deseo de saber de su paciente y su deseo de saber del otro, requiere de la supervisión que le permitirá identificar, clarificar, elaborar u optimizar el manejo de los propios aspectos conscientes e inconscientes que se ponen en juego en el trabajo analítico.

Desde el surgimiento del psicoanálisis como método de tratamiento de las neurosis, Freud confirió gran importancia al análisis del analista y de la transferencia como método de investigación del inconsciente. Desde un principio se estableció que para ejercer como psicoanalista, es preciso llevar a cabo dos operaciones fundamentales: la formación como analista y el “control” de su tarea analítica. Como plantea Abel Langer (2004) esta última corresponde a la supervisión cuyo objeto es ejercer “control” sobre la tarea analítica durante la formación e implica una “escucha

ampliada” ya que se extiende desde dos vertientes: el propio análisis del analista y la formación y análisis del supervisor para empujar la formación y la labor del analista.

Es bien sabido que Freud no planteó explícitamente el ejercicio de la supervisión como una práctica debidamente instituida, pero también se sabe que trató de prevenir desde principios del siglo XX, sobre el hecho de que su ausencia dentro del trabajo analítico podía llevar a la aparición de resistencias y “malas” interpretaciones, así como prácticas relacionadas con el *Psicoanálisis silvestre* (Freud, S. 1910).

Como plantea Ernest Jones (2003, *versión abreviada*), Freud siempre buscó algún tipo de retroalimentación así como cierta forma de supervisión en el contexto de las relaciones con sus primeros discípulos, esta búsqueda se destaca claramente en la particular relación Freud- Wilhelm Fliess, de la cual quedó evidencia concreta en las cartas escritas por Freud (ya que Freud destruyó las que recibió de Fliess).

En *Consejos al Médico en el tratamiento psicoanalítico* (1912), Freud ya mencionaba que el análisis personal del analista ayuda a vencer las represiones que generan puntos ciegos en su percepción del paciente, además, en la comunicación escrita que mantuvo con uno de sus discípulos, el padre del pequeño Hans (Freud, 1909) deja ver que ya desde entonces hacía uso de la actividad de supervisión aunque no fuera considerada ni establecida formalmente.

Para Jones (2003), el inicio e “institucionalización” de la supervisión se sitúa en 1920 con la fundación del Instituto Psicoanalítico de Berlín, en esta fecha quedaron definidas tres actividades fundamentales en la formación de analistas y terapeutas. Tales actividades ya habían sido señaladas en el escrito *Sobre la enseñanza del psicoanálisis en la Universidad* (Freud, 1918) e incluyen: Análisis didáctico, aprendizaje académico de la teoría y la técnica y el trabajo clínico supervisado o análisis “control”.

Barbero (1991, en Fuentes, 2006) describe cinco etapas en la evolución del proceso de supervisión en el psicoanálisis:

1ª En 1893, se inicia su evolución a partir de la relación de Breuer y Freud, mediante la presentación y escucha de casos y como forma de instrucción por parte del maestro.

2ª A partir de 1900, la relación epistolar de intercambio profesional entre Freud y Fliess.

3ª La relación idealizada de Stekel hacia Freud, el alumno espera ayuda del maestro.

4ª Como forma de relación entre dos psicoanalistas, Freud y Jung, donde el alumno pide ayuda al maestro en el manejo de la contratransferencia.

5ª Esta etapa marca la relación institucional, con la fundación del Instituto Psicoanalítico de Berlín, se exige la supervisión como parte de la formación del analista.

La supervisión psicoanalítica tiene lugar en la experiencia que ocurre entre dos personas interesadas en estudiar, a partir del psicoanálisis, la conducta humana desde una perspectiva teórica, clínica y metodológica. De las personas involucradas, una de ellas es el supervisor quien es un analista experimentado calificado para ejercer sus funciones en el marco institucional y la otra, es el supervisando o analista en formación. La experiencia de supervisión representa un campo dinámico que pone en juego una totalidad de hechos interdependientes entre los sujetos directamente involucrados en la situación y sus múltiples relaciones.

Desde la perspectiva de Marcano (2010), existen dos maneras de ver la situación del supervisor: Por un lado están quienes piensan que las funciones del supervisor son múltiples (aquí se encuentra la mayoría de los analistas), por otro lado están aquellos, tal vez los menos, que como los primeros analistas húngaros, plantean que la supervisión es sólo un análisis de la contratransferencia y desde este punto de vista el mismo psicoanalista puede actuar como supervisor de su analizado. De acuerdo con Marcano e identificando las diversas funciones que se reconocen en el supervisor se puede plantear que, si bien sus funciones resultan múltiples y complejas considerando la supervisión institucional, comunitaria y privada, en ningún momento se acepta ni se refieren a la función de supervisar al analizado ni a la de analizar al supervisado. Cada espacio cuenta con objetivos, tiempos y establece vínculos bien definidos (análisis o aprendizaje de la técnica), el hecho de mezclarlos puede conducir a la “perversión” del vínculo inicial y a generar confusión en cuanto a las expectativas.

Desde el enfoque psicoanalítico, la supervisión está ligada a una doble investigación, la investigación posterior o “post-sesión” como parte del proceso de supervisión en sí mismo, y la investigación “intra-sesión” de lo que ocurre durante la sesión analítica que realiza el supervisado con su analizado. Esta doble investigación implica varias funciones: profundizar sobre el proceso analítico, revisar encuadre, proceso y vínculos de la supervisión, conocer el lugar de los conocimientos teóricos examinando el uso y función que les confieren supervisor y supervisado para lograr nuevos aprendizajes sobre la teoría a partir de la práctica real y con ello, acceder a un proceso de enseñanza innovadora y significativa (Valenzuela, 2001).

En relación a la supervisión psicoanalítica, Gálvez (2003) menciona la importancia de integrar cuatro aspectos en relación a la formación de terapeutas:

-El lugar y manejo que se otorga a la transferencia y contratransferencia: Propone establecer la oposición entre “enseñar” y “tratar”, entre ser supervisor del terapeuta y no su analista.

-La función de la imaginación y la sorpresa: Ya que la supervisión puede ejercitar la imaginación creativa a partir de la relación paciente-analista. Para Meltzer (en Gálvez, 2003), lo que ocurre en la supervisión no equivale a aprender, sino a enriquecer la imaginación y la capacidad de sorpresa del supervisado sobre su experiencia clínica.

-Como área transicional: En este sentido, Gálvez retoma el pensamiento de Winnicott y Green, para plantear que la supervisión puede considerarse como área transicional que contiene elementos de subjetividad, objetividad y de procesos terciarios (o “terceridad” para Green). Visualiza la supervisión como área transicional, que promueve posibilidades creativas ligadas al placer y a procesos terciarios del funcionamiento psíquico (integración de procesos primarios y secundarios), como sucede en la práctica analítica.

-Calificación de la supervisión: Corresponde al “control de calidad” o evaluación de la supervisión y a la importancia de mostrar, cuando existen, las limitaciones del supervisado.

Por su parte, Canestri (2008) señala la naturaleza “bipolar” de la supervisión, terapéutica-transformativa por una parte y de enseñanza-aprendizaje por la otra. Citando a Solnit (1979) afirma que la supervisión es “menos que terapia y más que enseñanza” y que es difícil definir su método y objeto ya que, mientras en el psicoanálisis se tiene un encuadre definido, no sucede lo mismo en la supervisión ya que no es fácil especificar un método cuando objeto y propósito carecen de definición y están tan íntimamente entrelazados.

Si bien en el psicoanálisis clásico el objeto de la supervisión se situaba en el paciente para saber el cómo de su tratamiento, en los desarrollos psicoanalíticos contemporáneos, en parte por las dificultades para definir de que “paciente” se trata (construcción del terapeuta o paciente fantasmático), se plantea una perspectiva que se dirige más a la situación, a la relación y al proceso analítico en sí mismo.

Desde esta perspectiva, la supervisión también debe incluir las experiencias emocionales del supervisor en la medida en que el terapeuta le comunica de forma inconsciente lo que no comprende en la comunicación con su paciente. Retomando a varios autores Canestri (2008), propone integrar a la supervisión, los fenómenos de actuación (*acting*) y de “proceso paralelo” entre las relaciones supervisor-terapeuta y terapeuta-paciente (Arlow, 1963); la transferencia del supervisor sobre el candidato (Stimmel, 1995); y ,algunos conceptos derivados de la postura Kleiniana tales como: identificación proyectiva (M. Klein), contraidentificación proyectiva (L.Grinberg), y contraproyección (E. Liendo).

Para Grinberg (en Canestri, 2008), la contraidentificación proyectiva consiste en el uso del mecanismo de identificación proyectiva por parte del paciente, en la mente del analista, esto lo lleva a asumir actitudes, a actuar un determinado rol, a experimentar emociones o a funcionar de la manera que el paciente inconscientemente necesita. En estos casos, la contratransferencia del terapeuta puede perder la calidad de instrumento de la realidad psíquica del paciente. En caso de que el terapeuta no relate la experiencia de su analizado sino que la experimenta y actúa ante el supervisor, éste debe hacérselo ver para que pueda “desidentificarse” de dichas proyecciones y recuperar su rol. Es importante diferenciar la contraidentificación proyectiva, que puede trabajarse en

supervisión, de problemas contratransferenciales producto de sus propias reacciones transferenciales inmaduras, que no ha podido llevar a su propio análisis y que sin duda debe hacerlo. Durante la supervisión como señala Grinberg (1975), pueden observarse en el supervisado reacciones que pueden considerarse normales frente a la ansiedad persecutoria y que dependen de la estructura psíquica de cada analista o terapeuta.

Con la concepción ampliada sobre contratransferencia, la postura freudiana clásica que la consideraba ante todo como posibilidad de conocerse a uno mismo para ayudar a otros, resulta ya bastante limitada. Desde la posición clásica se asumiría que el lugar para su solución es el análisis personal del terapeuta y el papel del supervisor debería limitarse a referirlo a este espacio. Con la ampliación conceptual, la solución anterior resulta parcial ya que, tener que enviar al terapeuta a su análisis personal en cada expresión contratransferencial, dificultaría el proceso de supervisión y sólo reforzaría la idea de la omnipotencia del análisis.

La postura clásica resulta en algún sentido disociativa, porque conduce a la separación de las tareas de interpretación y supervisión, en cuanto a los aspectos transferencia-contratransferencia tanto de paciente, terapeuta, supervisor y analista. Equivale a separar, cuando el proceso en que ocurren tiene que ver con un “cruce” de vínculos. Después de todo, siempre queda la pregunta de si las reacciones emocionales intensas vividas por el terapeuta, ¿están en relación con la transferencia masiva del paciente o con sus propios conflictos o puntos ciegos?

A raíz de estas consideraciones, es clara la necesidad de ampliar y no limitar el campo de la supervisión, es necesario reconocer que las relaciones y funciones del supervisor son múltiples, independientemente de los aspectos que supervisor y supervisado elijan para abordar en sus objetivos. Dichos objetivos pueden referirse al paciente, a la relación terapéutica, a la relación paciente-terapeuta-supervisor, a la supervisión como vínculo paralelo a la relación terapéutica, a la relación paciente-terapeuta-terapeuta de formación-supervisor-institución.

Transferencia y contratransferencia:

La transferencia es un concepto central dentro del psicoanálisis, se refiere al mecanismo psíquico por el cual una persona deposita o “transfiere” inconscientemente y reactiva en sus actuales vínculos, antiguos sentimientos, afectos, expectativas o deseos infantiles reprimidos. Se trata de afectos que pudieron haber estado dirigidos primariamente hacia personas significativas de la infancia, pero que mantienen su presencia y realidad psíquica en la vida adulta y son transferidos a escenarios actuales. La transferencia es un fenómeno natural y habitual entre los seres humanos, y por tanto, también suele presentarse en la relación establecida en el contexto terapéutico, independientemente de la orientación que se siga.

En el diccionario de psicoanálisis se define como “...*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*” (Laplanche y Pontalis, 1996, p: 459).

La contratransferencia se refiere al conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente frente a su transferencia. Freud en su obra *Las Perspectivas futuras de la terapia Psicoanalítica* (1910) utilizó por primera vez el término para mencionar que la contratransferencia se instala en el analista por la influencia que el paciente ejerce sobre sus sentimientos y su sentir inconsciente.

El paciente intenta con su transferencia, que el analista ocupe un lugar sintónico para repetir un tipo particular de sus relaciones de objeto. La contratransferencia puede visualizarse como “distorsión” derivada de las relaciones de objeto del analista y de esta manera tener un sentido negativo, de “obstáculo” ante el tratamiento, aunque también puede tener connotación positiva como cualidad de “fortaleza” del analista al servicio del tratamiento (González Núñez, 1989). Para este autor puede tomar diversas formas:

En lo cognoscitivo: Olvidos, dificultad para integrar contenidos del paciente, insistir reiteradamente en aspectos de su discurso, pérdida de atención en las sesiones, etc.

En el terreno afectivo: Sentimientos eróticos o agresivos persistentes, depresión durante o después de las sesiones, cultivo de una dependencia excesiva.

En lo conductual: Tratar de impresionar al paciente, olvidar la hora de la sesión, exhibir un grado de agresión en las interpretaciones, hacer tratos fuera del espacio terapéutico.

Malan (1999) destaca tres posiciones sobre el uso de la transferencia en el proceso psicoterapéutico, mismas que pueden aplicarse al binomio transferencia-contratransferencia y de igual forma a su manejo durante el proceso de supervisión:

-Posición “conservadora”: Propia de la terapia centrada en el cliente de Rogers, que propone una no interpretación transferencial y la evitación contratransferencial argumentando que propicia demora en el tratamiento y que, en lo posible, se deben evitar estas reacciones.

-“Experiencia emocional correctiva”: A través de la interpretación de la relación transferencia en el aquí-ahora, se llegan a abandonar antiguas pautas neuróticas del allá-entonces.

-Posición “intermedia”: Postula que la transferencia sólo debe ser interpretada cuando perturbe el proceso terapéutico ya sea de tipo negativo o resistencial.

Independientemente del tipo de técnica y de la posición que se asuma con respecto al manejo de la transferencia, la intensidad de las reacciones transferenciales y contratransferenciales son indicadores importantes durante el proceso psicoterapéutico. Tales reacciones tendrían que aparecer atenuadas para facilitar su manejo y para ser aprovechadas en beneficio del paciente y como recurso del terapeuta dentro de los procedimientos técnicos. Una función ineludible del psicoterapeuta es hacer consciente su contratransferencia, descubriéndola en sus propias asociaciones al material del paciente, en sus reacciones afectivas, sus respuestas al material clínico, sus actitudes, gestos, posturas, entre otras. González Núñez (1989), resume la función de la

contratransferencia en el proceso psicoterapéutico con orientación psicoanalítica retomando las metas terapéuticas de este tipo de enfoque:

-Ejercer influencia sobre el Yo, a través de fortalecerlo, debilitar defensas, provocar la regresión y actuar sobre juicio y prueba de realidad, anticipación y planeación.

-Ejercer influencia sobre el Superyó, al buscar un nuevo equilibrio de funciones: ser más estricto o benevolente, fortalecer el auto-aprecio, producir o disminuir culpa.

-Tratar de provocar influencia sobre el Ello, haciendo que el Yo logre un mayor control de impulsos en beneficio del paciente.

En el proceso de supervisión también tiene lugar la transferencia mediante la cual, el supervisado proyecta inconscientemente sobre el supervisor, sentimientos, vivencias y emociones infantiles, como deseos y prejuicios que tuvo hacia personas significativas de su infancia, sin tener claro por qué lo hace. El supervisor valora que la transferencia no esté dirigida a convertirse en apoyo de identificación (Puig, 2009), sino a ser continente de un supuesto saber, permitiendo descubrir lo desconocido para el supervisado (lo que no sabe que sabe).

En la supervisión, algunas características del supervisado pueden generar una serie de emociones en el supervisor. Esta influencia que se despliega sobre el supervisor, puede afectar su sentir y llegar a manifestar sus propios conflictos o su identificación con alguna conflictiva del supervisado. Esta identificación debe analizarse por el supervisor, ya sea en un espacio analítico fuera de la supervisión, o bien, aprovechada en beneficio de la labor analítica del supervisado.

Psicoterapia Breve de Orientación Dinámica:

La terapia breve es una forma de intervención con amplia difusión en la psicoterapia en los últimos años. Su mayor auge ha sido a partir de la década de los años ochenta, de hecho en la actualidad, la mayoría de los tratamientos psicoterapéuticos son breves, ya sea como resultado de propuestas institucionales

(10-20 sesiones) o por el abandono prematuro del tratamiento (menos de 6 sesiones). La psicoterapia breve ha sido reconocida como forma específica de tratamiento y ha buscado su definición a partir de diferentes enfoques teóricos.

Los principales objetivos de la terapia breve no difieren de otros objetivos terapéuticos, entre éstos se pueden citar: 1) Reducir molestias sintomáticas, aliviar el estrés y la ansiedad, 2) Restablecer lo antes posible el equilibrio psíquico perdido, 3) Favorecer la utilización de recursos disponibles en el paciente y, 4) Aumentar la comprensión del paciente sobre sus trastornos o dificultades actuales así como la capacidad para desenvolverse en el futuro.

En las últimas décadas ha cobrado mayor importancia el hecho de determinar la eficacia de la terapia breve, conocer sus posibilidades de aplicación, analizar sus limitaciones y el ámbito de sus indicaciones clínicas tanto a nivel individual como de grupo y, poder desarrollar modelos claros y definidos que la conceptualicen como forma específica de intervención, y no como versión abreviada de terapia a largo plazo (Klein, R. 1996).

En general parece haber acuerdo en que no hay técnicas específicas de la psicoterapia breve, que el ejercicio de toda buena psicoterapia requiere de ciertas competencias y que, para lograr la improvisación y flexibilidad que ante todo esta intervención requiere, el terapeuta debe contar con habilidades para su manejo.

Binder (2004) establece que hay características comunes a toda buena psicoterapia pero acepta que la terapia breve requiere principalmente capacidad para entender el funcionamiento de la personalidad y el proceso terapéutico, para formular el problema y desarrollar el trabajo dirigido por un foco y, capacidad para aplicar estrategias y tácticas flexibles y creativas para manejar la relación tomando en cuenta los siguientes aspectos:

-Definición del problema y establecimiento de metas concretas: Es necesario articular y definir, conjuntamente con el paciente, el problema, el foco y los objetivos del tratamiento. El foco consiste en el núcleo o complejo central del o los problemas

más sobresalientes junto al establecimiento de las metas concretas a lograr, esto como característica de una buena terapia, independientemente de su duración.

-Establecimiento de límites y manejo del tiempo: La relación terapeuta-paciente se focaliza en los temas relevantes, el terapeuta debe estar alerta para facilitar una colaboración productiva con el paciente estableciendo un encuadre temporal aproximado.

-Manejo de criterios específicos de selección: El criterio más relevante es la capacidad del paciente para establecer una relación interpersonal. Otros criterios consideran la presencia de problemas concretos a resolver, un buen ajuste previo, contar con habilidades de comunicación y sin duda, motivación para el tratamiento.

-Actitud del terapeuta: Un buen terapeuta favorece el diálogo activo con su paciente a través de: 1) facilitar la comunicación, 2) dirigir la exploración conjunta de los temas, 3) alternar escucha e intervenciones, 4) seleccionar y explicar los datos clínicos, 5) planear qué hacer y evaluar las consecuencias de un trabajo terapéutico más extenso, 6) promover la alianza terapéutica ya que en psicoterapia breve se cuenta con poco tiempo para establecerla.

-Estimación rápida de la problemática: Esto permite conocer mejor al paciente, entenderlo y focalizar, desde un principio, el tipo y contenido de las intervenciones.

-Terminación: En este aspecto se considera que el apego no es tan estrecho como en las terapias a largo plazo y que la terminación puede resultar menos estresante (Binder, 2004, en Álvarez, 2005).

Sobre el proceso de terminación, existen puntos de vista diferentes, para Vélez y Restrepo (2008) la terminación constituye uno de los aspectos más delicados en terapias de tiempo limitado debido a los sentimientos que se pueden generar tanto en los pacientes como también en el terapeuta.

La terminación puede movilizar en algunos terapeutas, sobre todo durante la formación, afectos de ansiedad, preocupación, culpa, enfado, fracaso o la sensación

de que hizo falta mayor esfuerzo. Resulta fundamental que el terapeuta cuente con un espacio terapéutico personal para comprender y elaborar estas reacciones, pero además, con el espacio de supervisión para evitar que interfieran con el cierre del proceso en cuestión.

A pesar del desarrollo de modelos que asocian supuestos teóricos y estrategias de tratamiento, hay una serie de características que son compartidas por la mayoría de las terapias breves, tanto individuales como grupales. Desde la postura de Klein R. (1996), generalmente comparten lo siguiente: a) Manejo terapéutico de las limitaciones de tiempo, b) Delimitación de objetivos, c) Focalizar en el presente el proceso y contenido de la terapia, d) Participación más activa, directiva y flexible por parte del terapeuta, e) Evaluación e intervención expeditas, f) promover la catarsis como elemento importante del proceso, g) Promover un pronto establecimiento de la alianza terapéutica y de la relación interpersonal y, h) Selección adecuada de los pacientes.

Para proponer un tratamiento de corte psicodinámico breve individual o de grupo, Mackenzie (1991, en Klein, R. 1996) señala ciertos parámetros o criterios relacionados con características del paciente o del problema, que se asocian a mayor posibilidad de obtener beneficios de un tratamiento de este tipo:

- 1.- Un motivo de consulta circunscrito o claramente detectado (puede presentarlo el paciente pero también puede delimitarse durante la primera o primeras sesiones),
- 2.- Sintomatología de comienzo repentino (de corte agudo y no crónico),
- 3.- Antecedentes premórbidos de buena adaptación general,
- 4.- Haber experimentado alguna relación interpersonal significativa,
- 5.- Capacidad de relación con el terapeuta y manifestación de reacciones emocionales durante la entrevista diagnóstica,
- 6.- Estar motivado y dispuesto al trabajo terapéutico,

- 7.- Capacidad intelectual y de introspección (*insight*),
- 8.- Expectativas realistas sobre el tratamiento y las posibilidades de cambio,
- 9.- Capacidad para trabajar con hipótesis interpretativas relacionando su conducta con motivaciones internas o con relaciones interpersonales no adaptativas y,
- 10.- Contar con fortaleza del yo (funcionamiento yoico) a partir de buscar soluciones adaptativas en ausencia de graves descompensaciones psicológicas previas.

Delgado (2007) menciona algunos supuestos que considera como aspectos necesarios en una psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, en su propuesta toma en cuenta la importancia de funcionar con “márgenes de operatividad” frente a las limitaciones psicopatológicas, aprovechando aquellos elementos residuales desde los que se dirigirá la intervención y tendrá lugar el tratamiento. Entre éstos, menciona la importancia de evaluar en el paciente:

1. Los aspectos sanos de la personalidad (áreas libres de conflicto).
2. Posibilidad de encuentro con el otro, asumida desde la diferenciación yo-no yo.
3. Motivación para establecer la alianza terapéutica.
4. Habilidad para relajarse y ampliar niveles perceptivos e imaginativos.
5. Capacidad de aprendizaje, como forma de acceder al cambio terapéutico.
6. Fuerza yoica: conciencia de enfermedad y deseo de cura, autoobservación y autocrítica, capacidad de pensar y verbalizar, buen nivel de relación y libido objetal.
7. Aceptación del terapeuta en el ámbito de la intimidad y la motivación para incluirlo como testigo en la confrontación, el esclarecimiento y la interpretación.
8. Conciencia de la perturbación, aceptando el deseo de “curación” y de una nueva forma de vivir.
9. Tolerancia a la tensión y a la frustración y perseverancia ante las dificultades.

10. Capacidad sublimatoria en cuanto a una visión optimista o positiva de la vida.

En todo tipo de terapia, pero sobre todo en las de tiempo limitado, es importante definir un contrato que sirva como referente para la tarea y permita detectar y manejar las resistencias iniciales. Para Klein, R. (1996) el contrato debe incluir (de forma explícita): resumen de los principales problemas; explicitación y delimitación de problemas y objetivos realistas; especificación general del encuadre (fechas, tiempo de la sesión, lugar, costos); clarificación de expectativas del papel de paciente para asumir responsabilidad por su propio trabajo y desmitificación de la terapia; exposición general de la naturaleza del proceso y el enfoque terapéutico; reglas básicas como de confidencialidad, participación activa, asistencia, entre otras.

En toda terapia breve la limitación del tiempo puede servir como incentivo para que paciente y terapeuta trabajen en forma cuidadosa y dedicada, aunque sobre esto no hay evidencia empírica. Binder (1993), ha planteado la importancia de poder anticipar la duración del tratamiento una vez que se ha circunscrito el problema, establecido el foco terapéutico y las metas que se pueden lograr en un tiempo limitado. Propone que periódicamente el terapeuta recuerde el límite de tiempo para conocer las reacciones ante la terminación del tratamiento. En esta etapa, se pueden emplear estrategias como la de espaciar la frecuencia de las sesiones, fijar sesiones de seguimiento con el fin de poder apoyar a pacientes que necesitan tiempo para abandonar la seguridad y bienestar de la relación terapéutica, observar habilidades para utilizar, fuera de la terapia, las herramientas adquiridas o bien, darse tiempo para ver como sobrelleva problemas o sucesos desagradables.

Quienes más han abordado el tema del cierre o terminación, son aquellos autores que conceptualizan algún tipo de intervención breve o de tiempo limitado (Álvarez, 2003; Bellak y Siegel, 1986; en Vélez y Restrepo, 2008), ya que por la limitación temporal, la fase final se convierte en un tema que puede resultar crítico.

Para Farré, Hernández y Martínez (1992, en Vélez y Restrepo, 2008), todo tratamiento de tiempo limitado se estructura a partir de dos focos: el foco clínico y otro foco compartido con todo tratamiento, el duelo por la terminación. Ante esto, la

mayor parte de los terapeutas considera conveniente y según el caso, “dejar la puerta abierta” para un contacto futuro o bien, mantener un contacto ocasional a manera de seguimiento con los pacientes, una vez terminada la psicoterapia.

Después de haber trabajado en promover la confianza del paciente, los terapeutas pueden experimentar sentimientos de culpabilidad ante la terminación del tratamiento. En el terapeuta pueden aparecer deseos de acelerar el proceso o de atender cuestiones no tratadas previamente o, por el contrario, evitar o abandonar temas que puedan resultar dolorosos para el paciente, también es posible que surjan sentimientos de alivio frente a pacientes “difíciles” (Vélez y Restrepo, 2008).

Supervisión en psicoterapia breve:

Por todo lo que requiere tanto el establecimiento, como la conducción y la terminación del tratamiento psicodinámico de tiempo limitado, el espacio de supervisión resulta de gran importancia durante todo el proceso, sobre todo cuando se trata de terapeutas en formación, ya que permite el análisis de las reacciones contratransferenciales y evita que interfieran en el inicio del proceso terapéutico, en su desarrollo y en su adecuada finalización.

Según Binder (2004, en Álvarez, 2005) se sabe poco sobre el proceso y los resultados del entrenamiento en psicoterapia breve, en comparación con lo que se sabe sobre procesos y resultados terapéuticos de la misma. El programa más utilizado en la formación, incluye trabajo terapéutico acompañado de supervisión, el uso de videos de casos reales o simulados, así como la terapia personal para apoyar la sensibilidad emocional del terapeuta y sus habilidades interpersonales. En cuanto a la investigación, Binder cuestiona la investigación sobre el entrenamiento basado en manuales, desde su punto de vista presenta diversos problemas metodológicos:

-De *formato*, al considerar que los manuales no definen con precisión el entrenamiento.

-*Los efectos del terapeuta*, porque existe gran variabilidad en la enseñanza y la práctica de los terapeutas, incluso utilizando el mismo manual.

-*Los efectos del supervisor*, planteando que su personalidad influye en el entrenamiento, existe correlación inversa entre la cantidad de supervisión y la adherencia a las técnicas.

-*Mediciones inadecuadas*, porque los manuales no definen claramente la adherencia técnica ni la competencia profesional.

-*Características del diseño*, los manuales muestran estrategias generales que muchas veces no sirven para la problemática particular de los pacientes.

En estudios previos (Henry, Schacht, Strupp, Butler y Binder, 1993), en un programa de un año de entrenamiento con manual llevado a cabo con 16 terapeutas, se había hecho evidente que la dificultad del paciente puede mediar ciertos aspectos de la respuesta del terapeuta al entrenamiento. Si bien se lograron intervenciones acordes a las prescripciones de un manual de psicoterapia dinámica de tiempo limitado, algunos terapeutas aumentaron las interacciones interpersonales negativas, en contra de lo esperado.

En otro estudio (Henry, Strupp, Butler, Schacht y Binder, 1993) sobre el mismo programa de entrenamiento, se lograron cambios satisfactorios en las intervenciones del terapeuta de acuerdo al protocolo del manual. Después del entrenamiento aumentó la expresión de afectos intra-sesión, la exploración de la relación terapéutica y se dio mayor uso de preguntas abiertas. Se reportaron indicadores de deterioro inesperado en aspectos interpersonales e interaccionales. Los resultados cuestionan la idea de que se logra mayor control de variables terapéuticas con el uso de manuales y escalas de adherencia técnica. El plantear conductas específicas al terapeuta para lograr adherencia a la técnica, puede alterar otras variables en forma inesperada y aún contraproducente.

Aunque los conocimientos teóricos son importantes, para Binder (2004, en Álvarez, 2005) la supervisión psicoterapéutica es la forma más importante de preparación para el trabajo profesional independiente. Ésta tiene como principales objetivos la conceptualización del material clínico, la selección y aplicación de

intervenciones terapéuticas, el desarrollo de valores y creencias profesionales y, siempre tener en cuenta valores éticos. Con la supervisión se logra que:

- 1) El terapeuta se centre en los temas interpersonales que afectan al paciente.
- 2) Se comprometa con el paciente en comunicaciones recíprocas y evite la pasividad. La comunicación se caracteriza por preguntas y sugerencias, más que por interpretaciones.
- 3) Aproveche la metacomunicación de reacciones afectivas, anécdotas personales y profesionales, cuando puedan servir al paciente sobre la forma de conducir su vida.
- 4) Analice métodos de interacción con los pacientes y sea capaz de saber qué estrategia es la más adecuada para la díada terapéutica.

Binder (1993) recomienda para mejorar el entrenamiento del supervisado:

- 1.- Mayor esfuerzo y recursos a estudios sobre la naturaleza de las habilidades terapéuticas.
- 2.- Desarrollar explicaciones precisas sobre tácticas y estrategias psicoterapéuticas. La mejora de habilidades terapéuticas, debe acompañarse de mejores métodos de enseñanza.
- 3.- Que el entrenamiento supervisado en psicoterapia sea prioritario en programas clínicos, así como la selección de terapeutas interesados en formarse para funcionar como supervisores.
- 4.- Apoyar la investigación relacionada con el proceso de supervisión (Binder, 1993).

El nuevo terapeuta aprende del supervisor mediante procesos de internalización e identificación con sus formas de pensar sobre el material clínico y su manera de conducir la terapia. El rol de supervisor, consiste en desarrollar un modelo de pensar clínico en el terapeuta y ser un co-participante que ayuda a crear significados para entender el material y facilitar un estilo técnico personal del nuevo

terapeuta. Paralelamente a lo que ocurre en la psicoterapia, el supervisor establece una “alianza supervisora” para compartir con el supervisado lo necesario para el desarrollo de sus habilidades técnicas.

Aportaciones de la psicoterapia y trabajo con grupos:

Grupos de supervisión:

El grupo de supervisión dentro de la formación clínica, es el que tiene lugar a través del encuentro de un grupo de estudiantes con un supervisor, para analizar su lugar como equipo dentro de la práctica clínica profesional. Permite la reflexión sobre los recursos y dificultades para la intervención clínica, mediante la participación y análisis que en el grupo se realiza. La reflexión se realiza después de observar o participar en actividades clínicas, cuando se presentan los propios casos o se participa en la presentación de los casos que otros conducen.

En los grupos de supervisión se multiplica el encuentro de cada estudiante con la tarea clínica, al compartir la experiencia de la práctica realizada y aportando elementos para un aprendizaje significativo. La supervisión grupal, representa un espacio vivencial para la integración teórico-clínica, permite reconocer y asimilar diferentes emociones que se resignifican en el campo profesional y funciona como continente para elaborar las ansiedades que suelen acompañar a los nuevos aprendizajes.

Los objetivos del grupo de supervisión clínica comprenden (Valenzuela, 2008):

- Incrementar las cualidades terapéuticas en el estudiante en un proceso experiencial que involucra a supervisado, supervisor y grupo de supervisión, donde todos se transforman en observadores y participantes de una experiencia que los enriquece.
- Comprender y reflexionar sobre la dinámica de los grupos clínicos incluyendo la revisión de los propios patrones de interacción y los procesos intersubjetivos del grupo de aprendizaje.

- Manejar diversas ansiedades personales y grupales que emergen al afrontar una tarea en común.
- Desarrollar identidad personal y profesional en cuanto al rol de psicoterapeuta individual y grupal.
- Desarrollar la vivencia emocional de aprendizaje grupal, como contraparte a la vivencia “emocional correctiva” de la situación terapéutica.

El grupo de supervisión se puede abrir a la revisión de los esquemas conceptuales referenciales operativos (ECRO) de los integrantes, abordando una tarea compartida (Pichon-Rivière, 1978). De esta forma, la heterogeneidad de esquemas referenciales de los supervisados (ideología, idiosincrasia, prejuicios) ante el trabajo que se realiza con los pacientes, permite afrontar desde una perspectiva de diversidad y complejidad, los aspectos inherentes al abordaje en común, de los fenómenos clínicos (homogeneidad). La tarea clínica es lo homogéneo, su abordaje desde el grupo conlleva la heterogeneidad.

Específicamente, la supervisión grupal constituye un contexto relacional donde se expone el desempeño de un estudiante para ser contrastado con su papel como terapeuta. Durante este proceso, se establecen vínculos muy estrechos a partir de la experiencia clínica de varios supervisados, integrando al aprendizaje experiencial, los fenómenos y la dinámica que como grupo experimentan (Yalom, 1986). Esto conduce a multiplicar las oportunidades para el análisis de casos y amplía el panorama para la toma de decisiones y solución de problemas.

A partir de las relaciones que se establecen en toda supervisión, se genera un proceso vivencial que, cuando se lleva a cabo en grupo, establece un vínculo entre el aprendizaje y la experiencia directa de varios supervisados, facilitando la comprensión y la vivencia de los efectos producidos por la interacción (Vinogradov y Yalom 1996). La vivencia profunda e intensa de esta experiencia, constituye un importante recurso para el entrenamiento psicoterapéutico, permite que el terapeuta en formación, experimente,

observe y aprenda, sobre su propia relación terapéutica, a partir de los fenómenos que se movilizan en el grupo.

La situación grupal, permite analizar la “resonancia” generada por el análisis del material clínico, así como la gama de sentimientos reales y contra-transferenciales que emergen con la vivencia de afectos compartidos cuando se comparte la relación psicoterapéutica (Foulkes, 1981). Además, el contexto grupal promueve el intercambio de ideas que lleva a plantear o replantear las hipótesis clínicas que guían las intervenciones. Representa un espacio donde para compartir y clarificar aspectos contra-transferenciales que pueden ser aprovechados como recurso diagnóstico y terapéutico o, de lo contrario, si dichos aspectos generan limitaciones, se indica la necesidad de revisarlos en el espacio analítico propio del terapeuta.

La supervisión de la psicoterapia - grupal o no- puede realizarse colectivamente. Esto representa muchas ventajas como las que ofrece la psicoterapia de grupo, independientemente del enfoque terapéutico. Anne Alonso refiere como los beneficios más importantes de la supervisión grupal a los siguientes:

- Alivio de la vergüenza, ya que el grupo permite exponer la intervención psicoterapéutica en un clima seguro y respetuoso.
- Apoyo, al afrontar y experimentar desde los errores y aciertos propios o de los otros.
- Oportunidad de ampliar el horizonte clínico observando las experiencias de los demás.
- Estimula el desarrollo de habilidades, permite asumir riesgos necesarios y conduce a realizar nuevos aprendizajes.
- Mayor empatía, el grupo promueve conciencia de la experiencia interna y empática.
- Los colegas y el supervisor, más libres de identificaciones proyectivas, pueden ayudar al terapeuta a separar sus propios límites, de aquellos del paciente (Alonso, 1995).

Durante el proceso de supervisión se pueden valorar de manera constante las reacciones del grupo de aprendizaje respecto de ansiedades básicas generadas en el

proceso terapéutico, como son las ansiedades de tipo esquizoparanoide y depresivo, necesidades de reparación, sentimientos de omnipotencia, de culpa y afectos que se despiertan ante el dolor y el sufrimiento humano, lo que puede llegar a provocar diversos tipos de defensas en el grupo de supervisión (Yussif, 1996). El reconocimiento y análisis de dichas ansiedades puede movilizar afectos intensos a nivel contratransferencial que pueden resultar de difícil manejo, es sólo la posibilidad de su elaboración lo que estará directamente relacionado con el éxito o el fracaso terapéutico.

Moss (1995) examinó las ventajas de una forma de supervisión grupal, cuyo foco se dirige particularmente a la experiencia contratransferencial, donde el grupo es utilizado en toda su complejidad de interacción en función de su resonancia múltiple a los aspectos del caso presentado. Considera bastante útil poder centrarse en la experiencia contratransferencial del supervisado aprovechando lo que el grupo refleja y amplifica para ayudar a procesar la experiencia. Esto ayuda a la comprensión del caso y mejora la calidad de las intervenciones.

Por otra parte, la supervisión colectiva ofrece un entorno adecuado para investigar “teorías implícitas” y personales del analista. Ésta es una idea de Sandler (1983, en Canestri, 2005) sobre la importancia de hacer explícitas las concepciones que los terapeutas utilizan en su práctica. A diferencia de las “teorías oficiales”, explícitas y formales, las “teorías implícitas” son producto del pensamiento inconsciente, se trata de modelos o esquemas que se encuentran en reserva pero disponibles para cuando sea necesario, pueden ser contradictorios pero coexistir, ya que se trata de contenidos inconscientes. Incluyen material inconsciente y preconscious, aspectos de psicología del sentido común, conceptos de pertenencia a un grupo o escuela, creencias científicas y precientíficas, elaboración personal sobre conceptos de autoridad, disciplina, valores, cosmovisión e idiosincrasia, entre otras.

Desde el punto de vista de Candarle, Álvarez y Vieyra, (2002), la supervisión es un pilar de la labor profesional que cuando se realiza en un equipo cohesionado, facilita un enfoque amplio y flexible y provee de recursos para atender la complejidad de la consulta clínica de manera eficaz. Desde su perspectiva, el trabajo grupal aporta algunas ventajas: Amplía la visión del paciente al contar con múltiples miradas, se

escucha y propone más de una alternativa de acción, los terapeutas se enriquecen al aprender de los casos propios y los ajenos y, en grupo se puede equilibrar el sesgo del supervisor a partir de la riqueza de voces y miradas.

Es importante retomar la opinión de Sara Baringoltz (2000, en Candarle *et al.* 2002) cuando afirma que la modalidad grupal permite que aparezcan nuevas alternativas a través de la visión de los distintos integrantes que aportan además, sus propias construcciones. El papel del coordinador o supervisor es el de mantener la supervisión en un punto de equilibrio entre el ejercicio terapéutico y la supervisión para, posteriormente, profundizar sobre aspectos y creencias del terapeuta que influyen directamente en la intervención clínica.

De igual manera para Baringoltz (1992, en Chazenbalk, 2004), el grupo de supervisión terapéutica abre un camino enriquecedor del significado personal del terapeuta, un espacio reflexivo-vivencial diferente a la supervisión individual y al propio análisis que permite al terapeuta tomar conciencia de sus creencias disfuncionales y su relación con emociones no reconocidas, lo que lleva a lograr crecimiento en lo profesional y en lo personal.

El entrenamiento mediante los dispositivos de grupo favorece el despliegue de perspectivas frente a las situaciones clínicas, logra una visión ampliada y enriquecida tanto del paradigma del paciente como el del terapeuta y actúa como espacio de contención y apoyo favoreciendo la relación terapeuta-paciente.

Chazenbalk (2004) diferencia entre grupos de supervisión donde se analiza la problemática del paciente y se buscan estrategias para encontrar soluciones y, grupos de supervisión terapéutica, donde se incluye el sistema de creencias del terapeuta y su interacción con el paciente, para detectar esquemas y creencias disfuncionales que pueden interferir con el proceso de terapia.

El éxito de un grupo de supervisión depende para Max Day (1996) en gran medida, de la relación de los terapeutas en formación y su grado de compatibilidad, confianza y franqueza en cuanto a las necesidades de aprendizaje que comparten.

Considera que los terapeutas con diferentes grados de experiencia, facilitan el aprendizaje mutuo, así como la franqueza del supervisor para hablar de sus logros pero también de sus esfuerzos y errores.

El grupo de terapeutas en formación tiene características propias de todo grupo: implicación mutua, normas, roles, objetivos y metas compartidas, comunicación y, cohesión suficiente para permanecer dentro del mismo. Se trata de un grupo de pares con estructura de relación horizontal y no vertical. Puede haber heterogeneidad en cuanto a la formación y experiencia laboral de los miembros, lo cual no sólo no dificulta sino que enriquece la vida grupal al permitir una elaboración rica, compleja e interdisciplinaria de la intervención. Dentro de la estructura grupal, cada miembro es colocado por los demás en una determinada posición, desempeñando un rol específico y un determinado estatus dentro de la misma.

La experiencia directa (en vivo) o indirecta como grupo de supervisión, es decisiva en el desarrollo profesional de los estudiantes y habrá de acompañarlos aunque ya no funcionen como grupo. Al asistir a la terapia que conduce un compañero, los demás miembros son corresponsables y cooperan en la construcción de hipótesis que guiarán las intervenciones, sugieren ideas, plantean incertidumbres, generan perspectivas, elaboran nuevos discursos y lecturas del material y, colaboran en elaborar intervenciones que el terapeuta habrá de manejar.

El grupo de supervisión evoluciona al adquirir capacidad teórica y técnica, en forma paralela a la preparación para lograr su propia transformación tanto a nivel individual como grupal. Con el tiempo, el comportamiento del grupo será cada vez más flexible, menos dogmático y llevará al supervisado a funcionar con mayor espontaneidad y creatividad, tanto como terapeuta y como integrante del grupo de supervisión.

Considerando el compromiso del psicoterapeuta, trabajar sobre su persona desde su preparación constituye el principal instrumento terapéutico. Es valioso contar con el espacio de un grupo de supervisión, donde se sienta contenido y acompañado trabajando con sus pares en función de su persona como terapeuta. Sobre este aspecto, Chazenbalk (2004) agrega que en la formación de terapeutas, tiene gran valor

el hecho de acceder a espacios de recreación, descanso e implementación del humor, para lograr distensión y mayor efectividad en el ejercicio psicoterapéutico.

El grupo de supervisión se diferencia de otros grupos de formación, entre ellos:

**Grupos de Proceso:* Cohn (1994, en Guimón, J. 2003), plantea un tipo especial de grupo al que denomina de proceso y al que conceptualiza como: grupo dentro de un contexto institucional, constituido para desarrollar a las personas que lo integran en su rol profesional dentro del trabajo clínico. Si bien persona y rol profesional son vistos como diferentes, ambos constituyen aspectos de la identidad, propone que si bien identidad personal y profesional pueden diferir, el rol profesional constituye una parte auténtica de la identidad que debe ser tomada en cuenta en el trabajo. En este sentido, el grupo de proceso se centra en utilizar el proceso grupal para mejorar el funcionamiento profesional de cada participante y no en el proceso grupal colectivo en sí mismo. En estos grupos se analiza la experiencia del contacto con pacientes y el impacto de los sistemas de tratamiento. Guimón (2003) considera que estos grupos destinados al personal, no se utilizan más a menudo debido a una falta de comprensión de su naturaleza y a la falta de personas calificadas para su conducción.

Por su parte, Swiller, Lang y Halperin (1995) consideran que un grupo de proceso existe como parte de un programa de entrenamiento para profesionales de la salud mental, es un grupo que se orienta a estudiar su propia conducta para aprender acerca de la dinámica grupal e individual y la comunicación interpersonal. Ayuda a detectar la necesidad de someterse a una terapia formal, ofrece apoyo en la comprensión de la universalidad de la experiencia que como clínicos viven y puede resultar útil en el logro de otras metas de la enseñanza ya que permite trascender los aspectos estrictamente intelectuales. Para estos autores, este tipo de grupos puede combinarse con la supervisión del ejercicio psicoterapéutico proporcionando así una de las mejores herramientas de educación continua y actualización.

**Grupo Balint:* Michael Balint (1966, en Díaz Portillo, 2000) propuso la formación en grupo con la finalidad de acercar a los clínicos al campo de la psicoterapia, primero trabajó con médicos pero después este grupo se aplicó a otros profesionales de la salud

mental. Se trata de coordinar grupos de discusión sobre la relación médico-paciente, cada participante manifiesta su experiencia profesional concreta en el manejo de los pacientes y, para mejorar la atención, el coordinador analiza la contratransferencia de los asistentes en relación al caso presentado.

**Grupo operativo o de tarea:* Pichon Rivière (1971, en Díaz Portillo, 2000), propuso un método de grupo centrado en la tarea, con el fin de aprender a pensar para resolver dificultades que surgen en el campo de trabajo y para superar obstáculos en el abordaje de tareas que requieren la colaboración como equipo y no un trabajo individual. Para Díaz Portillo (2000) el grupo operativo posibilita esclarecer, aprender, comunicar y resolver tareas, disminuye las ansiedades esquizo-paranoides y depresivas paralizantes y genera fortalecimiento del yo, plasticidad y flexibilidad. A diferencia de un grupo terapéutico, su tarea no es la curación de sus miembros.

Supervisión vivencial en la formación del analista de grupo:

Se trata de una propuesta de supervisión grupal en la formación de analistas de grupo que propone un eje vivencial-formativo. En su definición, Carrillo (1991) plantea la importancia de agregar al entrenamiento de analistas psicoanalíticos de grupo, además de los seminarios teórico-técnicos, el análisis personal y la supervisión de la práctica clínica, un cuarto eje organizador que se operacionaliza como espacio de supervisión vivencial. Ésta, consiste en un dispositivo que puede incluir varios procedimientos: observación silenciosa, observación participante, coterapia, grupo Balint, psicodrama psicoanalítico de formación, grupos T, laboratorio de relaciones inter-individuales y supervisión vivencial. La propuesta de este eje vivencial-formativo, se apoya en las investigaciones realizadas por Anzieu, Kaës, O. Mannoni y Lacan y se estructura en tres unidades, cada una de una hora de duración, donde se analiza la intervención con grupos terapéuticos, utilizando algunas de las estrategias antes mencionadas.

-La primera unidad se refiere a la presentación del material sin apoyo escrito para dilucidar el fantasma inconsciente, las cadenas de resonancias y juego identificatorio.

-En la segunda unidad, se realiza un nuevo nivel de análisis por medio del psicodrama analítico, en el que participan todos los miembros del grupo de supervisión.

-En la tercera unidad, se hacen las reflexiones teórico-clínicas y los comentarios y ejercicios sobre las intervenciones e interpretaciones de acuerdo al tipo de grupo supervisado, su momento y proyecto. Es un momento de síntesis sobre lo trabajado.

Supervisión Terapéutica desde el Enfoque Sistémico:

Concebida desde este enfoque, la supervisión es una forma de enseñanza, en la que se genera un vínculo de aprendizaje entre supervisor y estudiante. El vínculo se ubica desde la asimetría y la disimilitud y se fundamenta en un tipo de diálogo colaborativo y creativo. El supervisor actúa como experto pero también como observador activo (en vivo), que actúa detrás del cristal de observación con cierta distancia de lo que sucede en la sala de terapia (terapeuta en la reserva), dirigiendo sus esfuerzos a la preparación de terapeutas competentes y capaces de ampliar el campo de sus posibilidades de acción (Linares y Ortega, 2008).

El supervisor sabe que el terapeuta ha de transitar (como el sofista en el diálogo mayéutico socrático), por una etapa de *aporía* o incertidumbre, misma que permitirá hacer conciencia de lo que aún no sabe o, de lo que si bien sabe, resulta insuficiente para la situación actual de intervención. *“Sólo la incertidumbre que acompaña a tal descubrimiento puede precipitar un cambio de nivel que lleve al aprendiz a aprender a aprender, esto es, que lo conduzca a un nuevo ámbito de posibilidades y progreso”* (Linares y Ortega, .op. cit, p: 26).

La formación del terapeuta familiar, a diferencia de otros enfoques de supervisión, se caracteriza por el énfasis concedido a la observación y supervisión directa o en vivo de los casos clínicos, tal como éstos se van desarrollando. El

terapeuta generalmente aprende haciendo terapia, observando en vivo a través de un espejo unidireccional (cámara de gesell) o mediante videograbaciones que realiza el supervisor y el equipo de supervisión. Esto tiene por objeto desarrollar capacidades, habilidades, técnicas, así como revisar supuestos teóricos y posibles obstáculos en el proceso de formación.

El proceso de observación de sesiones tiene una estructura que comprende: desarrollo de la sesión-pausa-devolución-tareas lo que permite una acción tutorial continua, donde participan: la familia en cuestión, el terapeuta o pareja terapéutica en acción, quienes reciben observaciones y recomendaciones del equipo integrado por otros terapeutas en formación, y el supervisor (Vargas, Castro, Domínguez, y Bonilla, 2003).

Dentro de la terapia sistémica, el grupo de supervisión se conforma como un equipo terapéutico integrado por varias personas con la finalidad de adquirir conocimientos teóricos y destrezas para desempeñarse en el futuro como terapeutas familiares. Para Linares y Ortega (*op. cit.*), la formación sistémica potencia el trabajo en equipo como parte del modelo y la *praxis* clínica desde el principio de la formación y el grupo como fenómeno social, es una realidad que necesita construirse e integrarse como sistema para no ser sólo un agregado de personas.

El terapeuta y el supervisor ponen en juego diferentes destrezas durante las sesiones en vivo como producto de la diferencia de roles que ocupan dentro del sistema terapéutico. Así como la actividad terapéutica promueve cambios en los clientes que van más allá de los límites de la terapia, la supervisión en vivo, fortalece y apoya la acción de pensar sobre la marcha durante las sesiones y refuerza la práctica futura del terapeuta en formación.

En la supervisión en vivo opera un doble contexto, el didáctico y el terapéutico. Linares y Ortega, (*op.cit.*), han considerado que si bien ambos contextos se constituyen desde interrogantes diferentes, se encuentran unidos y entrelazados durante la formación del terapeuta. La interrogante en el primero, se plantea sobre cómo incorporar los conocimientos y las habilidades técnicas de la epistemología

sistémica a través de un aprendizaje por la acción, tanto por el terapeuta como por el grupo observador. Por otra parte, el terapéutico se constituye alrededor de interrogantes para lograr el cambio ante una solicitud de ayuda. Si bien ambos demandan aprendizaje y cambio, surgen de demandas diferentes, una es la de aprender y otra la de recibir ayuda para reducir el sufrimiento. Si bien toda terapia conlleva un nuevo aprendizaje (cambio), no todo aprendizaje resulta terapéutico.

Desde la perspectiva de estos autores, el papel y responsabilidad del supervisor serán diferentes en ambos contextos. En el didáctico funciona como facilitador del aprendizaje y modelo para el terapeuta y el grupo. En el terapéutico, su función favorece el proceso de cambio en la familia, apoyando al terapeuta para responder de la mejor manera ante los clientes. En el didáctico la mayor responsabilidad recae en el terapeuta en formación, en el terapéutico, y por el hecho de tener mayor competencia profesional, el supervisor tiene mayor responsabilidad sobre el curso del proceso. Terapeuta y supervisor ponen en juego diferentes destrezas como producto de la diferencia de roles que ocupan en el sistema terapéutico. Así como la actividad terapéutica promueve cambios en los clientes que van más allá de los límites de la terapia, la actividad de supervisión en vivo, fortalece y apoya la acción de pensar sobre la marcha durante las sesiones, de igual manera que refuerza la práctica futura del terapeuta en formación.

A partir de comparar el estilo de supervisión con el enfoque teórico y sus objetivos, Linares y Ortega además, reconocen tres modelos de supervisión:

a).-*Supervisión Estratégica*: Modelo representado por Weakland, Haley y Watzlawick, expertos en la teoría comunicacional, teoría relevante en el marco de la terapia breve. El síntoma es concebido como resultado de la aplicación de una situación inadecuada que se ha vuelto recurrente. El objetivo de la terapia consiste en ayudar al sistema familiar para ensayar soluciones nuevas e inesperadas. La supervisión se dirige a ayudar al terapeuta a encontrar la secuencia del problema y a proponerle técnicas que lo bloqueen. El supervisor es activo y estratégico, se esfuerza en ayudar a mirar más allá de los problemas y las secuencias recursivas y a encontrar conductas de excepción.

b).- *Supervisión Estructural*: Salvador Minuchin es su figura paradigmática. Para este modelo, la familia es un sistema con estructura transaccional, caracterizada por jerarquía de poder y responsabilidad entre sus miembros y, por una serie de reglas interaccionales que pautan y limitan las conductas de los miembros, entre sí mismos y respecto a otros sistemas. El proceso de formación y supervisión tendrá un doble objetivo: enseñar al terapeuta técnicas que permitan provocar cambios estructurales en la familia y, ayudarlo a encontrar el modo personal de utilizarse a sí mismo como instrumento de dicho cambio. El supervisor busca expandir los límites de las destrezas no utilizadas por el terapeuta, igual que éste lo hace con la familia, connota positivamente lo que hace bien pero también usa el reto y el desafío para provocar una crisis en el terapeuta, que lo lleve a ampliar sus posibilidades profesionales.

c).- *Supervisión Intergeneracional o multigeneracional*: Cuenta entre sus promotores a Bowen, Boszormenyi-Nagy, Framo. No es una escuela sino un enfoque con elementos comunes, una perspectiva que acentúa la idea de que las dificultades o los síntomas son resultado de conflictos que se transmiten transgeneracionalmente. El objetivo terapéutico es la individuación y diferenciación respecto de la familia de origen y de las pautas disfuncionales que se han ido transmitiendo de esta forma. El supervisor es el elemento no triangulado en el sistema formado por terapeuta, familia y él mismo. Sus intervenciones muestran como tolerar situaciones de gran intensidad emocional, de aceptar el no saber y la incertidumbre y, ayuda al terapeuta a fortalecer su yo en forma diferenciada y autónoma.

Minuchin (1996, en Linares y Ortega, 2008), diferencia dos tipos de terapia con base en el papel que juega el terapeuta en las sesiones: terapias intervencionistas y pasivas. En las primeras hay mayor actividad del terapeuta como promotor del cambio familiar, su papel es activo y de experto. Los modelos citados (incluido el de Minuchin), caerían en este tipo terapia, cuyo motor de cambio es el terapeuta. Por tanto, la supervisión se enfoca a la promoción de destrezas y habilidades del terapeuta en formación, al conocimiento de sí mismo y sus relaciones familiares significativas, a reconocer y expresar sus emociones y a

desafiar las creencias y roles que aparecen en las sesiones. Entre los enfoques que Minuchin califica como “pasivos” está el grupo de Palo Alto con Watzlawick, el Equipo de Milán de Mara Selvini Palazzoli y las Terapias Narrativistas con Michael White y, el Instituto de Terapia Familiar de Galveston con Anderson y Goolishian, representantes de la terapia posmoderna.

Aunque los últimos enfoques se interesan por el problema tal como es presentado por la familia, difieren en cuanto a la intervención: Las terapias narrativas atienden a las historias que cuentan las familias, porque traen una historia llena de problemas o, porque ha llegado a ser problema ya que alguien significativo lo definió así. El supuesto que subyace a estas terapias es que el lenguaje y los modelos de significados construyen la realidad de los sistemas, la realidad se construye por dichos relatos, los cuales se construyen a su vez, por la interacción entre los miembros del sistema (familia u otro sistema socialmente significativo).

El proceso formativo y por tanto de supervisión, se dirige a aprender el proceso de la entrevista, ya que el lenguaje es la herramienta básica de intervención. Se trata que el estudiante acepte que las familias le narran relatos que codifican una situación como problema y cuyo significado parcial, como en todo relato, está enmarcado dentro del sistema de valores y creencias de la familia. El terapeuta aprendiz, consciente de la parcialidad de los relatos, aprende a cuestionar la validez del suyo propio. No se presenta como la voz experta, sino que se asume como un facilitador que ayudará a partir de su escucha respetuosa y desde la posición de alguien que no conoce pero quiere entender.

En los últimos años, el Equipo Reflexivo propuesto en Noruega por Tom Andersen (1994), ha sido empleado tanto en el trabajo con clientes como en el entrenamiento y la supervisión profesional de terapeutas sistémicos. Para Fernández, London y Tarragona, (2002), la flexibilidad y libertad que permite el Equipo de Reflexión (traducción que les parece más acorde al quehacer de los miembros que reflexionan), promueven una comunidad de aprendizaje.

El equipo reflexivo parte de una perspectiva posmoderna que cuestiona la objetividad del observador en el contexto de las relaciones humanas (Tarragona, 1999), se fundamenta en una postura socio-construccionista que subraya el lugar del lenguaje en la construcción de diversas versiones de la realidad enfatizando y valorando múltiples perspectivas y multiplicidad de voces sobre la misma. La supervisión desde esta perspectiva, ubica su foco en el continuo y cambiante proceso del diálogo, interesándose más en lo que ha funcionado bien para los clientes y para los supervisados. Toma en cuenta los siguientes supuestos:

1.- Tanto el proceso de entrenamiento como el terapéutico, constituyen actividades dialógicas y exploraciones conjuntas. En este sentido, la supervisión constituye un sistema generador de significados o un sistema de lenguaje en el que se crean significados a través de conversaciones. Su objetivo no es corregir errores sino desarrollar nuevos significados para la conceptualización y manejo de los problemas que se enfrentan (Anderson y Goolishian, 1990; en Tarragona, 1999)

2.- La supervisión es un proceso que resulta colaborativo, a pesar de los diferentes niveles de experiencia de los participantes. Se busca crear un ambiente que pueda propiciar el diálogo entre supervisor y supervisado, para que este último tenga la oportunidad de entender la situación terapéutica (Bobebe, Gardner y Biever, 1995; en Tarragona, 1999).

3.- Propone romper con lo que considera “conversaciones internalizadas” sobre la terapia (ya que se ubican las dificultades en la identidad del terapeuta o de sus clientes), para utilizar una supervisión narrativa centrada en entrevistar al terapeuta, ubicando su experiencia para explorar habilidades y conocimientos que había abandonado, como parte de una visión negativa de sí mismo (Michael White, 1997; en Tarragona, 1999).

En este sentido, la supervisión posmoderna no “refleja” la realidad, sino que comparte lo que el equipo reflexivo siente a partir de lo que ha escuchado durante el encuentro entre clientes y terapeutas. No se pretende llegar a una conclusión o cierre sino dejar abiertas distintas ideas y posibilidades para la búsqueda y la

conversación reflexiva. Permite ampliar las posibilidades colaborativas, ofrece formas de trabajo menos jerárquicas para co-construir a partir de la conversación sobre procesos terapéuticos y de conocimiento junto con los estudiantes y los clientes (Fernández, *et al.*, 2002).

Para estas autoras, el equipo de reflexión puede ser empleado como forma de entrenamiento y supervisión que se desarrolla tanto en la supervisión narrada como en la supervisión en vivo. En la primera, no están presentes los clientes, pero uno de los terapeutas comparte con el equipo libremente y sin formato, algún aspecto de su práctica clínica. En la supervisión en vivo, el terapeuta invita a un cliente a ser entrevistado frente al equipo reflexivo y le explica las reglas de respeto y confidencialidad, así como el proceso de entrevista. El supervisor favorece un clima de bienestar, respeto, apertura y confianza y procura que todas las voces y las necesidades del equipo de reflexión, sean representadas, escuchadas y consideradas.

En la supervisión con equipo reflexivo, participan tres elementos:

-Supervisor: Schluter (1999), considera que es el terapeuta y académico cuya experiencia le permite orientar, promover y guiar la actividad terapéutica del terapeuta en formación (en Lee y Mondragón, 2002).

-Supervisado: Eguiluz (1999), lo define como el aprendiz activo, participativo, constructor de significados y generador de ideas sobre lo que aprende y capaz de construir el conocimiento con la mediación de otros (supervisores y supervisados) en un contexto determinado.

-Equipo Reflexivo: Para Lee y Mondragón (2002), éste constituye un grupo de profesionales en formación que escuchan la entrevista entre el supervisor y el supervisado para presentar sus reflexiones en forma posterior. Dichas reflexiones sirven de guía para el terapeuta consultor y el supervisor y abren posibilidades para la solución del problema. Por lo general, la supervisión con Equipo Reflexivo se

conforma en tres etapas de trabajo: 1.-Práctica Clínica, 2.-Supervisión con Equipo Reflexivo, y 3.-Meta-reflexión

Davison y Lussardi (1991), propusieron un modelo de supervisión con equipo reflexivo para profesionales en formación, bajo el siguiente esquema:

1.-Un integrante del equipo entrevista al terapeuta sobre el caso, mientras el resto del equipo reflexiona sobre lo que escucha.

2.-El entrevistador hace preguntas circulares sobre lo que llevó al terapeuta a discutir el caso, los problemas que enfrenta en su trabajo clínico y las explicaciones que se ha dado.

3.-Al finalizar la entrevista, el equipo expone sus reflexiones. Supervisado y supervisor pueden retomar o no dichos comentarios.

Utilizando el equipo reflexivo en grupos de formación y supervisión, se han desarrollado tres tipos de formato (Fernández, et al., 2002):

1.-Un terapeuta consultante narra una situación clínica a todos los miembros del equipo, mientras los integrantes escuchan en silencio.

2.-Un miembro del equipo entrevista a un terapeuta consultante sobre una situación clínica mientras el resto escucha. Al final, el equipo conversa entre sí con el fin de dar voz a las ideas generadas al escuchar y co-construir nuevas ideas.

3.-Combinación de narración por el terapeuta con preguntas, comentarios, reflexiones del equipo, conversaciones entre dos o tres integrantes sobre la entrevista.

Andersen (1995, en Fernández, *et al.*, 2002), plantea algunas guías para participar en el equipo reflexivo:

- Hablar sólo de algo que se vio o escuchó en la plática, evitando dar opiniones, hacer declaraciones o realizar interpretaciones.
- Libertad para comentar sobre lo que se oyó, pero no sobre todo lo que se vio ya que puede corresponder a una comunicación no verbal, pero de la que no se quiere hablar.
- No ver a la persona mientras el equipo reflexiona para no obligar a la familia a escuchar.

Para Moreira (1995, en Lee y Mondragón (2002), no existe acuerdo en cuanto a definir la actividad de supervisión debido a la variedad de posiciones teóricas, metodologías, posiciones filosóficas y visiones del ser humano. Pero sin duda, en lo que si hay acuerdo unánime, es en aceptar su importancia en la formación de terapeutas.

La supervisión es un espacio dentro de la formación cuyo propósito es generar aprendizaje y retroalimentar la actividad terapéutica, un lugar donde el terapeuta en formación pueda resolver dudas teóricas y técnicas con la ayuda de profesionistas que, estando en diferentes niveles de experiencia puedan ofrecer alternativas de solución y apoyo. Además, como terapeutas y supervisoras señalan algunos beneficios que aporta el equipo reflexivo a la supervisión:

-En cuanto a los supervisados: Fomenta autonomía en el terapeuta aprendiz, posibilita que examine su proceso de pensamiento y sienta menos presión, la reflexión puede tocar temas difíciles pero el terapeuta entrevistado, es libre de responder a los comentarios que quiera.

-En cuanto a los supervisores: Da cabida a varias voces evitando cerrarse en una; cuando trabaja solo, puede disponer de un equipo imaginario (en su mente) que da lugar a otras voces; comparte la responsabilidad y trabaja de forma más creativa y relajada; y, habla desde varias opciones (Biever y Gardner, 1995; Davidson y Lussardi, Merl, Mezgolic y Hüp, 1988; Guy y Lowe, 1996; James, Mac Cormack, Korol y Lee; en Lee y Mondragón, 2002).

Desde el punto de vista de Paquentin (2002), gran parte de la literatura sobre supervisión ha enfatizado el beneficio para los clientes pero muy poco se ha explorado su significado para el supervisado. Llevó a cabo una investigación, con estudiantes de terapia familiar, para conocer la importancia que se adjudica al equipo reflexivo como herramienta para la *auto-supervisión*. Esta forma de supervisión es entendida como un diálogo interno que aún sin la presencia del supervisor o del equipo de reflexión, permite al terapeuta monitorear, corregir y mejorar su desempeño a partir de las reflexiones y comentarios del equipo. Se destaca que la *auto-supervisión* protege del pensamiento lineal, provee líneas de trabajo para futuras sesiones, promueve formas de intervención no exploradas, un aprendizaje sin juicios y un ambiente de igualdad, debido a la tentatividad de las reflexiones.

Otros terapeutas (London y Rodríguez, 2004) proponen que en lugar de supervisión, es preferible hablar de *Grupo de Conversaciones Colaborativas* en las que un facilitador, junto con un grupo de consultantes y consultores, desarrollan formas de trabajo útiles y relevantes. Plantean la necesidad de promover la supervisión o grupo de conversaciones colaborativas, que generen mayores posibilidades terapéuticas. Su propuesta incluye algunos puntos que definen el papel del supervisor:

- 1.-Enfrenta cada sesión como única y es el responsable de generar un clima conversacional que invita a la colaboración de todos para definir y solucionar el problema. Mantiene una conversación dialógica consigo mismo.
- 2.-Permite que el supervisado permanezca en el centro del escenario y que cuente su historia de la forma que quiera sin guiarlo en lo que cree importante.
- 3.-Hace preguntas e invita a hacerlo en los parámetros que describe el supervisado y a pensar simultáneamente en ideas contradictorias.
- 4.-Ofrece junto con el grupo preguntas, especulaciones y opiniones que ayuden a cuestionar, ampliar y encontrar explicaciones nuevas al problema en cuestión.

5.-Fomenta el respeto, escucha y valora lo que es importante para el supervisado.

6.-Intenta no asumir ni tratar de entender demasiado rápido, elabora preguntas conversacionales cuyas respuestas evocan nuevas preguntas.

Algunas Propuestas Institucionales de Supervisión Terapéutica en México:

Dentro de este enfoque se encontró el mayor número de artículos referentes a propuestas de formación de supervisores en nuestro país, seguramente debe haber más dentro de la formación psicoanalítica, la terapia breve y la psicoterapia de grupo pero, no se encontraron publicados.

Emma Espejel (1999) describe la evolución del entrenamiento en supervisión a lo largo de 25 años, en el Instituto de la Familia, A. C. (IFAC), como un proceso isomórfico a los modelos de psicoterapia. Deja ver que de la década de los cincuenta a la fecha, la supervisión tiende a ser más circular y horizontal y reconoce que el entrenamiento para supervisores, ha transitado de lo lineal a lo circular y cada vez más, hacia el trabajo colaborativo y de reflexión. Como modelo de formación ha evolucionado de la supervisión-enseñanza, a la supervisión compartida colaborativamente.

Ofelia Desatnik, Ana Franklin y Diana Rubli (1999), destacan la importancia del entrenamiento específico en la formación de supervisores y reportan su formación en el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF). Consideran la necesidad de que la supervisión sea institucionalizada y sistematizada, para asegurar la calidad de la “supervisión para la supervisión”, para ofrecer marco de referencia, contención emocional, sentido de pertenencia, intercambio de experiencias e interconsulta.

Luz de Lourdes Eguluz (1999) presenta un modelo de supervisión empleado en la formación de terapeutas en los diplomados de terapia familiar en la FES, Iztacala, UNAM. Señala cinco modalidades de enseñanza que implican un trabajo de supervisión por el terapeuta que actúa como experto: Observación y detección de las

técnicas en sesiones videograbadas, Coterapia con familias simuladas, Familias simuladas con un terapeuta, Supervisión directa con familias reales y, Supervisión indirecta con familias reales.

Ernesto Rage y Antonio Tena (1999) enfatizan la importancia de incluir la supervisión como parte del currículo de la Maestría en Psicología Clínica en la Universidad Iberoamericana y destacan las implicaciones éticas de la formación. Concluyen que la supervisión es un elemento medular en la formación de maestros en psicología clínica y, a pesar de las discrepancias teóricas y metodológicas y dificultades para definir y evaluar este concepto, consideran que la supervisión es un elemento sustancial en esta propuesta.

Raymundo Macías (1999), plantea un modelo de supervisión autorreflexiva para el entrenamiento en IFAC. Es una modalidad de supervisión en vivo con familias simuladas, parte de un procedimiento que estimula la autorreflexión mediante preguntas-guía sobre los aspectos cognitivo, afectivo y conductual del terapeuta y se centra en la experiencia íntima y autorreflexiva de quien funge como terapeuta. Propone tres tipos de simulaciones de familia: estructurada, no estructurada y semi-estructurada, durante las cuales se puede parar el proceso para hacer los respectivos señalamientos y reflexiones. Como no se contemplan objetivos terapéuticos, se recomienda que el terapeuta revise en su proceso terapéutico, elementos experienciales y vivenciales que se promueven en la autorreflexión.

Gilberto Limón (2005), describe la “transición paradigmática” o “giro interpretativo” necesario en la enseñanza de las nuevas tendencias en psicoterapia. Dicha transición requiere una estructura lógica y una nueva forma de pensar sobre el “mundo clínico” tradicional. Estas ideas fueron parte de una propuesta terapéutica con visión posmoderna, construccionista y de corte narrativo, en la Maestría en Psicología Clínica con énfasis en Terapia Familiar y Construccionismo, de la Facultad de Psicología de la UNAM, fue un programa piloto instituido en 1995 y desarrollado en tres generaciones de estudiantes. La práctica clínica supervisada, fue el elemento central de la propuesta para completar el “giro interpretativo” esperado. Diferentes “voces” vertidas en los comentarios de los estudiantes

manifiestan que fue en la supervisión de la práctica clínica de los modelos narrativos, donde se constató la aplicación de las ideas revisadas. Siguiendo las ideas de Thomas Kuhn, el autor plantea que durante esta aplicación “*fue cuando súbitamente los fragmentos en sus cabezas se ordenaron por sí mismos, encajando todos a la vez, sobre todo para su futura actividad profesional como terapeutas*” (p: 122)

Además de incluir algunas propuestas institucionales para la formación de supervisores (IFAC e ILEF) y programas de supervisión en la formación de terapeutas en nuestro país, a continuación se integra información que se desprende de la revisión de literatura sobre supervisión psicoterapéutica en México (1998-2002), realizada por Ivonne Paquentin (2004), con sus conclusiones más relevantes:

M. J. Albuérne (1998) analiza características de la supervisión en terapia familiar, los diferentes tipos y las dificultades de la relación terapeuta-supervisor, visualiza la supervisión como proceso fundamental de formación y transformación.

M. J. Albuérne (2000) plantea objetivos, características y etapas de la supervisión visualizada como proceso de enseñanza-aprendizaje, destaca la importancia de su evaluación mediante la adaptación de formatos cualitativos para analizar la relación con el cliente, el empleo de técnicas y la conclusión de la terapia. Propone un listado de evaluación (anexo 4).

F. Aurón en el año 2000, establece una analogía musical visualizando como una sinfonía los diferentes momentos del proceso de supervisión y sus características: polifonía, niveles de análisis, rol del supervisor, formación clínica y mitos relacionados.

R. Burgos (1998) realiza una descripción general de modelos empleados en la supervisión con base en su relación con la cibernética de primero o segundo orden, revisa las propuestas desde diferentes escuelas de formación en terapia familiar.

V. Castañón, M. E. Gómez, M. T. Sáenz y F. Velasco (1999), analizan la relación supervisor-supervisado desde un concepto de intersubjetividad, que

reconoce la importancia del proceso de colaboración y coloca el énfasis en la persona del terapeuta.

I. Galicia y L. Eguiluz (1999), describen los principios del Equipo Reflexivo y sus ventajas en la supervisión y el entrenamiento.

L. Domínguez (1999), plantea cuatro fases dentro del proceso de supervisión relacionándolas con las funciones del supervisor y el foco en función de las necesidades de cliente y terapeuta.

E. Espejel (2000), escribe sobre el programa de supervisión dentro de la Maestría en Terapia Familiar en IFAC, como parte de un modelo dinámico-sistémico-integrador que forma parte del entrenamiento de futuros terapeutas.

J. Fortes, G. Iturralde y E. Espejel (1998), comparten su experiencia como equipo de supervisión en vivo y describen el proceso como una forma de aprendizaje circular. Mencionan dificultades y recomendaciones para el proceso de supervisión en vivo.

M. López (1988), analiza el estatus de la supervisión en México, presenta tres modelos y tres modalidades de supervisión, los aspectos relevantes de la relación supervisor-supervisado, las características del supervisor y los aspectos éticos implicados. Destaca la necesidad de institucionalizar y profesionalizar la actividad de supervisión en nuestro país.

D. Tarnovsky (1999), plantea el concepto de co-visión como alternativa al de supervisión, se refiere a la visión entre y con otros, para procesar tanto el diagnóstico como la intervención. Parte del dispositivo psicodramático grupal para trabajar la idea de co-visión como función de la supervisión.

S. Xochihua (1999), describe a partir de un caso, un modelo de supervisión clínica que integra teoría de grupos, teoría de la sincronidad y cibernética.

Reflexiones sobre el material revisado:

A partir de los enfoques y sus aportaciones a la supervisión se puede afirmar:

**Que fue a partir del surgimiento del psicoanálisis* cuando se consideró la importancia de la supervisión en la formación de analistas, como una forma de control sobre su trabajo incluyendo el análisis de procesos de transferencia y de contratransferencia. Posteriormente, otras conceptualizaciones (principalmente desde las posturas de Klein, Winnicott, Grinberg y Green) relacionadas con identificación y contraidentificación proyectiva, espacio transicional, procesos terciarios, teorías implícitas del terapeuta, entre otras (Gálvez, 2003; Canestri, 2008; Marcano 2010), han pasado a formar parte del proceso de supervisión beneficiando con ello la labor analítica. En este sentido, es importante considerar a la supervisión como una forma de promover la imaginación creativa del supervisado. Durante la misma, más que enseñar se trata de enriquecer la creatividad y visualizada como área transicional (Winnicott, 1982), puede constituir un espacio evolutivo que promueve habilidades creativas para la práctica terapéutica. La concepción de procesos terciarios permite comprender la evolución del analista a partir de la supervisión y posteriormente en su trabajo terapéutico, como una forma de integrar las demandas instintivas con los requerimientos de la realidad en su función terapéutica.

A partir de la revisión teórica, resulta claro que el proceso de supervisión debe desarrollarse en un espacio distinto al del propio análisis. Si bien implica aspectos conscientes e inconscientes del analista, supervisado y supervisor trabajan desde diferentes miradas y con distinto propósito, el primero se enfoca el análisis de la estructura de personalidad de su analizado y el segundo, a la manera en que dicha estructura se pone en juego en el trabajo con pacientes. Mediante la ubicación y manejo adecuado de los procesos de transferencia-contratransferencia durante la relación supervisora, se logra delimitar el rol de supervisor, rol que de ninguna manera corresponde al de analista del terapeuta.

Desde esta perspectiva, la supervisión enfatiza el análisis de los fenómenos inconscientes en un doble concepto de investigación: la investigación “intra-sesión” propia de la sesión analítica del supervisado con su analizado y, la investigación

posterior o “post-sesión” que corresponde al espacio de supervisión. En este contexto se analizan los patrones de interacción que involucran a paciente y analista en lo que concierne a diferentes procesos y procedimientos terapéuticos. La ampliación del campo de supervisión, permite incluir múltiples objetivos y funciones del supervisor, independientemente de los aspectos que supervisor y supervisado elijan abordar. Puede estar dirigida al paciente, a la relación terapéutica, al vínculo paciente-terapeuta-supervisor, a la supervisión como vínculo paralelo a la relación terapéutica o bien, a la relación paciente-terapeuta-terapeuta de formación-supervisor-institución.

**Desde la psicoterapia breve no se plantean técnicas específicas de supervisión y como en toda buena psicoterapia, se requieren competencias y habilidades terapéuticas, así como poder contar con la capacidad de improvisación por parte del terapeuta. El objetivo más importante de la supervisión en los enfoques breves, no es entrenar de manera efectiva y específica psicoterapeutas de tiempo limitado, sino formar psicoterapeutas que se desempeñen con habilidad en el corto plazo.*

Sin embargo, existe acuerdo en establecer criterios aplicables a una buena psicoterapia (breve o no), que incluyen: Comprensión del funcionamiento de la personalidad y del proceso terapéutico, habilidad para formular el problema, resulta fundamental establecer un foco y desarrollar el trabajo focalizado, capacidad para aplicar estrategias técnicas, tácticas flexibles y creativas y un manejo adecuado de la relación. Esto se concreta en: Definición y estimación rápida de problema y metas, establecimiento de límites y manejo del tiempo, manejo de criterios de selección, actitud terapéutica que favorezca el diálogo activo y manejo de la terminación.

**Sobre los grupos de supervisión se puede resaltar que el trabajo grupal puede, por sí mismo, promover cualidades terapéuticas dentro del espacio supervisado-supervisor-grupo de supervisión, donde todos son participantes de una experiencia enriquecedora (Valenzuela, 2008). El grupo de supervisión permite manejar las ansiedades personales y grupales cuando se enfrenta una tarea en común. En este tipo de grupo se apoya el desarrollo de la identidad personal y profesional como psicoterapeuta individual o grupal*

y también se logra promover el establecimiento de la vivencia emocional de aprendizaje grupal, de forma paralela a la vivencia “emocional correctiva” de la situación terapéutica.

Independientemente del modelo teórico, la supervisión grupal ofrece algunas ventajas relacionadas con las que ofrece la psicoterapia de grupo tales como: alivio de la vergüenza al exponer la intervención en un clima seguro y respetuoso; apoyo del grupo y del supervisor sobre los errores y aciertos propios y de los demás; amplía el horizonte clínico; estimula el desarrollo de competencias, pone en práctica habilidades y se asumen riesgos necesarios empleando nuevas técnicas; permite lograr mayor empatía y conciencia de la experiencia interna y obtener apoyo en los problemas de identificación proyectiva, porque tanto colegas como supervisor, ayudan al terapeuta a separar sus propios límites de los del paciente.

Cuando la supervisión en grupo se enfoca a aspectos contratransferenciales del grupo, se aprovecha la complejidad de la interacción en función de la resonancia múltiple a los aspectos del caso presentado. Cuando se centra en la experiencia contratransferencial del supervisado, se aprovecha lo que el grupo refleja para ayudar a procesar la experiencia de trabajo. Esta forma de supervisión permite investigar las “teorías implícitas” que el terapeuta utiliza en su práctica (Sandler 1983, en Canestri, 2008), se trata de material inconsciente y preconscious, psicología del sentido común, creencias científicas y precientíficas, concepciones personales sobre autoridad, disciplina, valores, cosmovisión e idiosincrasia, material que al ser develado puede ser compartido, cuestionado y analizado.

Por otra parte, el grupo de supervisión puede enriquecer el significado personal del terapeuta, al reconocer sus creencias disfuncionales y emociones no conscientes, para lograr crecimiento profesional y personal en un espacio reflexivo-vivencial diferente a la supervisión individual y al propio análisis (Baringoltz, 1992, en Chazenbalk, 2004). Por otra parte, el supervisor debe mantener un equilibrio constante entre ejercicio terapéutico y supervisión en función del terapeuta y el grupo de supervisión.

* *Concebida desde el enfoque sistémico*, la supervisión constituye una forma de enseñanza a partir de un vínculo de aprendizaje entre supervisor y estudiante que se

ubica desde la asimetría y la disimilitud estableciendo un tipo de diálogo colaborativo y creativo. El supervisor actúa como experto pero también como observador activo (en vivo), que actúa desde la observación, con la distancia de un terapeuta en reserva, con el propósito de apoyar la preparación de terapeutas competentes y capaces de ampliar sus posibilidades de acción. La supervisión en vivo opera desde un doble contexto, didáctico y terapéutico, ambos se constituyen desde interrogantes diferentes, pero se entrelazan durante la formación de terapeutas. El papel y responsabilidad del supervisor resulta diferente en ambos contextos: en el primero es un facilitador del aprendizaje y modelo para el terapeuta y el grupo; en el segundo, su función es favorecer el proceso de cambio apoyando al terapeuta para intervenir de la mejor manera (Linares y Ortega, 2008). Es importante enfatizar que esto es aplicable a toda formación terapéutica.

Minuchin (1996, en Linares y Ortega, 2008), diferencia dos tipos de terapia con base en el papel del terapeuta: “terapias intervencionistas o activas” y “pasivas”, desde su punto de vista equivalen a dos modelos diferentes de supervisión. Establece la diferencia al considerar que en las primeras (Supervisión Estratégica, Supervisión Estructural y Supervisión Intergeneracional o multigeneracional) hay mayor actividad del terapeuta como promotor del cambio familiar recalcando que la supervisión se enfoca a adquirir destrezas, autoconocimiento y conocimiento de las relaciones familiares significativas, al reconocimiento y expresión de emociones y a desafiar creencias y roles fijos de la familia. El autor ubica como terapias “pasivas” al grupo de Palo Alto, al Equipo de Milán, a las Terapias Narrativas y al Instituto de Terapia Familiar de Galveston, los dos últimos como representantes de la terapia posmoderna. El supuesto de la terapia posmoderna es que el lenguaje y los modelos de significados, construyen la realidad de los sistemas a partir de relatos que se construyen en la interacción de los miembros. De esta forma, la supervisión se ubica en el continuo proceso del diálogo interesándose más en lo que ha funcionado bien para los clientes y para los supervisados. El proceso se dirige sobre todo a la entrevista y el lenguaje como herramientas básicas, el terapeuta no se considera la voz experta sino sólo un facilitador que se aproxima a los sistemas que definen una conducta como problema.

Es importante decir que la clasificación propuesta por Minuchin resulta muy limitada y en algunos casos hasta forzada. El cuestionamiento puede dirigirse principalmente a la diferencia activo-pasivo que propone en cuanto al papel del terapeuta y que luego se extiende a la supervisión. Esta forma de clasificación está construida principalmente con base en la actuación manifiesta del terapeuta, pero dicha actuación representa sólo una parte del proceso reflexivo que ocurre en su interior, del cual se desprenden las técnicas y procedimientos empleados. Todo proceso reflexivo resulta activo y se relaciona estrechamente con el paradigma teórico que fundamenta la concepción del problema y del que se desprende la intervención terapéutica.

4.-HACIA UN MODELO DE SUPERVISIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN LA CLÍNICA COMUNITARIA

Introducción:

Hablar del campo de la psicoterapia remite a un panorama extenso que implica diversidad. Ésta se manifiesta en los modelos teóricos, el tipo de problemas que atiende, los escenarios en que se desarrolla y también en el foco terapéutico que puede dirigirse al individuo, a la pareja, familia o grupo. La preparación formal de psicoterapeutas igualmente es diversa. Sin embargo, se puede afirmar que aunque las diferencias abarcan un horizonte amplio de propuestas dirigidas a la comprensión y atención de necesidades psicológicas, la mayoría coinciden en que la formación de recursos se asienta en la preparación teórico-técnica, el desarrollo personal y la supervisión que pueda garantizar el trabajo del futuro psicoterapeuta.

Si bien el perfil profesional del psicólogo clínico define funciones de prevención, evaluación y diversas formas de intervención e investigación, es un hecho que el ejercicio psicoterapéutico, constituye una parte muy importante de su quehacer profesional. Por esta razón, el compromiso de la formación no puede dejar de lado, el desarrollo de competencias asociadas a diversas formas de intervención, con el entrenamiento y supervisión que permitan ejercer estas actividades con compromiso y responsabilidad.

El desarrollo de dichas competencias, parte de la adquisición de repertorios teóricos para comprender necesidades y conflictos del ser humano y el desarrollo de habilidades para el manejo de técnicas que incidan en el cambio terapéutico; el despliegue de características de personalidad y actitudes que faciliten la relación con pacientes o usuarios; y, la supervisión como proceso que conduce a aprender desde y sobre la actividad psicoterapéutica.

Las actividades que habrán de realizar los psicólogos, deben apoyarse en sólidos programas de supervisión clínica, que tomen en cuenta el nivel de formación de los estudiantes y la trascendencia del encuentro e intervención en problemas de

salud mental. El encuentro debe realizarse con actitudes de respeto, cuidado e interés por las personas y con la sensibilidad y empatía que habrán de manifestarse en la capacidad de comprensión, contención, toma de decisiones y participación en la solución de necesidades.

El quehacer profesional del psicólogo clínico se orienta al ejercicio de sus funciones en diferentes ámbitos, pero la apertura al trabajo clínico como parte de programas de atención primaria a la salud mental en escenarios comunitarios, precisa además de la formación general, contar con conocimientos sobre las condiciones y el contexto de las actividades para diseñar y conducir programas de evaluación e intervención terapéutica, acordes a la población que es el foco de atención. En este sentido, la supervisión se vuelve central, por la naturaleza del servicio comunitario, el tipo y complejidad de los problemas atendidos, la necesidad de intervención expedita y por el hecho de contar con programas dirigidos a estudiantes en diferentes momentos y niveles de formación, lo que plantea necesidades particulares de supervisión y asesoría, para integrar los objetivos de formación con la prestación de servicios.

Hacia esa búsqueda se orienta el propósito de este trabajo.

Antecedentes del modelo de supervisión:

Se incluyen como antecedentes, actividades de formación clínica y psicoterapéutica que han formado parte de programas académicos, llevados a cabo en la Facultad de Psicología, de la UNAM, desde 1987. Se trata de actividades orientadas a la búsqueda de modelos de supervisión psicoterapéutica para psicólogos en la clínica comunitaria e institucional:

1. Modelo de Formación de Terapeutas de Grupo (1987-1998), llevado a cabo dentro de la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones, Facultad de Psicología, UNAM. Estas actividades apoyaron la formación de más de 12 generaciones de psicoterapeutas de grupo mediante el desarrollo de un programa de *aprendizaje teórico, terapéutico y vivencial*. Su

objetivo fue integrar a la formación, el análisis y la reflexión sobre cuatro espacios grupales, durante el primer año de la especialidad (Valenzuela, 1992):

1.-*Seminario teórico*: Implicó lectura y discusión de textos sobre teoría y técnica de grupos; en forma rotatoria cada participante asumía el papel de observador, constituyéndose en cronista-relator de la sesión en el papel de "miembro-descentrado" (Bauleo, 1983). La crónica permitía el análisis de contenido (manifiesto y latente) y experiencial, del proceso grupal. El objetivo: analizar procesos grupales en un seminario de discusión teórica.

2.-*Grupo psicoterapéutico*: Este espacio corresponde al grupo de psicoterapia conducido por terapeuta y coterapeuta, mismo que constituía el grupo de observación. Lo conformaban 7-9 estudiantes (en su mayoría psicólogos) atendidos en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad (CSP). Las sesiones eran semanales (40 por año aproximadamente) de 90 minutos con un encuadre psicoanalítico (Foulkes, 1981). Su objetivo: Atención psicoterapéutica en el CSP.

3.-*Grupo observador*: Espacio integrado por estudiantes de la especialidad, para recoger y contener la resonancia afectiva individual y colectiva que, como pantalla caleidoscópica genera la observación (vía cámara de Gessel), de "un grupo en grupo". En este grupo de terapeutas en formación, se suscitaban procesos dinámicos y climas afectivos muy conectados o equivalentes al acontecer del grupo observado: angustia, desorganización, escisión, agresión, envidia, entre otros, que podían manifestarse a través del interjuego de identificaciones hacia y desde los pacientes, los terapeutas y los propios compañeros observadores. El objetivo: recuperar el análisis de los ejes de resonancia y resignificación: *Transferencia-Contratransferencia e Individual-Colectivo*, como expresión de imaginarios, fantasías y actuaciones colectivas surgidas a raíz de la observación (Valenzuela, 1992).

4.-*Diálogo post-clínico*: Espacio de supervisión grupal constituido por equipo terapéutico y grupo observador (Yalom, 1986), para recuperar aspectos técnicos de la sesión y las vivencias de la observación, integrando acciones diagnósticas, terapéuticas y de aprendizaje en un proceso de "teragnosis" (Bach, 1975).

El objetivo: Establecer un diálogo permanente de diagnóstico y tratamiento en acción para plantear y comprobar hipótesis en el paciente y en el grupo como un todo y, actuar como grupo de contención dando salida a tensiones remanentes producto de la observación clínica, para recuperar la contratransferencia grupal o promover su análisis en el espacio analítico personal (Valenzuela, 1992).

II. Programa de Prácticas Profesionales en Escenario Clínico (CSP. Dr. G. Dávila):

1. *Programa de Prácticas Profesionales Extracurriculares:* Es la experiencia de aprendizaje vivencial aplicado y adaptado a los requerimientos de materias sobre psicoterapia en la licenciatura (semestres 2000-2 al 2005-1). El sustento didáctico para incluir en la formación del psicólogo, la observación grupal de procesos terapéuticos, se funda en la necesidad de estructurar espacios de relación del estudiante con la psicoterapia para aprovechar su cualidad experiencial y vivencial en apoyo a la formación integral. Este programa aprovechó tres espacios de relación con la psicoterapia de grupo: 1.- como usuario de servicios terapéuticos; 2.- como práctica profesional, observando el desarrollo de sesiones de psicoterapia de grupo; y, 3.- un espacio de supervisión posterior, para la reflexión sobre la observación y del lugar como psicólogos ante la práctica clínica (Valenzuela, 2001).

El objetivo se enfocó a: Desarrollar autoconocimiento y recursos personales de afrontamiento a partir de la resonancia generada por la observación, para asumir responsabilidad y compromiso al reconocer su lugar en el encuentro clínico. La propuesta se instrumentó de forma extracurricular de 2000 a 2004 (8 semestres), vinculada a materias sin práctica como Psicología Clínica y Psicoterapia I y II del plan de estudios 1971, mediante la conducción de psicoterapia breve grupal por parte del terapeuta-docente con grupos de 7 a 9 integrantes (20-24 sesiones), observada por grupos de voluntarios (estudiantes inscritos), y con supervisión posterior a la intervención (Valenzuela, 2001).

Los observadores eran estudiantes voluntarios, se cuidó que en el grupo terapéutico no hubiera alumnos de la facultad. La supervisión clínica permitió analizar recursos terapéuticos y la experiencia de observación: Se analizó

estructura, interacción, procesos, dinámica, comunicación, resistencias, transferencia, contenidos manifiestos y latentes del grupo; se dio seguimiento individual y grupal y se revisaron procesos y procedimientos terapéuticos. La vivencia de observación, integró a la discusión aportaciones de los estudiantes en relación a la auto-observación, el grupo observado y el observador, recuperando los aspectos resignificados a partir de la vivencia terapéutica.

2.- *Programa de Prácticas Profesionales Curriculares*: Del semestre 2006-1 a la fecha se viene realizando en el CSP Dr. Guillermo Dávila, un tipo de práctica profesional supervisada, como apoyo a las materias de Teoría y Técnica de la Entrevista y Psicopatología de la Época del Desarrollo (currículo 1971), mediante la participación de estudiantes en actividades de Preconsulta y Elaboración de Historia Clínica. En ambas materias, se realizan las siguientes actividades de evaluación a través de entrevistas clínicas:

1) La preconsulta busca obtener, en una entrevista de una hora, información suficiente sobre el motivo de consulta, para obtener un criterio diagnóstico inicial y tomar las primeras decisiones clínicas: intervención en crisis, referencia institucional, interconsulta psiquiátrica o de salud general, o bien, continuar el proceso de evaluación en psicodiagnóstico y elaboración de historia clínica.

2) La historia clínica, recoge información sobre el problema actual, estructura de personalidad, áreas familiar, escolar, laboral, social e integración de resultados con el psicodiagnóstico, para establecer diagnóstico, pronóstico y sugerencias de tratamiento.

3) La práctica consiste en observación en grupos de 25 a 30 estudiantes, de entrevistas (preconsulta e historia clínica) conducidas por compañeros (generalmente realizadas en pareja de entrevistadores). El docente se encuentra dentro del grupo observador, para responder a situaciones imprevistas o bien, a las necesidades de intervención que puedan presentarse. Posteriormente, tanto entrevistadores como grupo observador se integran en un espacio, donde el docente se asume como supervisor del proceso para analizar los aspectos teóricos y técnicos

de la entrevista y la movilización generada en entrevistadores y observadores que, como equipo realizan una tarea clínica.

La actividad realizada, permite que cada estudiante o pareja de estudiantes, no sólo entreviste a un paciente, sino que se comprometa en la comprensión, diagnóstico e integración del proceso de evaluación relativo a todos los pacientes que son motivo de observación durante el semestre y que generalmente asciende a 20 pacientes.

III. *Programa de Supervisión Clínica: Eje de formación Profesional en el Centro Comunitario de Atención Psicológica (CCAP) “Los Volcanes”.*

Este centro surgió como iniciativa del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur A.C., en convenio con la Facultad de Psicología, UNAM y fue inaugurado el 26 de noviembre de 2004. Su creación como Centro Comunitario contempló:

1.-La incidencia y prevalencia de problemas y necesidades en la zona del sur del D.F. El centro se ubica en una zona si bien actualmente urbana, proviene en su mayoría de asentamientos irregulares y sin planeación. En esta zona existen carencias en cuanto a servicios públicos y zonas de esparcimiento, hay un alto índice de desempleo y condiciones de trabajo mal remunerado. Presenta incremento importante de problemas relacionados con salud mental: depresión, adicciones, alcoholismo, desintegración familiar, violencia social e intrafamiliar, etc.

2.- El interés de la Facultad de Psicología por abrir espacios de formación profesional en los que participen estudiantes realizando actividades preventivas, de evaluación, intervención e investigación, con el fin de responder y participar en la solución de necesidades de la población.

El objetivo general se dirige a: contribuir a la formación profesional de los estudiantes, participando en actividades preventivas, psicoterapéuticas y de investigación, bajo la asesoría y supervisión de profesores especializados en

diferentes áreas de competencia y desde diversos campos y enfoques teórico-metodológicos de la Psicología.

Entre sus objetivos específicos, se encuentran:

-Proporcionar servicios de evaluación, orientación, psicoterapia, rehabilitación, seguimiento o canalización individual, familiar y grupal, en la zona sur del D. F.

-Realizar actividades preventivas para fomentar la salud, reducir la incidencia de problemas de salud mental y promover el desarrollo integral de la comunidad.

-Desarrollar actividades de investigación orientadas a detectar, comprender y solucionar problemas emocionales y psicosociales.

En este Centro se desarrollan actividades a partir de los siguientes programas:

- *Atención Clínica a Niños, Adolescentes y Adultos.*
- *Formación de Recursos: Servicio Social, Residencias de Maestrías, Práctica profesional supervisada y Programa de Supervisión.*
- *Prevención y actividades de Difusión y Promoción*

El servicio de atención clínica es atendido por prestadores de servicio social, residentes de Maestría con residencia en Psicoterapia Infantil y con residencia en Terapia Familiar, todos ellos con supervisión *in situ* por parte de docentes del centro, con especialidades en psicología clínica y psicoterapia. En el caso de las maestrías, los residentes cuentan además con la supervisión ejercida desde su respectivo programa académico. Las actividades incluyen: Preconsulta; entrevista para evaluación clínica (individual y familiar); psicodiagnóstico; orientación individual y familiar; psicoterapia breve, focalizada y de tiempo limitado; juego diagnóstico y psicoterapia de juego; terapia familiar y de pareja; intervención en crisis; referencia a otras instituciones y seguimiento de casos. Los principales motivos de consulta son: Problemas de aprendizaje, problemas de conducta en casa y escuela, problemas emocionales de diversa índole, violencia y desintegración familiar, depresión y

diversos tipos de duelo, trastornos de ansiedad y carácter, maltrato y abuso sexual infantil, alcoholismo y adicción a drogas, entre otros.

Con el programa de servicio social (desde agosto de 2005) fue posible contar con la presencia y permanencia necesarias para ofrecer un servicio clínico comunitario, en un nivel general de atención primaria a la salud mental. Antes de su ingreso, el personal docente ofrece a los prestadores, un curso de inducción y actualización para el servicio social comunitario con duración de 50 horas.

Los residentes de las maestrías participan en “Los Volcanes” desde agosto de 2007, con su apoyo se logró ampliar el servicio y se ofrece atención especializada en psicoterapia infantil, terapia familiar y de pareja a la población que lo requiere.

Aunque este Centro pretendió inicialmente, operar en un nivel de atención primaria a la salud mental, cabe señalar que el tipo de demanda y urgencia de los problemas, así como la circunstancia socio-económica y cultural en que se insertan, ha generado la necesidad de intervención inmediata ante situaciones de crisis, intervenciones breves y focalizadas, así como la evaluación clínica de los casos, mientras se accede a un tipo de tratamiento especializado. Profesionalmente, esto representa la necesidad de constante búsqueda de actualización en cuanto a estrategias de detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento y, requiere por otra parte, de supervisión estrecha y apoyo teórico y técnico para proponer recursos y procedimientos psicoterapéuticos adecuados al usuario y al motivo de consulta.

En “Los Volcanes”, estudiantes y psicoterapeutas asumen gran responsabilidad, los primeros porque forman parte de programas académicos y de servicio que exigen solución a serios problemas personales, familiares y comunitarios en el campo de la salud mental, y los segundos, por su nivel de compromiso con la Facultad y con la Universidad, participando ampliamente en la formación de recursos profesionales, más allá del aula.

Programa de Supervisión Clínica: La propuesta de supervisión surgió en forma paralela a las actividades de atención comunitaria. Para garantizar la participación, la

condición *sine qua non*, es que el estudiante debe integrarse a procesos de supervisión, para ampliar la cobertura y optimizar la intervención psicoterapéutica.

Se entiende por supervisión clínica a una modalidad de enseñanza que involucra un amplio rango de actividades, éstas incluyen el análisis de competencias conceptuales, técnicas y ético-personales adquiridas durante la formación, y puestas en marcha durante el ejercicio profesional del psicólogo clínico. Abarca diferentes modalidades que van desde la más común relacionada con funciones específicas (evaluación, diagnóstico, psicoterapia) a la supervisión del trabajo institucional y comunitario en relación con el análisis de las tareas asistenciales realizadas (Valenzuela, 2008).

La supervisión como actividad fundamental del CCAP “Los Volcanes”, se realiza en forma individual y colectiva, para analizar los casos de nuevo ingreso y asesorar el trabajo subsecuente de evaluación e intervención que atienden los estudiantes. Además de los prestadores de servicio social y residentes de maestrías, en la supervisión colectiva toman parte estudiantes a partir del 7º semestre, voluntarios y participantes de programas extracurriculares de formación en la práctica. Los diferentes niveles de formación enriquecen el trabajo de supervisión grupal, y permiten incrementar el aprendizaje y desarrollo mutuo de habilidades psicoterapéuticas.

Con base en la experiencia de los programas anteriores, se puede establecer que:

La participación y observación de procesos de entrevista, evaluación clínica y psicoterapia, abre una nueva dimensión para el aprendizaje vivencial en la licenciatura, colocando al observador en varios niveles de participación y análisis de la experiencia. Se movilizan elementos afectivos, intelectuales y actitudinales en un espacio que permite la reflexión sobre la propia implicación y participación como observador.

Resulta de gran importancia el proceso terapéutico personal (individual o grupal) durante la formación del psicólogo clínico, ya que su ejercicio profesional reclama mayor conciencia de su “self en acción e interacción”. Este proceso representa una oportunidad para el desarrollo personal y amplía el horizonte clínico profesional.

Si bien los grupos de observación y supervisión no son terapéuticos en sí mismos, la reactivación y resignificación afectiva que en ellos se genera, permite reflexionar sobre las propias necesidades de solución de conflictos y el lugar que se juega como profesional de la psicología clínica.

PROPUESTA DE UN MODELO DE SUPERVISIÓN PSICOTERAPÉUTICA:

Justificación:

La preparación profesional del psicoterapeuta se logra mediante diferentes ejes de formación: enseñanza teórica, proceso terapéutico personal y supervisión. Estos ejes constituyen, siguiendo la concepción sobre el juego de Winnicott (1982), espacios transicionales que acompañan la evolución del proceso de aprendizaje, el desarrollo personal y el ejercicio psicoterapéutico. La idea de espacio transicional durante la formación del psicoterapeuta, surge a partir de la necesidad de considerar aspectos intermedios o zonas de tránsito, entre lo que está afuera y lo que está adentro, lo que está antes y después, en cuanto a aprehender el conocimiento, las habilidades y definir el yo personal y profesional.

La transición para convertirse en psicoterapeuta, no se vale de juegos regulados o adquiridos como fantasías o rituales, ni de procedimientos o técnicas rígidas que se auto-perpetúan sino que, se sitúa en el origen de la experiencia para buscar el desarrollo de aquellos aspectos genuinos y creativos que como psicoterapeuta, posibilitarán la práctica profesional.

De acuerdo a la propuesta de Schön (1992), la formación profesional del psicólogo clínico para la actividad psicoterapéutica, necesita integrar tres condiciones: *conocimiento en la acción*, para aprender haciendo, integrando el *saber* con el *saber hacer*; *reflexión en la acción*, para contar con la empatía y sabiduría para pensar sobre la práctica psicoterapéutica; y, *reflexión en la acción recíproca*, a través de contar con acompañamiento para examinar la competencia y el manejo “artístico” de los aspectos muchas veces inciertos y no previstos en la teoría, pero muy comunes en la práctica con los pacientes. Estas tres condiciones son los pilares que sustentan la actividad de supervisión, como eje central del entrenamiento profesional clínico y psicoterapéutico.

Conceptualización y Propuesta:

La concepción de supervisión propuesta, integra diversos abordajes: el didáctico se enfoca a integrar teoría y técnica por parte del supervisado y se centra en la relación del terapeuta con el paciente, donde el diagnóstico y conocimiento sobre el eje transferencia-contra-transferencia fomenta mayor comprensión del contenido de las sesiones (Dallal y Castillo, en Lazarini, 1992). Por otra parte, en cuanto a la concepción del rol relacional supervisor-supervisado (González y Simo 1995), en este proceso se integran varios tipos de alianza: alianza pedagógica, para enseñar y aprender sobre lo que ocurre con el paciente; alianza terapéutica, que contiene las ansiedades del supervisado y se apoya el *insight*; y un espacio de aprendizaje mutuo tanto para el supervisado como para el supervisor.

Se enfoca la supervisión como un tipo especial de enseñanza-aprendizaje en la que el psicoterapeuta aporta su experiencia profesional a la formación de estudiantes. Esta actividad comprende el análisis y reflexión sobre la práctica o ejercicio profesional (Schön, 1992) del clínico y puede dirigirse a las tareas de evaluación, psicodiagnóstico, intervención terapéutica o investigación y ser realizada en forma individual o en pequeños grupos.

La supervisión psicoterapéutica representa una forma de docencia que combina el uso de evidencia científica y la propia experiencia del clínico para guiar al

estudiante (terapeuta) en el diagnóstico y tratamiento de pacientes reales. Esta práctica implica un modelo que el terapeuta aplica con su paciente, en forma posterior, se reúne con su profesor (experto) en forma individual o grupal, para analizar y reflexionar sobre la intervención con estricta confidencialidad sobre el material discutido.

Siguiendo a Fernández, A. (2007, en Ussher, 2008) se visualiza la supervisión psicoterapéutica como una co-visión, un mirar con otro la tarea pero recorriendo juntos, supervisor y supervisado, un camino profesional. Representa la posibilidad de aprender, escuchar, analizar, fortalecer una red intersubjetiva de apoyo y sostén, que permita al estudiante en formación, el *saber hacer* a partir del respeto a las diferencias y a través de la incertidumbre y falta de certeza que acompaña a toda práctica profesional.

Propuesta del Modelo:

A continuación se enmarca el enfoque y las consideraciones que le dan sentido como Modelo de Supervisión psicoterapéutica, el cual se plantea como:

**Formativo*, en tanto que surge como parte de la necesidad de entrenamiento de psicólogos clínicos en diferentes momentos de su formación, para adquirir o desarrollar competencias profesionales en el terreno de la psicoterapia, en los niveles de licenciatura y maestría. La propuesta de supervisión psicoterapéutica se aplica necesariamente, a programas institucionales de formación profesional, que surgen de programas universitarios de educación superior y que cuentan con perfiles profesionales de formación general y especializada de los egresados, en relación a la psicoterapia.

**Comunitario*, considerando que, si bien el quehacer del psicólogo clínico se orienta al ejercicio de sus funciones en diferentes ámbitos profesionales, la apertura al trabajo clínico como parte de programas de atención primaria a la salud mental, realizada por estudiantes en escenarios comunitarios, destaca que además de la formación general, éstos deben contar con conocimientos sobre técnicas de

investigación, acercamiento e inserción comunitaria, sobre el marco social, económico, político y cultural, así como las condiciones de desarrollo y el contexto actual, donde habrán de desarrollar sus actividades. Todo esto, con el propósito de planear, diseñar y conducir, no sólo los programas de evaluación e intervención terapéutica que requieren de atención inmediata, sino poder incluir además, a partir de un conocimiento profundo de los recursos y necesidades de la comunidad, programas preventivos acordes a la población que es el foco de atención.

**Holístico*, ya que parte de una concepción integral y bio-psico-socio-cultural del ser humano, de la salud en general y la salud mental en particular. Se trabaja a partir de la cultura e idiosincrasia de los sujetos, para entender la realidad y construir diagnóstico y proyecto terapéutico desde el sujeto en su propia fenomenología (Loubat, 2005), considerando además, el desarrollo y bienestar de la persona en los diferentes momentos del ciclo vital y con sus manifestaciones en las áreas afectiva, cognoscitiva y conductual.

**Integrativo*, al procurar diferentes opciones de abordaje, desde varias perspectivas de la psicología en relación a procesos de evaluación e intervención psicoterapéutica (Fernández y Opazo, 2004) pero que, con el propósito de optimizar la actividad de supervisión, propone integrar diferentes opciones de estrategias y recursos como las que han sido aportadas desde el psicoanálisis, la psicoterapia breve, la psicoterapia de grupo y el enfoque sistémico.

**Plural e incluyente*, porque reconociendo la diversidad y complejidad de la demanda clínica, retoma la diversidad de aportaciones teóricas y técnicas, analizando su pertinencia y adecuación, sin pasar por alto, la necesaria formación que los terapeutas requieren para incluir algunas, en la comprensión e intervención en cada caso (Loubat 2005).

**Orientado a la Reflexión*, al plantear que la formación profesional del psicólogo clínico integra varias situaciones y momentos reflexivos (Schön, 1992): reflexión crítica sobre el propio conocimiento; reflexión sobre la acción en la práctica; y, reflexión en la acción recíproca, a través del proceso de supervisión.

**Orientado a la promoción de Autonomía Profesional*, aceptando que la supervisión en la etapa de formación, requiere transitar desde una fase de dependencia, pasar por una fase de confusión y búsqueda del estilo propio, hacia una fase de independencia o autonomía (Linares y Ortega, 2008). Se orienta a que el diálogo entre los actores del proceso de aprendizaje (supervisor y supervisado) adquiera sentido, resulte significativo y conduzca al ejercicio de un profesional independiente (Díaz-Barriga y Hernández, 2002), en este caso, al ejercicio autónomo, competente, reflexivo y creativo del trabajo clínico psicoterapéutico.

**Orientado hacia una Ética del Cuidado*, para considerar que la supervisión se enmarca como proceso con una doble responsabilidad: Por una parte está el cuidado del paciente, la ética del cuidado presupone respeto a la autonomía, a la autogestión y a la diferencia en relación al paciente o usuario, pero además enfatiza el propio cuidado de sí mismo, del terapeuta como persona y profesional que, al cuidar de otros, opera en diferentes ámbitos y ante diversas condiciones de necesidad y requerimientos de atención. Por tal motivo, se requiere asumir el autocuidado como condición necesaria, *sine qua non*, para la formación y trabajo profesional (Ussher, 2008).

Aspectos éticos que sustentan el Modelo de Supervisión:

Es necesario enfatizar que toda supervisión psicoterapéutica, debe sustentarse en principios y valores éticos que enmarcan el ejercicio profesional de la psicología clínica y la psicoterapia para que el supervisor pueda:

Evaluar las competencias como supervisor, para no ir más allá de las propias capacidades: Además de la experiencia profesional en formación de recursos y actividades de supervisión clínica, es necesaria la formación específica para el desarrollo de competencias de supervisión y la importancia de actualización en este campo (Tanenbaum y Berman 2005).

Identificar y elegir con cuidado el modelo de supervisión: Se recomienda que el supervisor, independientemente de su formación como psicoterapeuta, se familiarice con varios modelos de supervisión, que permitan conocer y afrontar distintas situaciones clínicas, y pueda aprovechar los beneficios que proporciona el empleo de diferentes estrategias, siempre y cuando puedan integrarse a su paradigma de supervisión.

Evitar todo tipo de relaciones duales que contravienen el código ético profesional: El supervisor deberá mantener los límites profesionales de su rol, en los aspectos docente, clínico y personal para evitar caer en conflictos de intereses y generar dilemas éticos de tipo sexual, de poder, económico, etc. (Sociedad Mexicana de Psicología: *Código Ético del Psicólogo*, 2009).

Evaluar las capacidades del supervisado: Se recomienda realizar la evaluación necesaria (cualitativa y/o cuantitativa) para conocer las capacidades, atributos y competencias de los supervisados mediante alguna medida confiable y válida que promueva el control de calidad de la supervisión.

Estar disponible para la supervisión: Sobre todo cuando se trata de supervisar el ejercicio profesional de psicólogos en formación, se requiere asegurar tanto la disponibilidad como la posibilidad del contacto regular, mejor aún si es cara a cara con el supervisado. Si en ocasiones no puede darse el encuentro directo, se asegurar el contacto oportuno por algún otro medio (Tanenbaum y Berman 2005).

Establecer un contrato y un encuadre de supervisión: Para delimitar el proceso y evitar malentendidos en cuanto a tiempo, duración, alcance, honorarios, naturaleza, expectativas, tipo de intervención y enfoque de la supervisión. Un convenio claro y preciso contiene información sobre: el modelo de supervisión y las actividades asociadas, forma de evaluación del progreso, tipo de documentación o registro sobre el caso, objetivos terapéuticos, necesidades de formación del supervisado y recomendaciones del supervisor, entre otras.

Esclarecer niveles de responsabilidad y, cuando es posible, poder contar con seguro de responsabilidad profesional: Es deseable que los supervisores cuenten con

seguro de responsabilidad y conozcan su cobertura. La responsabilidad profesional generalmente se relaciona con negligencia en el proceso de supervisión o con acciones de supervisados que no cuentan con las debidas competencias a nivel de formación. Tratándose de estudiantes en formación, que no cuentan aún con cédula profesional, el supervisor asume mayor responsabilidad por las acciones u omisiones, que puedan perjudicar al paciente.

Ejercicio ético de la supervisión: Es importante la integridad, honestidad y confidencialidad sobre la información que se tiene en cuanto al terapeuta y al paciente. En el caso de estudiantes, es importante e indispensable, informar al paciente de la supervisión para contar con su consentimiento, aunque algunos terapeutas refieren temor de que esto interfiera con su autoridad (Sociedad Mexicana de Psicología: *Código Ético del Psicólogo, 2009*).

Evaluación del proceso de supervisión: Aunque la evaluación de la supervisión es un aspecto poco frecuente, se propone trabajar en su evaluación e investigación: lo más común ha sido la evaluación en función de la formación del terapeuta, pero se requiere trabajar para incluir el impacto del proceso de supervisión sobre el tratamiento del paciente y sobre el propio supervisor, así como la influencia o impacto que ejerce sobre programas de intervención comunitaria e institucional.

Objetivos del Modelo de Supervisión Psicoterapéutica:

Con base en este modelo se identifican objetivos que surgen de la relación supervisor-supervisado orientada al desarrollo de competencias psicoterapéuticas en la formación de psicólogos clínicos:

1.-Identificar el nivel de desarrollo profesional del supervisado y los conocimientos teóricos y técnicos que posee o requiere para ejercer actividades de intervención psicoterapéutica.

2.-Desarrollar la comprensión de la dinámica clínica a la vez que se analiza y reflexiona sobre los propios esquemas referenciales al abordar cada caso.

3.-Desarrollar las capacidades de escucha y observación clínica como habilidades fundamentales del quehacer clínico y psicoterapéutico.

4.-Identificar y enfrentar ansiedades ante el trabajo clínico y la conflictiva de los pacientes, revisando los patrones de interacción del supervisado o del grupo de supervisión.

5.-Identificar y analizar contenidos, etapas o momentos de evolución del tratamiento.

6.-En general se busca promover de manera óptima el desarrollo de la identidad en cuanto al rol de psicoterapeuta para: asumir responsabilidad con respecto al bienestar del paciente, captar su problemática, elaborar un diagnóstico integral, conocer y manejar procesos transferenciales y contra-transferenciales, elegir los recursos terapéuticos apropiados, elaborar la resignificación de conflictos, reconocer y asumir las capacidades y limitaciones, así como desarrollar la capacidad de empatía y de tolerancia a la frustración.

Actividades y Estrategias:

Actividades:

Este Modelo de Supervisión, si bien orientado a la actividad psicoterapéutica, parte de una concepción clínica integral que no puede dejar de involucrar el trabajo y los momentos que tienen lugar en toda metodología clínica. Se enuncian los pasos generales del método clínico que de manera general se incluyen en el proceso de supervisión aunque, como es bien sabido, puede tratarse de una secuencia de acciones que en la práctica clínica no necesariamente siguen un orden rígido ya se puedan llevar a cabo intervenciones desde la fase de exploración o evaluación.

- *Observación, exploración y detección del caso
- *Evaluación y diagnóstico integral
- *Planteamiento de objetivos de la intervención
- *Planeación y diseño de un proyecto terapéutico
- *Desarrollo del proceso de psicoterapia
- *Terminación del proceso, sesiones de seguimiento

A continuación, se enuncian algunas tareas que pueden incluirse en un formato de supervisión, con la idea de ordenar o jerarquizar varios aspectos que necesitan ser enfocados y recogidos sobre el material clínico, en diferentes momentos del proceso:

1. Establecimiento de objetivos, encuadre y contexto de intervención: Es importante que en un primer momento del proceso, se defina el tipo de aproximación teórica y técnica que sustentará tanto la intervención como la misma supervisión. A partir de esto se establece el marco de la relación, el tipo de alianza, se definen los roles supervisor-supervisado, los fenómenos que se enfocarán en el proceso y el espacio en que tiene lugar el ejercicio clínico profesional, ya sea institucional, comunitario o privado.
2. Foco dirigido a la reflexión sobre el contenido de la sesión (Hawkins y Shohet, 1989): Comprende los temas manifiestos, aspectos latentes y resistencias, el tipo, contenido y nivel de comunicación e interacción.
3. Foco dirigido a explorar los procedimientos y técnicas de intervención del terapeuta (Hawkins y Shohet, 1989): Se dirige a las estrategias de intervención propiamente dichas, los recursos empleados en el proceso de psicoterapia, el *timing*, así como las opciones y alternativas que pueden ser aprovechadas.
4. Exploración del proceso general de la terapia: Se refiere a supervisar el curso general del proceso, su evolución con sus altas y bajas, principales

desequilibrios, situaciones de tensiones y momentos de crisis, diferentes etapas, situación actual.

5. Exploración del vínculo terapeuta-paciente: Enfoque sobre la transferencia y la contratransferencia del terapeuta, esta exploración involucra la alianza terapéutica, misma que puede involucrar a un terapeuta, a coterapeutas o a un equipo de terapeutas y, por la parte clínica, a un individuo, familia, pareja o grupo.
6. Exploración del vínculo supervisor-supervisado: La situación vincular puede corresponder a un supervisor o equipo de supervisores y a un supervisado o grupo de supervisados. Es importante reflexionar sobre el tipo de relación, las depositaciones e identificaciones, el tipo de expectativas de ambas partes.
7. Enfoque sobre la relación entre proceso terapéutico y la vida real: A partir de este foco de la supervisión, se reconocen los logros alcanzados y su incidencia en varios aspectos de la vida de relación del paciente, la forma en que el proceso psicoterapéutico ha logrado mayor elaboración y ha impactado la vida social, familiar o personal.
8. Enfoque sobre la contratransferencia del supervisor: Bajo esta modalidad de trabajo, la supervisión permite recoger las movilizaciones y la resonancia afectiva que tanto el proceso terapéutico como el de supervisión generan en el supervisor, la forma en que éste se identifica proyectivamente con el paciente o con el terapeuta y, de cuya reflexión compartida, puede beneficiarse tanto el terapeuta como el mismo proceso terapéutico.

Estrategias:

La actividad supervisora se puede enriquecer incluyendo alguna o varias de las siguientes estrategias:

-Supervisión directa en vivo (por cámara de gessel o dentro del espacio clínico)

-Supervisión indirecta o narrada

-Supervisión con diversos tipos de intervención simulada

-Supervisión grupal

-Grupo de supervisión para el trabajo de psicoterapia de grupo, bajo el eje vivencial- formativo (Carrillo, 1991) cuyo dispositivo incluye uno o varios procedimientos: observación silenciosa, observación participante, coterapia, grupo Balint, psicodrama psicoanalítico de formación, grupos T y supervisión vivencial. La supervisión se desarrolla en tres unidades de una hora cada una: En la primera se presenta el material sin apoyo escrito, para dilucidar el fantasma inconsciente, las cadenas de resonancias y el juego identificatorio. En la segunda, se realiza un nuevo nivel de análisis por medio del psicodrama analítico en el que participan todos los miembros del grupo de supervisión. En la tercera, se realizan reflexiones teórico-clínicas, comentarios y ejercicios sobre las intervenciones e interpretaciones de acuerdo al grupo supervisado.

-Equipo Reflexivo: Davison y Lussardi (1991) proponen incluir en este proceso, las tres o alguna de las siguientes actividades:

1.-Un integrante del equipo entrevista al terapeuta sobre el caso, mientras el resto del equipo reflexiona sobre lo que escucha.

2.-El entrevistador hace preguntas circulares sobre lo que llevó al terapeuta a discutir el caso, problemas que enfrenta y las explicaciones que se ha dado.

3.-Al finalizar la entrevista, el equipo expone sus reflexiones. Supervisado y supervisor pueden retomar o no dichos comentarios.

- Se puede utilizar el equipo reflexivo en grupos de supervisión, con base en el desarrollo de tres formatos (Fernández, London y Tarragona, 2005):

1.-Un terapeuta consultante narra una situación clínica a todos los miembros del equipo, mientras los integrantes escuchan en silencio.

2.-Un miembro del equipo entrevista a un terapeuta sobre una situación clínica mientras el resto escucha. Al final, el equipo conversa entre sí con el fin de dar voz a las ideas generadas al escuchar y co-construir nuevas ideas.

3.-Combinación de narración por el terapeuta, preguntas, comentarios, reflexiones del equipo, conversaciones entre integrantes sobre la entrevista.

- Equipo Reflexivo como herramienta de Auto-supervisión (Paquentin, 2002)

Tipos de Supervisión:

Durante la formación clínica y psicoterapéutica, se pueden establecer varios tipos de supervisión, esto dependerá de considerar los siguientes factores:

Según la etapa y objetivos de formación:

- *Supervisión clínica general:* Se realiza sobre actividades relacionadas con la aplicación de metodología clínica y de competencias generales requeridas en el ejercicio profesional del psicólogo clínico.
- *Supervisión por programa de formación:* En relación a diferentes programas académicos: Servicio social, Prácticas profesionales, Programas de Residencia de Maestrías, Formación en la Práctica, entre otros.

Según tipo y nivel de intervención psicoterapéutica (puede incluirse enfoque teórico):

- *Supervisión de Psicoterapia Individual:* El proceso terapéutico supervisado, incluye a un solo paciente.
- *Supervisión de Psicoterapia Grupal:* Se refiere a la supervisión de procesos de psicoterapia grupal, la que a su vez, puede llevarse a cabo desde diferentes aproximaciones teórico-técnicas.
- *Terapia Familiar o de Pareja:* Supervisión de procesos de terapia familiar, desde varias escuelas y visiones teóricas surgidas del enfoque sistémico.

Según el número de supervisados que participan:

- *Individual*: Se realiza entre un supervisado y un supervisor para analizar la evaluación o tratamiento de los casos, es el tipo de supervisión más común.
- *Grupal o colectiva*: Puede involucrar a un supervisor o equipo de supervisores e incluye a varios supervisados que pueden estar en uno o en varios niveles de formación profesional. El contexto grupal promueve el intercambio de ideas así como plantear y replantear hipótesis para guiar la intervención clínica. Constituye un espacio para clarificar la contra-transferencia y aprovecharla como recurso diagnóstico y terapéutico. El contexto relacional, expone el desempeño de un estudiante en contraste con su papel como terapeuta.

Según el momento de intervención clínica:

- *Inicial*: Se realiza durante o después del primer encuentro clínico o bien, después de la primera entrevista, promueve el desarrollo de habilidades de observación, detección y evaluación clínicas. Permite plantear y decidir en forma inmediata, las primeras acciones: intervención en crisis, ampliar el proceso de evaluación, realizar historia clínica, iniciar psicodiagnóstico, visualizar objetivos psicoterapéuticos, plantear interconsultas o si la situación lo amerita, referir el caso a otra institución.
- *Subsecuente o de proceso*: Se lleva a cabo para analizar el desarrollo de procesos de evaluación y/o psicoterapia, o bien, para considerar la referencia institucional o la terminación de un tratamiento. Es un tipo de acompañamiento que permite adquirir comprensión integral sobre el caso y el proceso completo de intervención.

Según el grado de experiencia y participación clínica (Valenzuela, 2008):

- *Supervisión cruzada o de pares*: Se trata de la supervisión del trabajo que realizan dos o más psicólogos en un mismo nivel de formación, quienes participan conjuntamente en un proceso de evaluación, psicodiagnóstico,

orientación y/o psicoterapia (coterapia). Durante la supervisión cada psicólogo ofrece y a la vez obtiene diferentes miradas sobre el mismo caso que pueden enriquecer la comprensión integral del mismo, de igual forma, se puede ampliar la comprensión de los procesos y procedimientos, obtener mayor conocimiento sobre el desempeño personal y sobre su actuación como equipo clínico en los casos atendidos.

- *Supervisión por diseminación:* Es aquella que tiene lugar cuando el nivel de experiencia de psicólogos avanzados en formación y trabajo clínico, redundan en beneficio de los que inician su ejercicio profesional. También es conocida como “supervisión en cascada”, o de multiplicación; en ésta, los psicólogos con mayor y menor experiencia profesional, colaboran conjuntamente en actividades de evaluación, tratamiento o durante la supervisión misma. Corresponde a la puesta en juego de competencias de evaluación o intervención por parte de los primeros, mientras los segundos toman parte en la observación clínica, en un principio como observadores no participantes y después como participantes, para ir teniendo durante el entrenamiento, un grado creciente de participación, hasta llegar a ser responsables de actividades clínicas específicas. Puede incluir la participación conjunta de psicólogos clínicos (de mayor a menor nivel de experiencia): psicoterapeutas especialistas, estudiantes de maestrías profesionalizantes, estudiantes prestadores de servicio social, estudiantes de licenciatura en programas de práctica profesional supervisada, voluntarios, entre otros.

Registro y Evaluación:

Registro: Toda supervisión es una actividad que necesita clarificar sus objetivos, marcar los límites con los supervisados y que además, necesita ser documentada. Cada vez es más frecuente, que los supervisores consideren la importancia de contar con registros y documentación de la supervisión para justificar cuando sea necesario, mediante vías institucionales o legales, su actuación ante supervisados o

pacientes. El registro tiene gran valor sobre todo, cuando se necesita delimitar el alcance de la supervisión y la responsabilidad en relación a los supervisados, los pacientes o las instituciones.

El Formulario para Registro de la Supervisión FRS, (Bridge y Bascue 1988, en Bridge y Bascue, 2005), ofrece una perspectiva del contenido y los requerimientos de información más importantes para documentar la supervisión. Es un documento breve que incluye aspectos teóricos, clínicos y relacionales en la supervisión (anexo 1).

Aunque fue diseñado para supervisión individual, se puede utilizar en supervisión grupal y adaptarse a programas académicos específicos (licenciatura o posgrado). Se propone el siguiente Registro de Supervisión (ver anexo 3) *Lo que aparece en cursivas, corresponde a la información que se propone incluir:*

En cuanto a los datos de identificación: *institución o centro de trabajo, fecha, nombre del supervisor, nombre del supervisado o datos del grupo de supervisión, programa de formación (licenciatura, especialización o maestría), sesión (Inicial, subsecuente, de terminación), objetivo u objetivos de la supervisión.*

*La primera sección incluye el número de sesión de supervisión, información para identificación del caso, *individual, familiar o de grupo* y las preocupaciones o dudas respectivas del supervisado. *El supervisor puede agregar uno o más objetivos para cada sesión de supervisión o preocupación del supervisado.*

*Otro apartado corresponde a la supervisión propiamente dicha, permite que el supervisor registre su opinión sobre el proceso. Incluye la propuesta de documentos que necesitan ser revisados sobre el caso, registros previos sobre el mismo, así como informes de pruebas psicológicas u otros materiales. Se pueden asentar los aspectos teóricos comentados, observaciones del supervisor sobre la interacción que se establece con el supervisado y su opinión sobre el grado de *insight* o autoconciencia, consideraciones sobre las características de personalidad del terapeuta que puedan afectar el tratamiento, así como opiniones y juicios sobre la calidad y adecuación del tratamiento proporcionado por el supervisado.

Cuando se trata de grupos de supervisión, en esta sección se recomienda incluir las observaciones, propuestas, opiniones y evaluaciones del grupo, además de identificaciones, resonancias, resistencias, ansiedades y defensas surgidas en la supervisión. Este material se incluye después de analizar y evaluar con el grupo, la cualidad de su aportación para la comprensión del caso y el proceso terapéutico y, cuando se generen elementos de juicio para posibles sugerencias de tratamiento o de formación del supervisado. El registro generalmente se realiza posteriormente pero resultaría muy enriquecedora su realización en el proceso de trabajo del mismo grupo.

*La última parte se refiere a recomendaciones del supervisor, su punto de vista sobre el tratamiento o en relación a necesidades de formación y preparación del supervisado (propuesta de lecturas o seminarios). Esta sección puede incluir comentarios adicionales sobre el plan de seguimiento del caso. (ver anexo 3)

Evaluación: Se recomienda que en forma periódica, el supervisor evalúe cualitativamente el avance o progreso del supervisado o grupo de supervisión. Siguiendo lo planteado por Albuérne (2000) (ver anexo 4), se propone integrar periódicamente evaluación sobre:

- 1.-Aspectos operativos: En cuanto al manejo del material que será supervisado y la forma en que asume e integra su presentación.
- 2.-Aspectos cognitivos: Manejo y aplicación clínica de aspectos teóricos, técnicos y conceptuales.
- 3.-Capacidad y habilidades clínicas: Capacidades relacionadas con el desarrollo de la intervención y el encuentro con el paciente.
- 4.-Manejo de problemas: Del paciente y los que surgen en la relación terapéutica.
- 5.- Integración en la supervisión: Relaciones con supervisor y en su caso, grupo de supervisión.

5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Sobre supervisión y supervisión psicoterapéutica:

A pesar de la importancia que las instituciones de educación superior confieren a la supervisión en la formación de psicólogos clínicos, existen pocas propuestas o programas específicos para desarrollar esta actividad a nivel licenciatura. De manera general, la mayoría de los programas de supervisión han funcionado como parte de la formación de terapeutas en los niveles de posgrado, sólo en contadas ocasiones se han integrado al *currículum* de la licenciatura (Baringoltz, 2000; Jiménez, 2004; Hess, 1987, en Bridge y Bascue, 2005; Robiner, Fuhrman, y Bobbit, 2005).

Si bien es cierto que en nuestro país son escasos los programas de supervisión psicoterapéutica, más escasos aún resultan los programas para formar supervisores y cuando éstos existen, generalmente se integran a la formación en psicoterapia que ofrecen las mismas instituciones de formación. En este sentido, cabe destacar que la formación de terapeutas sistémicos ha sido la que más ha generado y profesionalizado propuestas de formación para supervisores (Espejel, 2000; Desatnik, Franklin y Rubli, 1999; López M, 1988).

Al proponer la inclusión de programas de supervisión psicoterapéutica como recurso fundamental de aprendizaje desde la licenciatura, se espera enriquecer la formación general del psicólogo clínico al contar con un tipo de relación docente de corte experiencial, relación que cuando es realizada en equipo, promueve la participación con un grupo de pares que comparte objetivos y apoya la reflexión conjunta sobre la práctica profesional.

De acuerdo a lo planteado por Schön (1992), la supervisión integra el *conocimiento en la acción*, para participar activamente en el propio aprendizaje; la *reflexión en la acción*, para comprender y aplicar el saber ejerciendo y pensando sobre la práctica profesional; y, la *reflexión en la acción recíproca*, para examinar con el supervisor y si es el caso, con el grupo de supervisión, la competencia y el manejo de la

práctica, misma que puede llegar a ser “artística”, cuando se atiende a los aspectos no previstos en la teoría, pero que son muy comunes en el trabajo profesional.

La supervisión psicoterapéutica representa un proceso muy diverso en cuanto a necesidades, objetivos, tipos y momentos en que se realiza. Generalmente se dirige a estudiantes y terapeutas en formación, aunque de igual forma puede dirigirse a terapeutas en su ejercicio profesional o a equipos clínicos que laboran en diversas instituciones o centros de trabajo.

En cuanto a los supervisores, puede decirse que provienen de diferentes aproximaciones y despliegan un amplio espectro de procedimientos que los han conducido a desarrollar definiciones y estrategias diversas para referirse a la práctica supervisora. Por otra parte, no puede afirmarse que exista la definición única, cierta o correcta de supervisión o supervisión psicoterapéutica, cada modelo comprende y orienta desde su perspectiva esta actividad aunque, a pesar de las diferencias, también comparten puntos de coincidencia. La principal coincidencia estriba en que cada modelo define la supervisión partiendo de la idea de un profesional con mayor conocimiento y experiencia que ayuda a otro en su solicitud de apoyo, orientación o formación.

La diversidad de roles y funciones referidas al supervisor y la complejidad de los vínculos que establece con el terapeuta, el paciente y la relación terapéutica, conduce a plantear como algo impostergable, la necesidad de poder contar con programas de formación de supervisores para apoyar la formación de recursos dentro de la Psicología Clínica y particularmente de la psicoterapia.

La supervisión en psicoterapia posibilita esclarecer diversos vínculos del supervisado (con los pacientes, con el supervisor, con la institución), contiene y da forma a sus capacidades profesionales y le permite introducirse en una forma diferente de comprender y realizar su trabajo. Proporciona apoyo a nivel emocional y desarrolla seguridad en el ejercicio psicoterapéutico, esto redundando directa e indirectamente en la calidad de la formación y en los servicios de atención. El aumento en la comprensión de las personas conduce a dar sentido a lo percibido en relación con el conocimiento previo, abriendo así nuevas oportunidades de aprendizaje.

El proceso de supervisión permite al supervisado darse cuenta de sus propias capacidades, sentimientos y recursos y también de sus limitaciones personales y profesionales. Contribuye además al aprendizaje a través de la experiencia, a la adquisición de estrategias de acción y también a aceptar los puntos débiles y aquello que se ignora, para asimilar nuevos aprendizajes que podrán emplearse en el trabajo con más personas (Grinberg, 1975; Puig, 2009).

Así como la supervisión promueve la posibilidad de aprender también puede conducir a “desaprender”, como una forma de poner en tela de juicio el conocimiento pasivo para abrir el campo a nuevos aprendizajes. Lo que se promueve ante todo, es el tránsito hacia la autonomía profesional y la independencia incrementando el autoconocimiento personal y profesional (Schön, 1992; Linares y Ortega, 2008).

Es importante resaltar que el espacio de supervisión representa el lugar idóneo para abordar los principales riesgos o dificultades asociadas al ejercicio de los terapeutas que inician su trabajo, como pueden ser: problemas personales del terapeuta; dificultades en su dinámica familiar; problemas asociados a errores técnicos o estratégicos; al igual que riesgos relativos a dificultades epistemológicas o a dificultades de relación con el supervisor o con el grupo de formación (Linares y Ortega, 2008). Se pueden agregar otra modalidad de riesgos relacionados con el contexto de trabajo, las características de los pacientes y el tipo de problemas que se atienden como puede ocurrir en ámbitos comunitarios, instituciones de reclusión, casas-hogar, entre otros.

En cuanto a la formación de recursos profesionales, parece haber coincidencia en que los métodos de formación de terapeutas no han cambiado substancialmente, éstos incluyen actividades de formación teórica y práctica, proceso terapéutico personal y supervisión, esta última comprende actividades que pocas veces se documentan o evalúan. Sin duda, es necesario seguir trabajando para fomentar la cultura de registro y evaluación de las actividades de supervisión y de ser posible, desarrollar investigación sobre este proceso en relación con variables propias del terapeuta, el supervisor, el paciente y el modelo de psicoterapia.

Considerando las aportaciones de los cuatro enfoques psicoterapéuticos revisados en cuanto a su perspectiva de supervisión, se desprende la importancia de enfatizar que el objetivo más importante de toda formación no se refiere a cómo entrenar efectivamente psicoterapeutas psicoanalíticos, de tiempo limitado, de grupo o sistémicos, sino cómo formar psicoterapeutas capaces de desempeñarse con habilidad, independientemente de la aproximación terapéutica que utilicen. Si se puede lograr la formación de buenos terapeutas, entrenarlos en la conducción específica de un modelo particular puede representar una tarea relativamente más fácil.

Sobre supervisión y desarrollo profesional:

Mediante una estructura de análisis que visualiza la supervisión como proceso de integración y construcción de saberes y que se orienta a esclarecer situaciones en función de la complejidad profesional, se propone analizar el desarrollo profesional del psicólogo en su función psicoterapéutica partiendo de los ejes de indagación propuestos por Puig (2009), mismos que pueden ser comprendidos como líneas o ejes de desarrollo simultáneo.

A continuación se integra la reflexión sobre seis aspectos relacionados con las principales concepciones que sustentan este trabajo:

1.- *Sobre la Construcción del saber:* La formación de terapeutas sigue un recorrido que evoluciona del saber inicial al saber contingente o consecuente. Una función central de la supervisión psicoterapéutica, es construir un saber a partir de la intervención, un saber consecuente que se genera después de la acción, se funda primero en el hacer y desde ahí, se establece un diálogo con la teoría.

Lo necesario para intervenir como psicoterapeuta debe conocerse *a priori*, esto es la teoría, la técnica y los procedimientos pero, el saber consecuente sólo se puede conocer *a posteriori*, después de la intervención para elaborar supuestos, dudas, desafíos y preguntas sobre la misma. En supervisión se trata la información de forma creativa para facilitar el análisis de soluciones alternativas en un ámbito de

reflexión sistemática (Schön, 1992) y sin tener que ejercer funciones de “control”. Reflexionar sobre la actividad profesional, es una rica experiencia que permite aprender a aprender y que al ser analizada permite acceder a nuevos aprendizajes.

2.-Integración de Sujeto y Sujeto-Profesional: Significa que toda elección de profesión, especialidad o formación complementaria, representa un hito en la trayectoria vital. La formación implica transformaciones personales que van más allá de los conocimientos adquiridos o de su visión como medio de sustento. La elección está condicionada por la propia historia y en el mejor de los casos, por una idealización legítima o sublimación de los objetivos perseguidos, pero al constituirse el sujeto-profesional se asume el compromiso de traspasar, mediante el autoconocimiento, las ataduras y conflictos que pudieran deslegitimar la elección.

La decisión de formarse como psicólogo clínico y ejercer como psicoterapeuta, requiere revisar los componentes de la propia identidad, en el sentido de que esta actividad, se dirige a la difícil tarea de ayudar a otras personas a ayudarse a sí mismas en la conducción de sus vidas. En la integración del sujeto-profesional, persona, profesión y función (clínico-psicoterapeuta), constituyen una unidad en constante interacción. El desarrollo profesional es un proceso continuo que ocurre a través de integrar el saber con lo emocional y con la capacidad de actuar como terapeuta esto es, como ser integrado a la vez que integrador.

3.- Pasaje de la Reflexión a la Reflexión Autónoma: Esta línea representa el desarrollo desde el pensamiento y la reflexión común, hasta la reflexión autónoma y sistemática sobre la acción profesional. Como plantea Kersting (1999, en Puig, 2009), la supervisión es un sistema de reflexión y de autorreflexión, constituye un proceso circular y una observación de la observación que lleva a ver las cosas desde otra perspectiva. Al fortalecer los aspectos de autonomía y reflexión se interpreta y analiza la experiencia para poder aprender de ella. En cuanto a su proceso personal, el supervisado adquiere nuevas perspectivas que le ayudarán a hacer explícitos los valores y experiencias que influyen en su toma de decisión.

Los efectos de la reflexión autónoma sobre la práctica psicoterapéutica, pueden no ocurrir en las sesiones de supervisión, pero se hacen evidentes en varias situaciones que aborda en su desempeño y fomentan la calidad y competencia profesional. Si esta reflexión no se diera, existe el riesgo de rigidizarse en formas habituales de reacción. La tarea clínica lleva a experimentar sorpresa, perplejidad y a veces hasta confusión ante determinados pacientes, interacciones o situaciones pero el hecho de reflexionar sobre las hipótesis durante la supervisión, promueve nuevas formas de comprensión de los fenómenos y por tanto, de intervenir en ellos.

4.- Tránsito de la Dependencia a la Independencia profesional: Implica la evolución y crecimiento necesarios, para atravesar la fase de confusión que antecede a la propia definición como profesional independiente. La dependencia puede proveer la seguridad que se obtiene desde el saber de los otros, pero la independencia implica autonomía y responsabilidad, porque representa asumir la propia integración personal y profesional del saber que habrá de ponerse en marcha.

Forma parte del diagnóstico en supervisión, como resultado de analizar situaciones en las que actúa un profesional, así como diversos sistemas que condicionan la intervención. El espacio de supervisión se convierte en una observación distanciada de la práctica, pero desde la práctica, permite al terapeuta reflexionar sobre su saber, explorar explicaciones previas sobre el caso y desde esa explicación, definir su propia comprensión e intervención. La reflexión distanciada permite corregir, ya que puede generar críticas sobre la forma de comprender la práctica y así, conducir a la adopción de nuevos sentidos ante las situaciones singulares o de incertidumbre de la práctica psicoterapéutica (Schön, 1992).

5.- Pasaje de la Aplicación Técnica a la Intervención Creativa: Esta línea define por sí sola el devenir de la psicoterapia y el oficio de psicoterapeuta. La psicoterapia ha dejado de ser concebida como la mera aplicación de técnicas que tienen valor por sí mismas o que puedan ser generalizables. La psicoterapia ha llegado a entenderse en muchos aspectos como la forma de expresión de un arte, el arte de la clínica y el clínico. No se trata de menospreciar las teorías, las estrategias y los procedimientos que permiten intervenir en el ámbito clínico, por el contrario, toda intervención

creativa parte y requiere de su conocimiento, pero pretende alcanzar una especie de sublimación y simbolización de los procedimientos técnicos, con la idea de trascender las concepciones estructuradas desde lo general (rígidas y anónimas) para lograr su adecuación a partir de los requerimientos de cada caso o situación.

6.- *Integración de la Necesidad de Cuidar a otros y el Autocuidado para Cuidar:* La supervisión requiere funcionar como mecanismo que permite desarrollar cuidado de sí mismo al intervenir con otras personas. Este auto-cuidado no se dirige a la defensa del usuario aunque indirectamente le beneficia, se trata de un mecanismo de protección del psicoterapeuta, como requisito imprescindible para trabajar en situaciones difíciles. La supervisión debe generar los cuidados preventivos necesarios en los aspectos subjetivo y social, en personas que participan en contextos o ámbitos complejos de intervención. El aceptar la necesidad de autocuidado debe conducir al desarrollo de las propias competencias, a actualizar los conocimientos y a procurar el crecimiento y análisis personal que permita mayor autoconocimiento para ser incorporado en la vida cotidiana, personal y profesional.

Algunas herramientas de auto-protección del psicoterapeuta pueden incluir: Evitar el trabajo solitario que puede aislar y desgastar buscando la coordinación y la cooperación con otros terapeutas; beneficiarse en lo posible, del trabajo en equipo para la atención de buena parte de sus pacientes; desarrollar redes de colaboración e intercambio de información para interconsultas o derivación del casos, elaboración de planes de intervención acordes a sus posibilidades; y ni que decir de procurar cuidado físico y médico, promover redes de intercambio y apoyo social, compartir con los grupos de amigos, buscar actividades culturales y de recreación, procurar el descanso y siempre que sea posible vacacionar cuando sea posible, disfrutar del tiempo libre entre otros.

Sobre el Modelo de Supervisión Psicoterapéutica:

Con referencia al Modelo propuesto para el trabajo en la clínica comunitaria e institucional, se pueden agregar las siguientes reflexiones:

Se propone como *formativo* ya que con este modelo se busca la adquisición y el desarrollo de competencias profesionales en el terreno de la psicoterapia desde los niveles de licenciatura o maestría. Como se evidencia en los antecedentes, surge y se promueve a partir de las necesidades de formación de recursos profesionales en la psicología y de esta forma, se propone que sea aplicado principalmente en programas institucionales de formación de psicólogos clínicos.

Tratándose de estudiantes en formación, esta propuesta considera la importancia de un modelo de supervisión psicoterapéutica muy cercano al supervisado y a los requerimientos de atención clínica que habrán de ser su objeto de atención. Deberá tomar en cuenta diversas necesidades y/o recursos de los supervisados, ya que éstos pueden encontrarse en diferentes momentos o niveles de formación en cuanto a: nivel de preparación y competencia profesional, grado de autoconocimiento en relación a la propia experiencia psicoterapéutica, desarrollo personal y momento del ciclo vital que atraviesan, capacidad para beneficiarse de su experiencia de vida y para enfrentar y solucionar problemas, habilidades de comunicación, así como interés, responsabilidad, sensibilidad, flexibilidad y empatía en relación al trabajo con pacientes, entre otros.

Considerada como propuesta *integrativa* de supervisión, habrá de procurar diferentes opciones para la evaluación e intervención psicoterapéutica. Toma en cuenta la integración de estrategias y recursos para optimizar la supervisión, principalmente los aportados por el psicoanálisis, la psicoterapia breve, la psicoterapia de grupo y el enfoque sistémico. De cada aproximación se considera su relevancia teórica y técnica sin dejar de analizar su pertinencia y adecuación a los requerimientos específicos de supervisión (Loubat 2005). En este aspecto y en concordancia con las reflexiones del tercer capítulo, se establece que:

Desde el planteamiento psicoanalítico, el proceso de supervisión no deberá ser equivalente a un análisis del terapeuta, se debe tener presente que supervisado y supervisor trabajan con miradas y propósitos diferentes. Al supervisado le compete analizar los conflictos, estructura de personalidad y posibilidades de cambio en su paciente, el supervisor en cambio, se dirige y trabaja con la manera en que dichos conflictos y estructura se ponen en juego en la actividad que lleva a cabo el terapeuta.

Sin duda, la supervisión debe incluir un manejo adecuado de los complejos procesos de transferencia y contratransferencia que ocurren tanto en la sesión terapéutica como en la de supervisión, con el propósito de apoyar tanto el curso del tratamiento como la formación del terapeuta y su ejercicio profesional autónomo. Esto adquiere particular relevancia cuando se trata de psicólogos que inician la intervención psicoterapéutica y desarrollan su actividad en programas de salud mental comunitaria, donde se abordan problemas que, además de la conflictiva emocional que representan, pueden involucrar serias condiciones de carencia, riesgo y vulnerabilidad en el aspecto personal, familiar y social. Por tanto, además de la supervisión, el terapeuta debe estar trabajando (o haber trabajado) en su propia situación analítica, por adquirir el suficiente *insight* que, además de ampliar el saber sobre sí mismo, le permita manejar la resonancia afectiva que el encuentro con los pacientes le significa.

Por otra parte, los tratamientos de psicoterapia breve y de grupo constituyen la principal elección en programas clínicos institucionales y comunitarios, ya que en un tiempo limitado o mediante las bondades de la fenomenología y dispositivos grupales que involucran la interacción de varias personas, permiten responder a la demanda de atención que plantean múltiples problemas y necesidades de salud mental. En cuanto a supervisión, el propósito más importante de todo enfoque breve pero también de toda psicoterapia, es formar psicoterapeutas que se desempeñen con habilidad en el corto plazo. Además, cuando la supervisión se realiza en un equipo cohesionado constituye un pilar profesional que facilita un enfoque amplio y flexible sobre los casos y presenta ventajas tales como: ampliar la visión del paciente desde múltiples miradas, escuchar y

proponer alternativas de acción, aprender de los casos propios y de los ajenos y equilibrar el sesgo del supervisor a partir de todas las voces, perspectivas y construcciones de los integrantes.

En cuanto a la formación de terapeutas sistémicos, existe coincidencia en la necesidad de partir de que todo terapeuta aprende haciendo pero prioritariamente dentro de condiciones de supervisión, ya sea que ésta sea en vivo a través de un espejo unidireccional o mediante estrategias de equipo reflexivo o de forma indirecta, mediante la narración o videograbación que realiza el supervisado o el equipo de supervisión. El desarrollo de un proceso de observación de *sesión-pausa-devolución-tareas* (Vargas *et al.*, 2003), constituye una acción tutorial continua donde participan la familia, el terapeuta o pareja terapéutica, el equipo integrado por otros terapeutas en formación y el supervisor. Este proceso se indica sobre todo para terapeutas en etapa de formación ya que además de procurar el desarrollo de capacidades, habilidades y técnicas o la revisión de supuestos teóricos, apoya la superación de obstáculos durante la misma.

El Equipo Reflexivo (Andersen, 1994) surgido de una concepción posmoderna, puede ser ampliamente utilizado en el trabajo con familias y en el entrenamiento y la supervisión de terapeutas. Su flexibilidad y libertad promueve lo que se conoce como comunidad de aprendizaje (Fernández, *et al.*, 2002). De esta concepción se pueden recoger algunas estrategias para apoyar la formación de terapeutas y el proceso de supervisión en la clínica comunitaria, privada o institucional.

En tanto *comunitario*, este modelo destaca que además de la formación general, los estudiantes deben saber de técnicas de investigación, acercamiento e inserción comunitaria, ya sea para trabajar directamente con población comunitaria o bien para atender a la población, que enfocada como comunidad se constituye por los usuarios de diferentes instituciones de salud, educativas o sociales. Se requiere contar con conocimientos generales sobre los antecedentes que dieron origen a la comunidad o institución en cuestión, su nivel de desarrollo y funcionamiento actual, el marco social, económico, político y cultural en que se insertan, sus principales necesidades y recursos de salud y bienestar, así como conocer las condiciones y el contexto donde habrán de realizarse las actividades clínicas y psicoterapéuticas.

Su concepción *holística* propone una concepción integral y bio-psico-socio-cultural del ser humano, aplicable a la concepción de salud en general y salud mental en particular. La visión holística aborda la completud de la persona y considera su desarrollo y bienestar en diferentes momentos del ciclo vital y sus manifestaciones en las áreas afectiva, cognoscitiva y conductual (Loubat, 2005).

Con un enfoque *plural e incluyente*, el modelo reconoce la complejidad y diversidad de los usuarios y de las necesidades de atención clínica pero desde una perspectiva de equidad, procurando en todo momento la inclusión de los casos que pueden ser atendidos, inclusión que habrá de regirse por criterios de competencia y habilidades para su manejo o, cuando es necesario, saber cuándo y en qué forma hacer la derivación o referencia institucional de los mismos.

Desde una *orientación reflexiva* se plantea que la formación profesional del psicólogo clínico integra varios momentos y espacios de reflexión (Schön, 1992) como los que se refieren a reflexionar sobre el caudal de conocimientos adquiridos, sobre la acción para la puesta en práctica de los mismos y sobre todo en la reflexión durante la acción recíproca de la supervisión.

Se orienta a promover *autonomía profesional* porque se acepta que la supervisión requiere transitar desde una fase de dependencia a una de búsqueda del estilo propio y después, a una fase de independencia o autonomía profesional como psicólogos y psicoterapeutas (Linares y Ortega, 2008).

El modelo se *asienta en la ética de la profesión y se orienta a una ética del cuidado*. Lo primero, porque sin duda se fundamenta en los aspectos deontológicos del ejercicio profesional (SMP, *Código Ético del Psicólogo*, 2009). Lo segundo, en el sentido de que la supervisión tiene enfrente varias responsabilidades: por una parte el cuidado del paciente, por otro lado el cuidado del terapeuta como persona y profesional que al cuidar de otros, opera desde diversas condiciones de necesidad y requerimientos de atención y además, el cuidado del propio supervisor como terapeuta profesional que se encuentra comprometido en la formación de otros terapeutas.

A manera de conclusión:

El proceso de supervisión constituye el espacio más importante de preparación para el trabajo profesional independiente del psicólogo clínico, particularmente en su ejercicio como psicoterapeuta. Al reconocer la importancia de este espacio y sin duda la complejidad del proceso, cualquier forma de entrenamiento psicoterapéutico debe insistir en considerarlo como prioritario en sus programas de formación.

Para su instalación, se requieren supervisores entrenados y con experiencia, pero cuando esto no es posible, es importante poder contar con terapeutas-docentes interesados en un entrenamiento formal para ejercer la supervisión. Ser buen clínico, buen terapeuta o buen docente son condiciones muy valiosas pero que por sí mismas no garantizan el ejercicio como buen supervisor.

La búsqueda de modelos de supervisión en el terreno de la psicoterapia debe conducir a propuestas integrativas, incluyentes y flexibles que, partiendo de una clara y firme concepción ética, permitan visualizar la complejidad de la demanda clínica y se orienten a ampliar la comprensión de las necesidades de salud mental, que procuren desarrollar nuevas y diversas formas de atención y solución a los problemas que plantea la clínica psicológica, tomando en cuenta y desde luego partiendo, del nivel de formación y competencias del supervisado.

A partir de las ideas que sustentan este trabajo e independientemente de cualquier aproximación psicoterapéutica, se afirma que el propósito central de todo modelo de supervisión consiste en preparar al nuevo terapeuta para llegar a ser: *un terapeuta responsable, intuitivo y flexible para llegar a saber dónde, qué, para qué y cómo mirar, que busque siempre la comprensión profunda de las situaciones clínicas objeto de su atención y, cuando sea necesario y pertinente, pueda alcanzar la improvisación de una forma creativa.*

Lo hasta aquí expuesto, representa una forma de entender la supervisión como elemento fundamental en la formación profesional del psicólogo clínico en su

ejercicio psicoterapéutico, concebida como una forma particular de aprendizaje y un espacio de transición. Como modalidad de aprendizaje, su particularidad estriba en que aporta nuevos saberes sobre el trabajo clínico a partir de la reflexión sobre la propia práctica. Como espacio de transición, significa evolución y movimiento e involucra transformación, representa lugar de cambio y crecimiento, una forma de tránsito que puede simbolizar una forma de gestación, a veces dolorosa pero siempre vivificante de nacer a la vida profesional.

Referencias

- Albuerno, M. J. (2000) El Proceso formativo en Psicoterapia Familiar: Propuesta de evaluación cualitativa en el proceso de supervisión. En R. Jiménez, P. Barrientos, D. Juárez y M. Centeno (comps.) *La Terapia Familiar en México, Hoy*, 183-215. Universidad Autónoma de Tlaxcala y Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A. C., México
- Alonso, A. y Swiller, H. (1995) Entrenamiento en Psicoterapia de Grupo. En A. Alonso y H. Swiller (comps.) *Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Álvarez, H. (2005) Psicoterapia Breve de Orientación Dinámica. (Reseña) Jeffrey L. Binder (2004) *Competencias clave en Psicoterapia Breve dinámica. La práctica clínica más allá del manual*. New York: Guilford Press. En *Aperturas Psicoanalíticas, Revista Internacional de Psicoanálisis*. No. 20
- American Psychological Association (2007). *Manual de Estilo de Publicaciones de la APA*. (adaptado para el español por El Manual Moderno). México: Editorial El Manual Moderno.
- Andersen, T. (1994) *El Equipo Reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- ANUIES (2001) *Programas Institucionales de Tutoría. Una propuesta de la ANUIES para su organización y funcionamiento en las instituciones de educación superior*. (2ª ed.). México: Biblioteca de la Educación Superior.
- Bach, G. (1975) *Psicoterapia Intensiva de Grupo*. (2ª ed.), Buenos aires: Paidós
- Baringoltz, S. (2000) Entrenamiento y Cuidado del Terapeuta: ¿Dicotomía o integración? Ponencia en *International Congress of Cognitive Psychotherapy*. Catania, Italia, 20-24. Recuperado el 10 de junio de 2010, de www.ctcar.com.ar/.../Entrenamiento%20y%20Cuidado%20del%20Terapeuta.pdf
- Barragán, N., Heredia, C., Lucio, E. (1992) Perfil del Psicólogo Clínico. En J. Urbina (comp.) *El Psicólogo: Formación, ejercicio profesional y prospectiva* (1ª reimpresión). México: Facultad de Psicología UNAM
- Bascue, L. (2005) Supervisión en la Psicoterapia: Cuestiones Profesionales y Éticas (Resumen de Simposio). En *RET: Revista de toxicomanías*, No. 45, 19-20

Bauleo, A. (1983) *Contrainstitución y Grupos*. (1ª ed.), México: Ediciones Nuevomar.

Bellak, L. y Small, L. (1990): *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. México: Editorial Pax.

Binder, J. (1993) Observations on the Training of Therapists in Time-Limited Dynamic Psychotherapy. En *Psychotherapy*. Volume 30. Number 4, 592-598

Bleichmar, H. (1997) *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. (1ª ed.) Barcelona: Paidós

Braier, E. (1991) *Psicoterapia Breve de Orientación Psicodinámica*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Bridge, P. y Bascue, L. (2005) Documentación de la Supervisión en la Psicoterapia. En *RET: Revista de toxicomanías*, No. 45, 27-30

Bustos, E. (1995) "¿Cuáles son los Criterios para una Supervisión Efectiva?". En *Revista Reflexión*. No. 23, 17-19. Santiago de Chile: Ediciones Cintras.

Candarle, J., Álvarez, G., Vieyra, M. I. (2002) *El Terapeuta Inicial, Ética, Entrenamiento y Supervisión, desde un abordaje de integración cognitiva*. Ponencia presentada en el X Congreso Metropolitano de Psicología, Odisea de la Ética: La equidad y la constitución de los sujetos sociales. Buenos Aires: APdeBA. Recuperado el 23 de julio de 2010, de <http://www.psiconet.com/argentina/xcm/programa.htm>

Canestri, J. (2008) La Supervisión en la Formación Psicoanalítica: el uso de las teorías implícitas en la práctica psicoanalítica". *Revista de Psicoanálisis. Sociedad Peruana de Psicoanálisis*. No. 6, escrito 11.

Carrillo, J. A. (1991) La Supervisión vivencial en la Formación del Analista de Grupo. En *Análisis Grupal, Antología del 4º Congreso Nacional, XXV Aniversario de AMPAG*. Vol. VIII, No. 1, Guanajuato, México.

Chazenbalk, L. (2004) La Incidencia del *self* del Terapeuta en el Proceso Terapéutico. En *Psicodebate 3. Psicología, Cultura y Sociedad*. No. 3, 107-115

Claustro de Profesores de Psicología Clínica (2005-2008) *Documentos sobre Perfil y Funciones del Psicólogo Clínico*. (Manuscrito inédito). Facultad de Psicología UNAM, México.

- Coderch, J. (1987) *Teoría y Técnicas de la Psicoterapia Psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Dallal y Castillo, E. (1988) Síntesis de la sección Transferencia y contratransferencia en el Análisis Didáctico. En *Cuadernos de Psicoanálisis*, Fepal, Tomo II: 385-390
- Daskal, A.M. (2008) Poniendo la Lupa en la Supervisión Clínica. En *Clínica Psicológica-Fundación Aiglé*. Año XVII. Vol. VXVII, 215-224
- Davidson, J. y Lussardi, D. (1994) Diálogos reflexivos en la Supervisión y el Entrenamiento. En T. Andersen (Ed.), *El Equipo Reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. p.153-164. Barcelona: Gedisa.
- Day, Max. (1996) Formación y Supervisión en Terapia de Grupo. En Kaplan, H. y Sadock, B. *Terapia de Grupo*. (3ª ed.) México: Editorial Médica Panamericana.
- Delgado, L. C. (2007) Psicoterapias de Orientación Analítica. En *Revista Científica de UCES*. Vol. XI, No 2, artículo 11. Recuperado el 15 de julio de 2010, de www.uces.edu.ar/.../revista_cientifica/revista_cientifica_2007_vol11_n2.pdf
- Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (1999) Supervisión y Entrenamiento en Supervisión. En *Psicología Iberoamericana*. No. 7, 59-63
- Díaz-Barriga, F. y Hernández, G. (2002) *Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo, una interpretación constructivista*. (2ª ed.). México: Mc Graw Hill.
- Díaz Portillo, I. (2000) *Bases de la Terapia de Grupo*. México: Editorial Pax
- Diccionario Marín de la Lengua Española (1982) Segundo Volumen. Barcelona: Editorial Marín, S. A.
- Domínguez, L. (1999) La Supervisión: Un Camino obligado en la Formación del Terapeuta. En *Psicología Iberoamericana*, No. 7, 23-27
- Eguiluz, L. (1999) La Supervisión en los diplomados de Terapia Familiar. En *Psicología Iberoamericana*. No. 7, 28-32
- Espejel, E. (1999) La formación del Supervisor en Terapia Familiar. En *Psicología Iberoamericana*. No. 7, 5-9

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993) *Aproximaciones a la psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández, E., London, S. y Tarragona, M. (2002) Las Conversaciones Reflexivas en el Trabajo Clínico, el Entrenamiento y la Supervisión. En Licea, G., Paquentin, I., Selicof, H. (comps.) *Voces y más voces I El equipo reflexivo en México*. México: Alinde Instituto de Psicoterapia.

Fernández, H. (1992) *Fundamentos de un Modelo Integrativo de Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández, H. (2008) *Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé 1977-2008*. 2ª Ed. Bilbao. Editorial Desclée de Brouwer

Fernández H. y Opazo, R. (2004) *La integración en psicoterapia*. Madrid: Paidós Ibérica.

Fiorini, H. J. (1987) *El campo Teórico y Clínico de las Psicoterapias Psicoanalíticas*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Foulkes, S. H. (1981) *Psicoterapia grupo-analítica, Método y Principio*. (Trad. Marcos Galmarini). Barcelona: Gedisa.

Freud, S. (1909) *Análisis de la Fobia de un Niño de cinco años*. En Obras Completas (1996). Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1910) *Psicoanálisis Silvestre*. En Obras Completas (1996). Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1910) *El futuro de la terapia psicoanalítica*. En Obras Completas (1996). Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1912) *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*. En Obras Completas (1996). Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1918) *Sobre la enseñanza del psicoanálisis en la Universidad*. En Obras Completas (1996). Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva.

Fuentes Martínez, M. E. (2006) La Supervisión clínica: un espacio de aprendizaje psicodinámico en la formación del psicoterapeuta psicoanalítico. En *Revista Carta Psicoanalítica. Psicoanálisis en México. No. 9. Sobre Clínica*. Recuperado el 10 de septiembre de 2010, de www.cartapsi.org/spip.php?rubrique26

- Gálvez, M. (2003) La supervisión didáctica. En *Psicoanálisis APdeBA*- Vol. XXV- No. 1., 1-9 Recuperado el 3 de junio de 2010, de www.apdeba.org/publicaciones/2003/01/pdf/Galvez.pdf - Argentina
- González Núñez, J. (1989) *La fortaleza del psicoterapeuta: la contratransferencia*. México: Editorial IIPCS
- González Núñez, J. y Simo, J. (1995). *Sobre Supervisión Psicoanalítica*. México: Editorial IIPCS.
- Grinberg, L. (1975) *La Supervisión Psicoanalítica. Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidós.
- Guimón, J. (2003). *Manual de Terapias de Grupo. Tipos, Modelos y Programas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Hawkins, P. y Shohet, R. (1989) *Supervision in the helping professions*. Cambridge: Open University Press
- Henry, W., Schacht, T., Strupp, H., Butler, S. & Binder, J. (1993) Effects of Training in Time-Limited Dynamic Psychotherapy: Mediators of Therapists' Responses to Training. En *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 61. No. 3, 441-447
- Henry, W., Strupp, H., Butler, S., Schacht, T., & Binder, J. (1993) Effects of Training in Time-Limited Dynamic Psychotherapy: Changes in Therapist Behavior. En *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 61. No. 3, 434-440
- Hernández. C. A. (2007) Supervisión de Psicoterapeutas Sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Diversitas, dez*. Vol. 3, No. 2, 227-238. Recuperado el 4 de junio de 2010, de redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/679/67930204.pdf
- Jiménez, A. I. (2004) Terapeuta de terapeutas en formación. En *Revista Colombiana de Psicología*. Num. 013. 33-36. Recuperado el 18 de septiembre de 2009, de redalyc.uaemex.mx/pdf/804/80401304.pdf
- Jones, E. (2003). *Vida y Obra de Sigmund Freud*. (versión abreviada). Barcelona: Editorial Anagrama.
- Klein, R. (1996) La Terapia Breve de Grupo. En H. Kaplan y B. Sadock. (Eds.) *Terapia de Grupo*. (3ª ed.) México: Editorial Médica Panamericana.

Lazarini, J. L. (1992) Algunas consideraciones en torno a la formación del psicoterapeuta psicoanalítico. *En Revista Alethéia*. Num.11. México: Editorial IPCS.

Langer, A (2004) Acerca de la Supervisión Clínica. Recuperado el 5 de julio de 2010, de <http://www.elsigma.com/site/consultas.asp?IdAutor=30>

Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Paidós.

Lee, O. y Mondragón, R. (2002) Propuesta: Un modelo de Supervisión con Equipo Reflexivo. En Licea, G., Paquentin, I., Selicof, H. (comps.) *Voces y más voces I Reflexiones sobre la supervisión*. México: Alinde Instituto de Psicoterapia.

Limón, G. (2005) *El Giro Interpretativo en Psicoterapia. Terapia, Narrativa y Construcción Social*. México: Editorial Pax.

Linares, J. L. y Ortega, J. (2008) *Terapia Familiar, aprendizaje y supervisión*. México: Editorial Trillas.

London, S. y Rodríguez, I. (2004) La Supervisión como Grupos de Conversaciones Colaborativas. En G. Licea, I. Paquentin, H. Selicof. (comps.) *Voces y más voces II Reflexiones sobre la Supervisión*. México: Alinde Instituto de Psicoterapia.

Lorentzen, I. (1996) La Supervisión en la formación de psicoterapeutas de grupo en la Especialización de Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones. En Domínguez, T. y Olvera, Y. (Eds.) *Ensayos sobre Psicoterapia e Investigación Clínica en México: Memorias, Sesión científica de Investigación Clínica. XV Aniversario del Centro Dr. Guillermo Dávila*. IPN y Facultad de Psicología UNAM, México. 120-124

Loubat, M. (2005) Supervisión en Psicoterapia: Una posición sustentada en la experiencia clínica. En *Terapia Psicológica. Sociedad Chilena de Psicología Clínica*. Vol. 23. No. 2, 75-84

Macías, R. (1999) La Supervisión en la Formación del Terapeuta. Un Seminario de Autoimagen o Supervisión Autorreflexiva. En *Psicología Iberoamericana*. No. 7., 33-38

Malan, D.H. (1974) *Psicoterapia Breve*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina

Malan, D. (1999) *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics* (2nd edn). Oxford: Butterworth-Heinemann. Recuperado el 20 de septiembre de 2010, de http://en.wikipedia.org/wiki/David_Malan

Mannoni, M. (2002) *Un saber que no se sabe. La experiencia analítica*. (1ª ed. Econobook), Barcelona: Gedisa.

Mannoni, O. (1982) *Un Comienzo que no termina*. Barcelona: Paidós.

Marcano, S. (s.f.) *Pensando en el proceso de supervisión didáctica a través de las múltiples relaciones con el supervisor*. Recuperado el 18 de agosto de 2010, de http://www.spdecaracas.com.ve/download/cdt_306.doc

Milne, D. y James, I. (2002) The observed impact of training on competence in clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology*. 41., 55-72

Morales, M. y Somarriba, L. (2001) Programa de Supervisión. En Morales, M y Somarriba, L. (comps.) *Propuesta de Supervisión para las Residencias de Posgrado* (manuscrito inédito). Facultad de Psicología UNAM, México.

Moss, E. (1995) Group Supervision: focus on countertransference. *International Journal of Group Psychotherapy*. Vol. 45, No. 4, 537-548

Palacios, A. (1975). *Técnica de grupo en psicoanálisis*. México: La Prensa Médica Mexicana.

Paquentin, I. (2002) El Equipo Reflexivo: Una alternativa para la Auto-supervisión. En G. Licea, I. Paquentin y H. Selicof. (comps.) *Voces y más voces I El equipo reflexivo en México*. México: Alinde Instituto de Psicoterapia.

Paquentin, I. (2004) Una Mirada a la Supervisión: Reflexiones de la Literatura en México. En G. Licea, I. Paquentin y H. Selicof. (comps.) *Voces y más voces II Reflexiones sobre la Supervisión*. México: Alinde Instituto de Psicoterapia.

Pichon Rivière, E. (1978) *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. (4ª Ed.) Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Recuperado el 22 de septiembre de 2010, del sitio Web de la Facultad de Psicología, UNAM:
www.psicol.unam.mx/descargar/plan_new/PlandeEstudios.swf

Psicología Clínica y de la Salud en España (s.f.) Recuperado el 31 de julio de 2010, de <http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm>

Puig Cruells, C. (2009) *La supervisión en la intervención social: un instrumento para la calidad de los servicios y el bienestar de los profesionales*. Tesis Doctoral inédita. Universitat Rovira I Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Tarragona, España.

Rage, E. y Tena, A. (1999) Propuestas para la Supervisión en la Maestría en Psicología de la UIA, Sante Fe, México. En *Psicología Iberoamericana*. No. 7., 12-18

Ricón, L. (2005) *Las psicoterapias, pensadas a partir de lo posible*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Robiner, W.; Fuhrman, M.; Bobbit, B. (2005) La Supervisión en la práctica de la Psicología: Hacia el desarrollo de un instrumento de supervisión. En *RET: revista de toxicomanías*, No. 45, 31-35

Sociedad Mexicana de Psicología (2009) *Código Ético del Psicólogo*. (4ª ed. reimpresión 2009) México: Editorial Trillas.

Swiller, H., Lang, E. y Halperin, D. (1995) Grupos de Proceso para entrenamiento de residentes psiquiátricos. En A. Alonso y H. Swiller (comps.) *Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica*. México: Editorial El Manual Moderno.

Tanenbaum, R. y Berman, M. (2005) Cuestiones éticas y legales en la supervisión de la Psicoterapia. En *RET: Revista de toxicomanías*, No. 45, 21-26

Tarragona, M. (1999) La Supervisión desde una perspectiva Posmoderna. En *Psicología Iberoamericana*. No. 7, 68-76

Ussher, M. (2008) La Supervisión en la Psicología Social Comunitaria. En *Psicología para América Latina*, No. 12. Recuperado el 13 de mayo de 2010, de <www.psicolatina.org/12/index.html>

Valenzuela, M. A. (1992) *El Grupo como Espejo Vivencial: Análisis e Integración de Experiencias Colectivas en la Formación Psicoterapéutica*. Ponencia en el VI Congreso Mexicano de Psicología Clínica. Sociedad Mexicana de Psicología Clínica A. C., México.

Valenzuela, M. A. (1996) *Nuevos Horizontes Clínicos en la Aplicación y Alcances del Trabajo con Grupos*. Ponencia en el *Simposium: Avances en el Ejercicio de la Psicología Clínica*: Sociedad Mexicana de Psicología Clínica A. C., México.

Valenzuela, M. A. (2001) *Recuperación de espacios de formación profesional en la psicoterapia de grupo*. Ponencia en el IX Congreso Mexicano de Psicología. Sociedad Mexicana de Psicología A. C., México.

Valenzuela, M. A. (2006) *El Centro Comunitario de Atención Psicológica Los Volcanes*. Ponencia en la Primera Jornada Clínica del Centro Comunitario de Atención Psicológica Los Volcanes. Facultad de Psicología, UNAM, México.

Valenzuela, M. A. (2008) *Supervisión Clínica: Espacio y eje de formación profesional*. Ponencia en la Tercera Jornada Clínica del Centro Comunitario de Atención Psicológica Los Volcanes. Facultad de Psicología, UNAM, México.

Valenzuela, M. A. (2009) *Modelos en Psicología Clínica*. (Material impreso para el curso de 1er semestre) Facultad de Psicología, UNAM, México.

Vargas, J. E.; Castro, C. R.; Domínguez, M. R. y Bonilla, C. C. (2003) *La Tutoría como mejora de la calidad educativa y la formación integral. Una experiencia en la formación de terapeutas*. Ponencia presentada en el Primer Foro Institucional de Tutoría Académica: México. Recuperado el 18 de septiembre de 2010, de papyt.xoc.uam.mx/media/bhem/docs/lista.htm

Vélez, P. y Restrepo, D. (2008) El Proceso de Terminación en Psicoterapia de Tiempo Limitado: Aspectos Clínicos y Técnicos. En *Revista CES Psicología*. Volumen 1, No. 2., 58-68

Vinogradov, S. y Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de Psicoterapia de Grupo*. México: Paidós.

Winnicott, D. (1982) *Realidad y juego*. (2ª ed.). Barcelona: Editorial Gedisa.

Yalom, I. (1986) *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Yussif, D. (1996) La Supervisión, una experiencia vivencial en la formación de los psicoterapeutas de grupo. En B. Domínguez y Y. Olvera. (Eds.) *Ensayos sobre Psicoterapia e Investigación Clínica en México: Memorias, Sesión científica de Investigación Clínica. XV Aniversario del Centro Dr. Guillermo Dávila*. México: IPN y Facultad de Psicología UNAM., 118-119

ANEXO 1

FORMULARIO DE REGISTRO DE LA SUPERVISIÓN (Bridge y Bascue, 2005)

Fecha _____

Supervisado _____

Sesión _____

IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Supervisión	Caso:	Preocupaciones del Supervisado

ACTIVIDAD DE LA SUPERVISIÓN

RECOMENDACIONES DE LA SUPERVISIÓN

<p>1.- Documentos de soporte: a).-Registro del caso _____ b).-Registro Audiovisual _____ c).- Otros _____</p>	<p>1.- Tratamiento</p>
<p>2.-Aspectos Teóricos: _____ _____ _____</p> <p>3.-Observaciones sobre el proceso:</p>	<p>2.- Formación</p>
<p>4.-Autoconciencia del Terapeuta:</p>	<p>3.-Otros Comentarios</p>
<p>5.-Evaluación del Tratamiento</p>	

ANEXO 2

GUÍA PARA LA PRESENTACIÓN DE MATERIAL CLÍNICO A SUPERVISIÓN

Hugo Bleichmar (1997)

1.- Forma de presentación del material clínico para supervisión: La presentación se debe realizar en los términos menos teóricos que sea posible. Se deben recoger algunas palabras del paciente, de la forma más textual que se pueda quedando de manifiesto sus estados emocionales, así como los estados emocionales y palabras del terapeuta. El supervisor, buscará formarse una idea, no sólo sobre cómo es el paciente, sino del contexto en que el terapeuta ejerce influencia a través de sus palabras, emociones, deseos y silencios.

2.-Primera Entrevista: (puede aplicarse a entrevistas subsecuentes)

a).- ¿Cómo se presentó el paciente?: su aspecto, actitud corporal, forma de mirar, de dar la mano. ¿Cómo hablaba?, tono de voz, ritmo, silencios, estados emocionales. ¿Se desbordó o controló, lo utilizó como forma de vincularse?, etc.

b).- ¿Cuál fue su relación con el terapeuta?: pasivo, sumiso, autoritario/dominante, desafiante, atemorizado, confiado, suspicaz, exhibicionista, desvalorizante, etc.

c).- Motivo manifiesto de consulta: síntomas, rasgos de carácter que le resultan insatisfactorios, relaciones interpersonales conflictivas, entre otras.

d).- Los distintos personajes que formaron parte de su relato: Fueron los mismos o fueron cambiando, si los considera atacantes, traicioneros, inadecuados, egoístas, maravillosos, salvadores, abandonantes, etc.

e).- Forma en que fue encadenando los diferentes temas en su discurso: Incluye la secuencia del desarrollo de la entrevista, su proceso o momentos, relación de aspectos precedentes y consecuentes en el relato, relación entre episodios, personajes y concepciones sobre los mismos, su relación con el inconsciente del paciente, conexiones pasado-presente, entre otras.

f).- Intención del relato: Forma en que desea ser visto por el terapeuta, imagen que proyecta, además del contenido semántico, la propuesta de vínculo que el paciente activa en el terapeuta.

g).- Identidad desde la que actúa, habla y construye su relato: La postura que asume puede ser de: sufriente, abnegado, perseguido, personaje maravilloso, de hallarse en peligro, de que no tiene control alguno sobre su cuerpo o su mente, entre otras.

h).- Relación entre lo que habla y la forma de hacerlo, entre el contenido y temas de su relato y la forma de relacionarse con el terapeuta. Si reproduce en su relación las conductas que atribuye a otros.

i).- Evolución a lo largo de la entrevista: En cuanto a estados afectivos, tipo de contacto con el terapeuta, estabilidad de las imágenes presentadas, de sí mismo y de los demás, si el relato fue caótico, confuso, ordenado, metódico, fantasioso, apegado a la realidad, u otro.

j).- Datos de la historia del paciente que surgieron en la entrevista: hechos significativos, recuerdos infantiles, experiencias traumáticas como desamparo, pérdidas, humillaciones, agresiones físicas, emocionales, sexuales, enfermedades, etc. La representación que tiene de sus padres, la forma en que recuerda u omite episodios, lo que sus padres decían: discursos, mitos, concepciones e ideales. También la forma en que selecciona los datos biográficos; la forma en que historiza su vida a través del relato sobre su infancia.

k).- Omisiones que aparecen como huecos en el relato, se trata de lo que tendría que estar presente con base en lo que va diciendo (sexualidad, muertes, secretos).

l).- Contratrtransferencia: Sentimientos del terapeuta en relación a la forma en que el paciente presentó las cosas: comodidad-incomodidad, valorización-desvalorización, denigrado, exigido, ansioso, asustado, impotente, eufórico, grandioso, redentor, alegre, abrumado, desbordado, sorprendido, confundido, manipulado, indignado, entre otros. Conflictos del terapeuta o aspectos de su propia historia activados por este paciente en particular. Si el terapeuta se sintió en libertad de explorar temas o de hacer los comentarios que consideró pertinentes.

m).- Rol que el paciente buscó inducir en el terapeuta: pasividad, aliado, el que discute, compadecido, consejero y orientador, el que fija límites, de sentido de realidad, de protector o del que todo lo puede arreglar.

n).- Respuesta corporal: Expresión facial, movimiento de manos, cambio de posición, su reacción ante el no cumplimiento del rol asignado al terapeuta.

o).- Tipo de colaboración del paciente: excesiva, sobreadaptado, hostilidad encubierta, racionalizado, motivado para una alianza terapéutica.

p).- Capacidad de *insight*: Introspección, penetración psicológica, capacidad de detección del efecto que crea en el otro, riqueza en su vida de fantasía y capacidad simbólica, tolerancia a la angustia o requerimientos de contención inmediata.

q).- Se estableció alguna hipótesis tentativa sobre deseos inconscientes importantes para el paciente, la forma en que reacciona ante sus deseos, sobre cómo se ubica frente al deseo del terapeuta o de los personajes que introdujo.

3.- Evolución del tratamiento:

a).- Evolución del vínculo del paciente con el terapeuta, considerando:

- Representaciones sobre el terapeuta y sobre sí mismo.
- Ubicación frente a los deseos del terapeuta, y de éste frente a los del paciente.
- Reacciones frente a separaciones (depresión, hostilidad, desconexión afectiva)
- Evolución del grado de tolerancia al acercamiento afectivo con el terapeuta.
- Roles que el paciente ha tendido a inducir en el terapeuta.
- Evolución de la contratransferencia.

b).- Conductas e Intervenciones del terapeuta: inadecuadas, patológicas, configuración de los rasgos en la interacción terapeuta-paciente que pueden reforzar el avance o la patología, cambios requeridos en el terapeuta para adaptarse a los objetivos del tratamiento.

c).- Dificultades encontradas durante el tratamiento.

d).- Evolución de: Sintomatología, relaciones interpersonales, condiciones de vida.

e).- Evolución de los temas que preocupan conscientemente al paciente.

f).- Evolución de las fantasías inconscientes, ansiedades y defensas.

g).- Desarrollo del yo, sublimaciones, logros en la realidad.

h).- Reconstrucción de la historia de vida del paciente a lo largo del tratamiento. Acontecimientos significativos y experiencias traumáticas.

ANEXO 3

FORMULARIO DE REGISTRO DE LA SUPERVISIÓN

Fecha _____			
Supervisor _____			
Supervisado _____		Grupo de supervisión _____	
Programa _____		Sesión _____	
Objetivo de Supervisión _____			
Supervisión	Caso: Individual, Familia, Grupo	Nombre o identificación del caso	Preocupaciones del Supervisado
IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN			
ACTIVIDAD DE LA SUPERVISIÓN		RECOMENDACIONES DE LA SUPERVISIÓN	
1.- Documentos: a).-Registros del caso _____ b).-Registro Audiovisual _____ c).- Otros _____		1.- Tratamiento	
2.- Aspectos Teóricos y técnicos revisados: _____ 3.- Observaciones sobre el proceso: _____		2.- Formación	
4.- Autoconciencia del Terapeuta: _____		3.- Otros Comentarios	
5.- Evaluación del Tratamiento: _____			
6.- Observaciones del Grupo de Supervisión: <i>(aspectos manifiestos: observaciones, propuestas, opiniones y evaluaciones)</i>		6.- Observaciones del Grupo de Supervisión: <i>(aspectos latentes: identificaciones, resonancias, resistencias, ansiedades y defensas)</i>	
Reelaborado a partir de Bridge y Bascue (2005); FRI			

ANEXO 4

LISTADO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PROCESO DE SUPERVISIÓN

M. J. Albuerne (2000)

1.-Aspectos operativos: Asistencia, puntualidad, integración del expediente, número de horas de supervisión, aplicación de psicodiagnóstico, número de pacientes que finalizan tratamiento.

2.-Aspectos cognitivos: Manejo y aplicación clínica de supuestos teóricos, integración diagnóstica y psicodiagnóstica, manejo de técnicas y procedimientos, aspectos y consideraciones éticas.

3.-Capacidad y habilidades clínicas: Capacidad para establecer contacto, empatía y enganche con pacientes, conducción de entrevistas iniciales, planteamiento del encuadre, establecimiento de la alianza terapéutica y manejo del proceso en sus diferentes fases.

4.-Manejo de problemas: Capacidad para identificación, jerarquización y clarificación de problemas, integración del diagnóstico y planeación de objetivos y metas terapéuticas.

5.- Integración en la supervisión: Relaciones con el supervisor y el grupo de supervisión, capacidad para aprender de la experiencia, intensidad y compromiso en el proceso, capacidad para explorar e identificar lo intra e interpersonal, e integración del funcionamiento profesional a su persona.