



Revista Argentina de Clínica Psicológica

ISSN: 0327-6716

racp@aigle.org.ar

Fundación Aiglé
Argentina

Daskal, Ana María
Poniendo la Lupa en la Supervisión Clínica
Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XVII, núm. 3, noviembre, 2008, pp. 215-224
Fundación Aiglé
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921795003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://www.redalyc.org)

[redalyc.org](http://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

PONIENDO LA LUPA EN LA SUPERVISIÓN CLÍNICA

Ana María Daskal*

Resumen:

El presente trabajo propone reflexionar acerca de la importancia de la capacitación que requiere el rol de supervisor clínico. El desarrollo actual de la Psicoterapia hace cada vez más evidente y necesario, considerar a la Supervisión Clínica como una especialidad en sí misma, que se puede elegir, que requiere formación y no sólo experiencia clínica, así como trabajo personal sobre las fortalezas y debilidades para el ejercicio de tal función.

Se consideran aquí aspectos relevantes del rol de supervisor/a en cualquier orientación psicoterapéutica, algunos de los modelos empleados para la supervisión clínica así como temas recurrentes y que necesitan de mayor investigación tales como la responsabilidad de los supervisores, el trabajo sobre el poder y la autoridad presentes en toda supervisión y las condiciones necesarias para lograr buenos resultados en las supervisiones.

Palabras clave: Supervisión-entrenamiento-metodologías-fortalezas-debilidades

Key words: Supervision, training, methodologies, skills, weaknesses

Introducción

Para quienes ejercemos el rol de psicoterapeutas desde hace más de tres décadas, la supervisión clínica formó parte de un aspecto ineludible de nuestra capacitación como tales. Apenas finalizada la Universidad, y en los andares con nuestros primeros pacientes, era impensado trabajar como clínicos, sin un espacio de supervisión, en el cual ir tejiendo los balbuceos típicos de la inexperiencia, sintiéndose sostenido y acompañado en el difícil camino de darse crédito a uno mismo en la tarea de “ayudar a otros”. Generalmente la elección de esos primeros supervisores recaía o bien en un profesor/a de la Universidad, en alguien que nos fuera recomendado, en el/la terapeuta de algún amigo, en un/a amigo/a más experimentado. *Diffícilmente hubiéramos pensado que tenía que ser alguien no sólo con experiencia clínica, sino con habilidades específicas para ser supervisor*.*

Tampoco en aquel entonces, estaban desarrolladas las posibilidades de aplicación de la así

llamada supervisión, al trabajo en organizaciones, en instituciones, en equipos, en el trabajo social ni sus diferencias metodológicas según se tratara de una supervisión hecha en un contexto individual o grupal.

El desarrollo de la psicología hasta hoy día, sin embargo, ha permitido que *cada vez más se haya ido dando a la supervisión clínica, el carácter de una especialidad*: es posible elegir ser supervisor/a, es posible capacitarse para serlo, es posible trabajar sobre los obstáculos personales para serlo, es posible estudiar material bibliográfico sobre el tema, es posible reflexionar sobre los marcos conceptuales que dan apoyo teórico a la tarea de supervisar terapeutas. Y si bien no es el foco de este trabajo, no deja de sorprender que hoy, muchos terapeutas noveles, apenas terminada su formación en la Universidad, no trabajan con una supervisión sistemática y continua.

Las dificultades económicas, las opciones que cada uno se ve obligado a tomar en esta etapa de la vida, suelen ser las explicaciones habituales para justificar este lanzarse al ruedo sin el sostén adecuado. Pero también no debemos dejar de considerar que otra posible explicación es la falta de rigurosidad que hasta hace muy poco tiempo ha tenido la tarea de supervisión en nuestros contextos (Binder, 1993).

Ya en 1987, Hess identificaba 3 antecedentes que permitían ubicar a la supervisión clínica dentro

* Lic. Ana María Daskal
Pontificia Universidad Católica de Chile, Estoril 50- of 801, Las
Condes, Santiago de Chile. Superf 2149, Buenos Aires, Argentina
E-Mail: adaskal@puc.cl
E-Mail: amdaskal@gmail.com
REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVII p.p. 215-224
© 2008 Fundación AIGLE.

(*) Por razones de facilitación de la lectura, he usado el masculino como genérico, pese a no compartir el uso del lenguaje que, en español, equipara masculino con ser humano.

de las actividades importantes de los psicólogos (Hess, 1980):

- dos estudios realizados a psicólogos que demostraban que, entre las numerosas actividades profesionales en términos de tiempo empleado, la supervisión estaba entre las 10 primeras.
- el hecho de que la supervisión clínica, estaba incluida en los currículos de posgrado presentados en cada conferencia sobre formación de la American Psychological Association desde 1947.
- en 1982, se publicara la primera revista profesional dedicada a la supervisión, *The Clinical Supervisor*.

Definiciones de supervisión y el poder-autoridad

Algunas de las definiciones más frecuentes de supervisión son amplias, abarcativas del quehacer en Psicología, mientras que otras son más específicas, referidas al terreno de la clínica.

- “supervisión es un proceso, en el cual una persona experimentada y cualificada (el/la supervisor/a) ofrece a una persona sin experiencia en este campo (el/la supervisando) posibilidades de aprendizaje a través de orientación, instrucción o control. Estas posibilidades de aprendizaje están dirigidas a la persona misma o a su interacción con otros, por ejemplo clientes, miembros de un grupo, colaboradores...” (Schmelzer, 1997).
- “supervisión es una forma de la reflexión profesional, que apunta a la solución de situaciones laborales difíciles y pesadas para los supervisandos. Se trata de problemas y conflictos, que consideran la persona misma de los supervisandos, su rol profesional, la relación con los clientes y las condiciones institucionales del contexto laboral” (Schmelzer, 1997).
- “la supervisión psicoterapéutica debería servir para ayudar a los “expertos en ayuda”...a repensar su propio actuar y sentir respecto al diario quehacer profesional, para descubrir los trasfondos emocionales y cognitivos y -en el mejor de los casos- incluir en ello la propia historia familiar y profesional” (Schmelzer, 1997).

Ninguna definición circulante, sin embargo, deja de tener presente, el carácter de *super*-visión y las implicancias de nombrar este quehacer de tal manera. Como lo plantea M. White, “el término *supervisión* evoca una relación jerárquica en la cual a los saberes de una de las partes se les atribuye un status de *supervisión* y la otra parte es sometida a esta *super*-visión en temas referidos a su trabajo y su identidad

como terapeuta” (White, 2002).

En algunos países, como Argentina, durante muchos años, la manera de nombrar a la supervisión fue y aún sigue siendo: *control*. Es decir, que las ideas asociadas con jerarquía de conocimientos y prácticas, el poder ejercido por quienes son considerados propietarios de dicha sabiduría y la necesidad de que alguien en ese sitio, *controle* qué y cómo lo está haciendo otro terapeuta, impregnaron hasta ahora el espacio de la supervisión, tanto para quienes ejercen el rol de supervisores como para los supervisados.

Dirigir, decidir, influir, definir un curso, se confunden con guiar, crear, colaborar, co-construir, tener experticia. Las diferentes miradas confluyen sobre situaciones relacionales en las cuales hay influencia de alguien sobre un/a otro/a, la influencia puede ser ejercida forzosamente o no, y existe asimetría entre sus integrantes.

Generalmente las palabras *poder* y *autoridad* han sido usadas, en muchos ámbitos indistintamente y si bien están relacionadas, no deja de ser importante reconocer sus diferencias. Sociólogos y cientistas políticos fueron quienes más aportaron al esclarecimiento de cada uno de estos vocablos.

Para Weber, por ejemplo, tener *autoridad* es, en abstracto, el privilegio de tomar una decisión particular y ordenar obedecer, está asegurada por una sucesión jerárquica de mando y control e implica acciones positivas y obligaciones. El *poder* en cambio, es “la habilidad de actuar eficazmente sobre personas o cosas, de proporcionar o afianzar decisiones favorables que, de hecho, no están asignadas a los individuos o a sus roles. Se ejerce mediante influencia o fuerza. El ejercicio del poder no tiene sanciones positivas, sólo reglas que especifican “las condiciones de ilegalidad de su funcionamiento” (Weber, M. 1964).

Para Foucault, *el poder* “...al ser relación, está en todas partes, el sujeto está atravesado por relaciones de poder, no puede ser considerado independientemente de ellas. El poder no sólo reprime, también produce efectos de verdad y produce saber. El poder no se “tiene”, se ejerce...” (Foucault, M., 1966).

Hanna Arendt, en cambio, considera al poder como una potencialidad, no como una dominación. Lo considera imprevisible, no calculable, como todo acto creativo (Arendt, H., 2006).

Por lo tanto, vinculando estos conceptos con el tema que nos atañe, ¿qué ocurre dentro de una relación supervisor-supervisando con el ejercicio del poder y de la autoridad? ¿Qué le pasa al supervisor al tener que asumir el poder que el rol le otorga? ¿Lo acepta? ¿Lo ejerce? ¿Cómo?

Y los supervisados, ¿cómo se ubican en una relación que está definida como asimétrica? ¿Se someten, idealizan, están muy dependientes de la mirada del

supervisor/a? ¿La descalifican en las sombras, la relativizan?

En la experiencia recogida en el trabajo con muchos terapeutas de Argentina y de Chile, se ha observado que muchas veces una supervisión hasta ha podido torcer el rumbo del ejercicio profesional de una persona, al hacerla sentir muy descalificada. Imágenes de supervisores tiranos, paternalistas, que no dieron espacio a sus supervisados, que no los ayudaron a crecer profesionalmente, que les han retaceado información, que no contuvieron sino que juzgaron, que no enseñaron sino que defendieron su supuesto poder, que se han hecho admirar y que fomentaron la dependencia en lugar de la autonomía, forman parte de las cicatrices en la formación de muchos psicólogos.

Estas experiencias traumáticas en muchos casos, suelen ser ignoradas por quienes las han producido, porque no se aplican aún en nuestros ámbitos, formas de evaluación de las supervisiones, que permitan conocer sus resultados. Este efecto limitante y de autocensura de muchas experiencias de supervisión recogidas en distintos ámbitos de enseñanza (Universidad de Buenos Aires, Universidad Católica de Chile, Universidad de Heidelberg) señala la importancia de tales temas en el trabajo de supervisión para evitar el conocido efecto de que los aspirantes a terapeutas comiencen a ocultar sus dificultades o dejen de asistir a las supervisiones.

Los modelos teóricos de supervisión clínica*

Modelos evolutivos:

Son modelos creados por Stoltenberg y Delworth, 1987; Worthington, 1987; Willutzki, 1995; Frank, Rzepka y Vaitl, 1996, y se apoyan en la idea de que los psicoterapeutas pasan por diferentes etapas en su desarrollo profesional y que por lo tanto, deben ser tenidas en cuenta para adecuar las metodologías al momento de los supervisados.

En general las etapas que se consideran son las de *principiante*, *etapa media del desarrollo* y *terapeutas avanzados*.

Para cada una de estas etapas se requieren ciertas *habilidades específicas por parte de los supervisores*:

Para terapeutas principiantes: es importante no convertirse en “terapeuta estrella”, luciendo delante de los supervisados ya que esto estimula la dependencia, la idealización y acrecienta los temores típicos de esta etapa. Los supervisores deben tener

claro que en esta etapa, los supervisados necesitan tener un modelo, una estructura y claridad respecto del camino a seguir y de las técnicas y feedback positivo, validación de sus propias percepciones o entrega de conceptos alternativos. También deben saber que los terapeutas están más rígidos y por lo tanto más expuestos a generalizaciones, a aplicaciones estereotipadas de técnicas, a imitaciones burdas de las palabras del supervisor/a.

Se requiere mucha paciencia, tolerancia a los errores y a la frustración, capacidad de acompañamiento, humildad, mucha plasticidad, así como poder dar información bibliográfica, a través de manuales, indicaciones concretas de intervención, etc.

Institucionalmente, los supervisores de principiantes son más responsables que los de terapeutas avanzados, y en problemas éticos, deben intervenir ante las instancias que correspondan.

Con terapeutas intermedios: con ellos el énfasis se pone más en comprender las complejidades del paciente, y en cómo los terapeutas se pueden perder más en los ritmos del mismo. Los temas predominantes a trabajar con los supervisados son la inseguridad, el descubrir los límites de su propio accionar, sus ambivalencias, las dudas respecto de su proyecto laboral y vital. Las dificultades las pueden tener en retomar focos, salir de estancamientos, acudir a nuevas propuestas técnicas. Surgen con más claridad las interacciones conflictivas para los terapeutas y la participación de su propia biografía y estilo personal en ellas. Las perspectivas teóricas se van haciendo más integrativas y hay más frustración frente a los no-cambios del paciente. *Los supervisores* necesitan mantenerse en una posición flexible, atenta y al mismo tiempo respetuosa de los conocimientos ya adquiridos por sus supervisados, así como alentar su autonomía y sus aspectos más creativos. Pueden ser más osados en sus críticas hacia ellos así como en las sugerencias respecto de tipos y formas de intervención.

Con terapeutas avanzados: la flexibilidad y la creatividad aumentan notablemente y por lo tanto la supervisión no se centra en guiar intervenciones, sino en una mirada más procesal. Hay un foco mayor en las maneras de ir evaluando instrumentos técnicos y también el desarrollo del paciente. Los terapeutas tienen posibilidades de conceptualizar sobre los pacientes y prácticamente no existen generalizaciones u estereotipos acerca de ellos. Existe también mayor conocimiento teórico y mayor adherencia a una forma de comprensión e intervención. El trato ético es muy responsable. Se requiere de *los supervisores* mucha humildad, mucho respeto a la experiencia y miradas diversas, una capacidad de establecer un diálogo con

el/la supervisado, el foco más puesto en fortalezas y debilidades del supervisado, y las sensaciones de exigencia y responsabilidad se ven muy disminuidas.

El empleo de un modelo evolutivo en la supervisión tiene como ventaja, el poder tener un orden muy claro, poner focos, establecer objetivos según el momento de los supervisados y de esta forma, organizar también las expectativas y exigencias de los supervisores. Muchas experiencias traumáticas en el contexto de las supervisiones pueden evitarse si se tiene en cuenta el momento de formación evolutiva del supervisado y las fortalezas que, por lo tanto, tiene que ejercitar el/la supervisor/a.

2) Modelo de resolución de problemas

Este modelo deriva de una técnica psicoterapéutica empleada en las terapias conductuales desde la década de los 80. (Kammerer, 1983). A partir de la psicología general y sus conceptualizaciones sobre el pensamiento, se encontró una formulación del pensar como una manera de resolver problemas (Funke, 2003).

Desde este enfoque, se dice que existe un problema cuando no se puede alcanzar de una manera inmediata, el estado que se desea. Las características que pueden estar presentes en un problema han sido descritas como: (Funke, 2003)

- *Complejidad*: el problema tiene múltiples facetas y la persona se siente excedida, desbordada, de ahí que sea necesario sintetizar o reducir la información con la que cuenta.
- *Funcionamiento en red*: cada parte del problema tiene relación con las otras y es algo que hay que tener en cuenta al enfocararlo.
- *Dinámica propia*: dado que el problema tiene su propio ritmo, se hace necesario tener en cuenta la variable tiempo como limitada.
- *Intransparencia*: hay que conseguir activamente la información que no se tiene sobre el problema.
- *Polytelia*: algunos aspectos del problema se contradicen con otros o son incompatibles entre sí, por lo tanto la meta tiene que estar muy bien definida.

Cuando se aplica este enfoque a la supervisión, se logra visualizarla como un proceso compartido de solución de problemas, que permite estructurar muy bien las necesidades y tareas de la misma. En este modelo, se considera que el supervisado está frente a un problema con su paciente que le impide avanzar hacia la meta deseada. El supervisor entonces, tiene como función desde su capacitación, contribuir a detectar cuáles de las variables mencionadas constituyen el problema del supervisando así como,

preguntar, iluminar zonas, ayudar a que los supervisados fortalezcan sus potencialidades, desarrollen nuevas hipótesis, usen otros instrumentos, relacionen hechos que les pudieron resultar desconectados, encuentren cómo llenar los vacíos de información.

Este modelo consta de tres posibles formas de aplicación. Para aplicar cada una de ellas, se usan hojas grandes de papel o bien el pizarrón, ya que se requiere ir graficando, anotando, las respuestas a las preguntas que el supervisor va haciendo.

a) La primera forma comprende el trabajo sobre las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Qué objetivo se quiere lograr?
- ¿Cuáles son los recursos usados?
- Técnicas aplicadas en la supervisión (role playing, sugerencias, bibliografía, etc)
- Comprobación del logro de los objetivos, con informe de la supervisión y chequeo la vez siguiente

b) En la segunda, se busca que los supervisados respondan a una serie de preguntas sintetizadas en los siguientes ítems y graficados en cuatro cuadros:

- Descripción y detalles del problema
- Elaboración interna que hizo el supervisado del problema
- Concreción del problema
- Definición de los objetivos y encuentro con los medios adecuados para alcanzarlos

c) En la tercera posibilidad, se siguen cuatro pasos que representan etapas dentro de la supervisión:

- etapa de orientación
- etapa de análisis del problema
- etapa de construcción de la meta alcanzable
- etapa de encuentro con los recursos para alcanzar los objetivos

3) Modelo de análisis de incongruencias

Este modelo se apoya teóricamente en la Psicoterapia Integrativa de Klaus Grawe (2002), quien, a partir de la definición de cuatro tipos de necesidades básicas del ser humano, explica la posibilidad de trastornos psíquicos cuando alguna o varias de ellas no pueden ser satisfechas.

Dichas necesidades son:

- necesidad de orientación y control
- necesidad de apego y pertenencia
- necesidad de aumento y protección de la autoestima

- necesidad de placer y evitación del displacer

Llevado este mismo modelo a la supervisión, (Grawe, 2006), lo primero que propone detectar es si los supervisados tienen dificultades/incongruencias respecto de:

- el trabajo terapéutico
- la relación terapéutica
- sus capacidades personales para tratar el caso
- la alegría y el placer en el trabajo

Luego se hace un análisis de los recursos y competencias con los que cuentan los supervisados, que se tomarán como puntos de partida para posibles cambios en sus intervenciones terapéuticas.

Una de las utilidades fundamentales de este modelo, radica en que es posible aplicarlo independientemente de la orientación de los supervisados, junto con ofrecer una estructura que posibilita la definición conjunta de metas y el encuentro con recursos para alcanzarlas.

Supervisión y responsabilidad clínica

En USA y algunos países europeos, el trabajo psicoterapéutico está ampliamente regulado desde hace muchos años y dentro de las disposiciones habituales para el ejercicio profesional, se encuentra un determinado número de horas de supervisión clínica obligatorias, con supervisores acreditados por las instituciones pertinentes (King y Wheeler, 1999).

En nuestros países del cono sur de América Latina, existen algunas disposiciones como en Chile, donde para ejercer la psicoterapia legalmente, hace falta haberse acreditado como psicólogo clínico en la Sociedad Chilena de Psicología Clínica. También legalmente, para ser supervisores, hace falta haber sido acreditado por la Comisión Nacional de Acreditación Clínica, como tales, luego de haber presentado todos los requisitos necesarios.

Obviamente no se trata de una formalidad. En la cada vez más difundida práctica psicoterapéutica en instituciones, la necesidad de supervisión clínica es imprescindible para garantizar un buen trabajo con los pacientes. Pero allí nos topamos con varias preguntas:

- ¿De qué son responsables los terapeutas y de qué sus supervisores?
- ¿Ante quién son responsables los supervisores? ¿ante los pacientes? ¿ante las instituciones? ¿ante los organismos reguladores del ejercicio profesional?
- ¿Cuándo los supervisores son responsables?

Estos complejos temas están recién comenzando

a surgir en nuestros países y se tornan cada vez más urgentes definiciones legalmente reconocidas, acerca de ellos. Uno de los criterios usados en otros contextos, en casos donde por ejemplo, hay acusación de mala praxis, ha sido la doctrina del “respondeat superior” según la cual toda persona con un cargo de autoridad (como un supervisor), es responsable de los actos de todos aquellos bajo su supervisión. De ahí que, los supervisores sean responsables del bienestar de los pacientes que hacen terapia con los terapeutas a su cargo (Cormier y Bernard, 1982; Slovenko, 1980).

¿Significa esto que cualquier supervisor clínico es responsable, por ejemplo, del suicidio del paciente de uno de sus supervisados? Dependiendo del contexto y de las definiciones claras de responsabilidad profesional, puede llegar a serlo. Huber y Baruth (1987) citan informes de tres áreas en las que específicamente los supervisores han sido declarados legalmente responsables:

- en el fracaso al proporcionar supervisión
- en la finalización del tratamiento por parte del terapeuta sin causa justificada
- en la conducta sexual inapropiada por parte del terapeuta

Obviamente entonces, el tema de la responsabilidad de los supervisores, también abarca cuestiones inherentes al autocuidado (Tanenbaum y Berman, 2005) tales como:

- no supervisar más allá de las propias competencias
- elegir modelos de supervisión
- evitar relaciones duales (sexuales, de abuso de poder, etc.)
- evaluar siempre las competencias de los supervisados, de una manera sistemática y continua
- llevar un registro de sus supervisiones
- estar disponible para situaciones de riesgo o críticas
- formular contratos o settings de supervisión claros
- tener seguro de responsabilidad profesional
- respetar y hacer respetar las normas éticas de ejercicio profesional, del Colegio pertinente

Todavía existe muy poca literatura referida a la responsabilidad de los supervisores clínicos. Un aporte para ello, lo constituye la propuesta de Formulario de Registro de la Supervisión (FRS), hecha por Bridge y Bascue, donde se registran desde la fecha, las preocupaciones de los supervisados, la actividad detallada de la supervisión y las recomendaciones del

supervisor (Bridge, Bascue, 2005).

Es interesante subrayar al respecto, que los terapeutas en función de supervisores, parecen llevar más cuidadosamente un registro de los pacientes, que de las supervisiones que realizan, incluyendo dentro de estos registros, videos, audios, historias clínicas previas, informes de evaluación, etc.

Un grupo de supervisores* interrogados sobre hasta dónde se creen responsables del trabajo de sus supervisados, respondió por ejemplo, de las siguientes maneras:

- “mi responsabilidad está limitada por la del supervisado/a”
- “mi responsabilidad existe durante el tiempo de la supervisión, después es del terapeuta, salvo en el caso de principiantes”
- “siento que la responsabilidad es compartida”
- “la responsabilidad mayor es del terapeuta”
- “co-responsable”
- “responsable de lo que yo propongo, sugiero, pero no de lo que el otro/a hace”
- “responsable de su no asunción de responsabilidad”
- “responsable de lo que yo puedo no escuchar o no entender bien, lo que le pase a los supervisados es tema de ellos”

O sea, el 100% de los entrevistados, se considera responsable de su tarea como supervisor en el marco mismo de la supervisión, pero no fuera de ella, no con los pacientes de sus supervisados. Desde esta mirada, están claramente expuestos a inesperadas situaciones en las que también se los responsabiliza, en el marco de las instituciones a las que pertenecen o en las que trabajan.

Indagados sobre si sienten mayor responsabilidad con sus supervisados o con los pacientes de ellos, las respuestas fueron en su totalidad referidas a que la mayor responsabilidad la sienten con sus supervisados, si bien algunos reconocieron tenerla también con los pacientes de ellos pero indirectamente.

Las respuestas a la pregunta “¿con quién siente más responsabilidad si supervisa en una institución?” dieron como resultado que la mayoría sentía la responsabilidad con sus supervisados y algunos mencionaron al “equipo” y a “los pacientes”. En último lugar se consideraba la institución.

Considero que este tipo de respuestas refleja como la supervisión aún es sentida por quienes la practican como un vínculo bipersonal, que toma como modelo a la supervisión clínica hecha en el ámbito de lo privado (aún cuando se trabaje en instituciones)

y que parece no reconocer la enorme influencia y el poder que una supervisión tiene en el trabajo terapéutico y por lo tanto sus consecuencias sobre los pacientes. *Pareciera que muchos terapeutas supervisores consideran que su función empieza y termina en el espacio de supervisión y desconocen muchas veces los efectos que dicha supervisión tuvo sobre los supervisados y sus pacientes.*

La supervisión clínica según diferentes escuelas

Si bien existen hoy en día, muchas escuelas en Psicoterapia, han sido el Psicoanálisis, las Terapias Sistémicas y las Cognitivo Conductuales, las que han propuesto hasta ahora, un formato organizado de supervisión.

La supervisión en las Terapias Sistémicas, incluye como un aspecto diferenciador de otras escuelas, el trabajo en espejo unidireccional, lo cual implica supervisión directa, donde los supervisores forman parte del sistema terapéutico y por lo tanto, pueden incluso llegar a entrar a alguna sesión de ser necesario. La supervisión directa también puede hacerse con un video de la sesión. Este estilo de supervisión requiere cualidades específicas por parte del supervisor/a: ser muy respetuoso, saber dar instrucciones, aportes, sugerencias de manera muy clara, breve, y no autoritaria, saber ser “fondo” y no “figura”, tener resuelto su afán de protagonismo, tolerancia a los errores cometidos ante sus ojos, aceptador de los estilos de conducción de otros terapeutas.

Dado que en este tipo de terapias, el foco de la supervisión se pone en lo que el terapeuta visualiza como su dificultad, y a través de él en los pacientes, se requiere conocer algunos datos del genograma y biografía personal y profesional del terapeuta, su contexto, como para poder ayudarlo a desentramarse de aquello del sistema que lo dejó sin recursos para promover los cambios deseados (Haley, 1996).

El marco teórico en el cual se apoya este tipo de intervención es la teoría general de los sistemas y la primera y segunda cibernética.

La supervisión de orientación psicoanalítica, es considerada parte fundamental de la formación y el pasaje por ella, un requisito más de la capacitación como psicoanalista.

De acuerdo con esta mirada, la supervisión se centra en el paciente y para ello, el diagnóstico clínico es fundamental como guía para el psicoanalista. Para muchos supervisores psicoanalíticos, que sus supervisados conozcan y manejen el diagnóstico descriptivo, el estructural y el dinámico, es un requisito

importantísimo del trabajo.

En este tipo de orientación, hay una explicitación clara del encuadre de la supervisión y los supervisores no consideran en ese espacio aspectos personales de los supervisados. Lo personal que surge es entendido como parte del proceso de transferencia y contratransferencia con los pacientes.

En estas supervisiones se pone el foco en los conflictos, no en las conductas, teniendo como marco referencial el inconsciente, la estructura del aparato psíquico y las interrelaciones paciente-terapeuta. Se usa como metodología la asociación sobre el material que traen los supervisados, teniendo en cuenta la psicogénesis y la repetición en el aquí y ahora de la conflictiva inconsciente.

En el caso de la *supervisión cognitiva conductual*, el foco se pone en lo que los supervisados traen y por lo tanto en ellos mismos, ya que se ve la relación supervisor/a- supervisado como un modelado para la relación terapéutica. Se definen objetivos claros de la supervisión, dentro de un marco de alianza confiada que se considera fundamental para el trabajo. Los objetivos son acotados, alcanzables, concretos y el supervisor ayuda a los supervisados a definirlos ya que eso permite después la evaluación de la supervisión, en términos de obstáculos y logros.

Metodológicamente hablando, los supervisados relatan el material verbalmente y el supervisor escucha prestando también atención a los aspectos cognitivos, conductuales, afectivos, corporales, de los supervisados y provee feedback de esa observación. Se redefinen los problemas a supervisar y se incluyen técnicas posibles para trabajarlos. También se pueden sugerir tareas para que los supervisados hagan entre una supervisión y otra, para favorecer el desarrollo de competencias. Se refuerzan positivamente los cambios que los supervisados van haciendo en su quehacer.

Comparando estas diversas maneras de supervisar, es indudable que los marcos referenciales teóricos de cada enfoque respaldan la manera de intervenir, independientemente de la variable *estilo personal* de los supervisores.

Algunas de las diferencias entre escuelas y sus prácticas de supervisión residen en:

- que el foco se ponga en los pacientes o en los supervisados
- que exista o no necesidad de un diagnóstico clínico de los pacientes
- que el setting incluya o no presencia de los supervisores en las sesiones
- que se trabaje o no sobre aspectos biográficos de los supervisados, en relación a sus consultas por pacientes

- que se trabaje con el material verbal que los terapeutas relatan o con material videado o en cámara de Gesell

- que haya o no definición inicial de objetivos para la supervisión

- que haya una concepción jerárquica o no de la relación supervisor/supervisado

- que el foco se ponga en el cambio conductual del terapeuta o en la comprensión del conflicto inconsciente del paciente o en la reiterativa pauta interaccional

Pero además, todas ellas requieren de contextos donde se realicen y pueden cumplir funciones diferentes, por ejemplo: (Kammerer, 2006)

- en la supervisión formativa, el objetivo es el aprendizaje de un determinado método o especialidad, es parte de un sistema de formación organizado para tal fin y está a cargo de alguien formado para lograr tal objetivo.

- en la supervisión administrativa, los objetivos son controlar y asesorar en la tarea así como conducir y participar del desarrollo del personal. La puede realizar un gerente u otro superior sin formación en supervisión.

- en la supervisión organizacional, el objetivo es acompañar en procesos de cambio, insertándose dentro del trabajo y del proceso de cambio mismo y los supervisores tienen que tener conocimientos de equipos y organizaciones.

Los contextos dentro de los cuales se pueden dar las supervisiones, incluyen la consulta privada, las universidades o centros diversos de formación de terapeutas, las organizaciones hospitalarias, los equipos de trabajo, instituciones con personal voluntario, organizaciones de coaching, y también contextos donde se supervisa a supervisores.

Las formas de la supervisión pueden ser: individual, grupal, institucional, con o sin un supervisor, dependiendo de que sea entre colegas pares, puede ser también hecha usando técnicas virtuales como e-mail, chat, video conferencias.

La persona del supervisor

Como en toda labor relacionada con la psicoterapia, la persona del supervisor es clave para su práctica. El cómo llegó a ser supervisor, si fue una tarea elegida o designada institucionalmente, si forma parte de una etapa de crecimiento o de desarrollo profesional, su historia de formación profesional, sus propias experiencias con ser supervisado, los aspectos biográficos relacionados con figuras de poder y de autoridad, sus deseos concientes o no, de

dominación, de protagonismo, de trascendencia, su placer por enseñar, orientar, aconsejar, modelar, son algunos de los aspectos que en los talleres sobre la persona del supervisor, se pueden trabajar.

La asunción y ejercicio de poder y autoridad por ejemplo, está modelada por las propias experiencias positivas, traumáticas, etc. que cada uno haya tenido en su desarrollo desde pequeño. Si por ejemplo, las figuras de autoridad reconocidas en la familia de origen de una terapeuta han sido los hombres, es probable que a ella no le resulte sencillo ejercer autoridad como supervisora de un grupo donde hay colegas varones.

Si un terapeuta tuvo su primera experiencia de supervisión con alguien muy *divo*, posiblemente se sienta lesionado en su autoestima como supervisor si no lo hace tan bien o si no ejerce tanta atracción como su maestro.

Si un supervisor es muy inseguro, probablemente adopte un estilo personal muy autoritario o poco estimulador de la autonomía de sus supervisados.

Si una supervisora considera que ser mujer es equivalente a ser dulce y suave, tendrá dificultades con ser firme, asertiva en la crítica a un supervisado (Munson, 1987).

Es frecuente que en las supervisiones grupales por ejemplo, los supervisores excluyan o descalifiquen a algunos integrantes del grupo y den poder a otros. O que interrumpan el relato del supervisado para hacer un discurso inapropiado respecto de su propia opinión.

El ser inflexible, dar siempre las mismas instrucciones u opiniones, independientemente del caso que se trate, así como el uso de valoraciones judicativas respecto del paciente o del supervisado, muchas veces sin tener toda la información necesaria, es también habitual entre los supervisores.

Los espacios de metasupervisión, junto con talleres sobre la persona del supervisor, son espacios muy útiles para trabajar sobre sí mismos y sobre todos estos aspectos relacionados con el rol.

Algunas reflexiones finales:

El ACES (Association for Counselor Education and Supervision) definió los criterios de calificación para supervisores de la siguiente manera:

- conocimiento y calificación en el campo en que supervisa
- comportamiento apropiado al rol
- trabajo acorde con normas éticas, jurídicas, administrativas y funciones profesionales
- desarrollo de una relación profesional de apo-

- utilización de métodos y técnicas apropiadas
- apoyo apropiado de la conceptualización del caso
- crítica adecuada del nivel de competencia de los supervisados, incluido el feedback relativo a los progresos de aprendizaje
- conocimientos suficientes sobre el status de la investigación en supervisión clínica

Estos criterios pueden ser complementados con habilidades específicas tales como: claridad en los objetivos, paciencia, flexibilidad, firmeza, humildad, capacidad empática, solvencia teórica, respeto.

El trabajo de capacitación de supervisores clínicos, requiere entonces, el tener en cuenta:

- la necesidad de la capacitación para el rol independientemente de la orientación psicoterapéutica
- el conocer metodologías de supervisión y sus diferencias de aplicación según contextos
- la necesidad del modelado que incluye no sólo la instrucción sobre pasos a seguir en una supervisión, sino también las emociones, la manera de hablar, de escuchar, de preguntar o no, de esperar, de ir guiando o no, de aconsejar o no, de orientar bibliográficamente.
- El trabajar con la emocionalidad de los supervisores y su posible inclusión en el trabajo.
- La importancia de la definición del setting claro de supervisión.
- Las diferencias entre ser supervisor, ser docente o psicoterapeuta.
- La importancia central de la alianza entre supervisores y supervisados, como parte de un clima de contención y apoyo, de diálogo y de guía, de cooperación mutua (Ladany, Ellis y Friedlander 1999) (Selicoff, H. 2006).
- La necesidad de que los supervisores velen por los aspectos éticos presentes en toda psicoterapia.

La progresiva conciencia acerca de la necesidad de supervisiones rigurosas, con metodologías adecuadas a distintas orientaciones y contextos, irá permitiendo que en el futuro, cada vez sean más los ámbitos académicos que abran espacios de capacitación a supervisores clínicos. Ello a su vez, irá contribuyendo a que la tarea psicoterapéutica expandida en instituciones amplias, cuente con el respaldo imprescindible que implica la supervisión realizada eficientemente.

BIBLIOGRAFIA

- Arendt, H. (2006). *Orígenes del totalitarismo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bridge, P y Bascue, L. (2005). Documentación de la supervisión en la psicoterapia. RET. España. *Revista de Toxicomanías*, 45, 27-40.
- Binder, J. (1993). Is it time to improve psychotherapy training? *Clinical Psychology Review*, 13, 301-318.
- Cormier, A. y Bernard, M. (1982). Cuestiones éticas y legales en la supervisión de la psicoterapia. España. *Revista de Toxicomanías*, 45, 21-30.
- Foucault, M. (1966). *Las palabras y las cosas*. México: Siglo XXI Editores.
- Frank, R. (1995). Psychoterapie-Supervision. *Report Psychologie*, 20, 33-46.
- Frank, R., Rzepka, U. y Vaitl, D. (1996). Auswirkungen von Psychotherapie-Supervision auf die Entwicklung von Psychotherapeuten. In *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie*, (457-475). Gottingen: Hogrefe.
- Funke, J. (2003). *Problemloses Denken*. Stuttgart. Kohlhammer.
- Grawe, K. (2002). *Psychological therapy*. Seattle: Hogrefe y Huber.
- Grawe, K. (2006). *Neuropsychoterapy*. Seattle: Hogrefe y Huber.
- Haley, J. (1996). La supervisión en vivo. En J. Haley *Aprender y enseñar terapia* pp. 189-226. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hess, A. K. (1980). *Psychotherapy Supervision: theory, research and practice*. New York: Wiley and Sons.
- Huber, M. y Baruth, A. (1987). En Cuestiones éticas y legales en la supervisión de la psicoterapia. España. *Revista de Toxicomanías*, 45, 21-30.
- Kammerer, A. (1983). *Die therapeutische strategie "problemlosen"- Theoretische und empirische perspektiven ihrer Anwendung in der Kognitiven Psychotherapie*. Munster: Aschendorff.
- Kammerer, A (2006 y 2007). Materiales Seminarios Internacionales de Supervisión Clínica. Universidad Católica de Chile. Manuscritos no publicados.
- King, D. y Wheeler, S. (1999). The responsibilities of counsellor supervisors: a qualitative study. *British Journal of Guidance and Counselling*, 27, 2, 215-229.
- Ladany, N; Ellis, M y Friedlander, M. (1999). The supervisory working alliance, trainee self- efficacy and satisfaction. *Journal of counseling and development*, 77, 447-455.
- Munson, C. (1987). Sex roles and power relationships in supervision. *Professional Psychology: research and practice*, 18, 236-243.
- Selicoff, H. (2006). Looking for good supervision: a fit between collaborative and hierarchical methods. *Journal of Systemic Therapies*, 25, 1, 37-52.
- Schmelzer, D. (1997). *Verhaltenstherapeutische Supervision*. Gottingen: Hogrefe.
- Slovenko, R. (1980). Legal issues in psychotherapy supervision. En A. Hess (Ed) *Psychotherapy Supervision: theory, research and practice*, 453-473. New York: Wiley and Sons.
- Stoltenberg, C. y Delworth, U. (1987) *Supervising counselors and therapists. A developmental approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Tanenbaum, R. y Berman, M.. (2005). Cuestiones éticas y legales en la supervisión de la psicoterapia. España. *Revista de Toxicomanías*, 45, 21-30.
- Weber, M. (1964). *The theory of social and economic organization*. New York: Talcott Parsons Ed.
- White, M. (2002). Supervisión como conversación de re-escritura de la vida. En M. White *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. (pp. 188-214). Barcelona: Gedisa.
- Willutzki, U. (1995). NovizInnen und erfahrene TherapeutInnen: Brauchen alle dieselbe Supervisionsform?. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 27, 429-435.
- Worthington, E. (1987). Changes in Supervision as counsellors and supervisors gain experience: a review. *Professional Psychology: research and practice*, 19, 189-208.

Abstract: This work reflects on the importance of specific training to become a clinical supervisor. Current developments in the field of psychotherapy make it increasingly evident and necessary to consider clinical supervision as a specialty or major in itself, which one can choose, requiring not only practical clinical experience, but also training as well as personal work on one's own identified strengths and weaknesses to practice such a role.

In this article, we analyze relevant aspects of the role of supervisor, that apply to all psychotherapeutic orientations, some models used in clinical supervision as well as recurrent and necessary topics of research, such as the supervisors responsibility, the personal work on power and authority issues present in every supervision instance, and the conditions necessary to obtain satisfactory outcomes from the supervisory process.