



# Universidad de Alcalá

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

## TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA SUPERVISIÓN. ANÁLISIS DEL DISCURSO DE SUPERVISORES Y PSICOTERAPEUTAS

Tesis doctoral presentada por

ANA ISABEL MORENO PÉREZ

Directores:

DR. ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA

DRA. BEATRIZ RODRÍGUEZ VEGA

Alcalá de Henares, 2016



Universidad  
de Alcalá

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y  
ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Campus Científico Tecnológico

Ctra. Madrid-Barcelona, km.33,600

28805 Alcalá de Henares (Madrid)

Teléfono: 918854533 - 4707 - 4790

e-mail: [dpto.medica@uah.es](mailto:dpto.medica@uah.es)

**D. Melchor Alvarez de Mon Soto**, Director del Departamento de Medicina y Especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá,

**CERTIFICA:** que el trabajo titulado *“TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA SUPERVISIÓN. ANÁLISIS DEL DISCURSO DE SUPERVISORES Y PSICOTERAPEUTAS”*, ha sido realizado por *D<sup>a</sup> Ana Isabel Moreno Pérez*, en el Departamento de Medicina y Especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá, y reúne los requisitos científicos de originalidad y rigor metodológicos suficientes para ser defendido en calidad de Tesis Doctoral ante el tribunal que corresponda.

Y para que así conste, expide y firma el presente certificado en Alcalá de Henares, a cinco de febrero de dos mil dieciséis.



*MA Soto*



Universidad  
de Alcalá

**DON ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA** Doctor en Medicina, Psiquiatra, Profesor Asociado del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Alcalá de Henares

**HACE CONSTAR:**

Que **DOÑA ANA ISABEL MORENO PÉREZ**

Licenciada en Medicina y Cirugía ha realizado bajo mi co-dirección el trabajo titulado **TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA SUPERVISIÓN. ANÁLISIS DEL DISCURSO DE SUPERVISORES Y PSICOTERAPEUTAS**, y que este trabajo reúne, en mi opinión, los criterios de calidad, originalidad y metodología adecuados y suficientes para optar al grado de doctor.

Y para que surta los efectos oportunos, autorizo la presentación de esta Tesis Doctoral en la Universidad de Alcalá de Henares

En Madrid a 4 de febrero de 2016

Fdo.





**DOÑA BEATRIZ RODRIGUEZ VEGA** Doctora en Medicina, Psiquiatra, Profesora Asociada del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid

**HACE CONSTAR:**

Que **DOÑA ANA ISABEL MORENO PÉREZ**

Licenciada en Medicina y Cirugía ha realizado bajo mi co-dirección el trabajo titulado **TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA SUPERVISIÓN. ANÁLISIS DEL DISCURSO DE SUPERVISORES Y PSICOTERAPEUTAS**, y que este trabajo reúne, en mi opinión, los criterios de calidad, originalidad y metodología adecuados y suficientes para optar al grado de doctor.

Y para que surta los efectos oportunos, autorizo la presentación de esta Tesis Doctoral en la Universidad de Alcalá de Henares

En Madrid a 4 de febrero de 2016

**Fdo.**





#### La función del arte / 1

Diego no conocía la mar. El padre, Santiago Kovadloff, lo llevó a descubrirla. Viajaron al sur.

Ella, la mar, estaba más allá de los altos médanos, esperando.

Cuando el niño y su padre alcanzaron por fin aquellas cumbres de arena, después de mucho caminar, la mar estalló ante sus ojos. Y fue tanta la inmensidad de la mar, y tanto su fulgor, que el niño quedó mudo de hermosura. Y cuando por fin consiguió hablar, temblando, tartamudeando, pidió a su padre: -¡Ayúdame a mirar!

Eduardo Galeano. *El libro de los abrazos*





## AGRADECIMIENTOS

En supervisión, diría que como en la vida, podemos basarnos en las fortalezas y desde ahí ir construyendo (nos) o centrarnos en los problemas. Elijo, aquí y ahora, partir de mis fortalezas y reconocer, con inmensa gratitud, a los muchos cómplices que las habitan:

A Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega, mis directores de tesis, por contar conmigo, por el tiempo dedicado, sugerencias, reflexiones, aliento... ha sido un privilegio vivir esta experiencia con vosotros.

A Carmen Bayón, por su participación insustituible a lo largo de todo el proceso de la investigación. Por su compromiso, por su presencia.

A los alumnos y supervisores del Máster de Psicoterapia Integradora de la UAH, por la generosidad con la que han compartido sus experiencias. A Pilar Melis, que es capaz de manejar matrices 7x7 sin perder la sonrisa. A Caridad Avedillo, de la que aprendo todos los días. A Ahinoa Muñoz, Silvia Yañez, Lourdes Hernanz, Ángela Palao y Pablo Fernández que echaron una mano imprescindible con los grupos.

A M<sup>a</sup> Jesús Álvarez, Ana González y Manuel Desviat por su apoyo incondicional, también en esta aventura.

A las chicas de Alcalá, Teresa, Josefina, Alberto, Cristina y María, que alían su sabiduría con jengibre.

A mis compañeros del Hospital Príncipe de Asturias. Ellos hacen la tarea, todas las tareas, mucho más llevaderas.

A Pilar Alonso, por la amabilidad con la que me ha guiado por los vericuetos universitarios.

A las personas con sufrimiento psíquico: a las que nos permiten acompañarles y a las que no. Intentamos estar a la altura del reto; no siempre lo conseguimos.

A mi familia, a mis amigos. Con ellos, soy.



## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	13
1.- La supervisión	15
La formación en psicoterapia	16
Modelos de supervisión	21
2.- Psicoterapia integradora desde la óptica de las narrativas	46
1.- El movimiento de la integración en psicoterapia	46
2.- La extensión de las ideas constructivistas	51
3.- La confluencia en la consideración de la psicoterapia como una práctica narrativa	53
3.- El máster de psicoterapia perspectiva integradora de la Universidad de Alcalá de Henares	56
4.- Metodología cualitativa en investigación psicológica. La teoría fundamentada	59
Diferencias en investigación cuanti y cualitativa	60
Metodología cualitativa en psicología	61
Evaluación. ¿Qué es excelente en investigación cualitativa?	65
Grupos focales o grupos de discusión	69
La Teoría Fundamentada ( <i>Grounded Theory</i> )	70
5.- Justificación	76
<b>HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b>	79
<b>MATERIAL Y MÉTODO</b>	83
1.- Material y método de estudio	85
Selección de participantes	85
2.- Análisis de los datos	86
Codificación. Método comparativo constante	87
Triangulación	88
3.- Descripción de la población	89
<b>RESULTADOS</b>	91
1.- Análisis del discurso	95
1.1.- Aspectos generales de la supervisión	95
1.2.- Rol del supervisor	118
1.3. Expectativas	125
1.4.- Proceso de la supervisión	141
1.5.- Supervisión efectiva	174
2.- Códigos transversales. Bases para una teoría fundamentada de la supervisión desde la perspectiva narrativa	198
<b>DISCUSIÓN</b>	203
1.- Análisis del discurso	205
Definición, funciones, justificación, límites de la supervisión	205

<b>Roles del supervisor .....</b>	<b>216</b>
<b>Expectativas sobre la supervisión .....</b>	<b>219</b>
<b>Proceso de la supervisión .....</b>	<b>222</b>
<b>Supervisión efectiva .....</b>	<b>232</b>
<b>2.- Códigos transversales y teoría fundamentada .....</b>	<b>250</b>
<b>Relación de supervisión y apego.....</b>	<b>250</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>257</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>263</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>279</b>
<b>ACRÓNIMOS .....</b>	<b>287</b>

## INTRODUCCIÓN



## 1.- LA SUPERVISIÓN

En la mayoría de los modelos psicoterapéuticos, la supervisión se considera un componente imprescindible de la formación en psicoterapia (C. Falender et al., 2004, Roth & Pilling, 2007, J. Bernard & Goodyear, 2004; Breunlin, Karrer, McGuire, & Cimmarusti, 1988; H. Fernández Alvarez, 2008; Fuentes Martínez, 2006; Hackney & Goodyear, 1984; A Hess, 2008; DL Milne & Watkins Jr, 2014; Watkins Jr, 1997). A diferencia de la terapia, en la supervisión el objetivo no es incidir directamente sobre el bienestar del paciente, sino influir positivamente sobre la capacidad del supervisando para llevar a cabo una terapia eficaz con el consultante, desarrollar la capacidad de observarse tanto a sí mismo como al paciente (L D Borders, 1992; B Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2014). Otros autores (D Milne et al., 2010) valoran el resultado de la supervisión indistintamente: en función del impacto que tenga en el aprendizaje del supervisado, en términos de cambio en actitudes y habilidades y/o de beneficios en la evolución del paciente. En todo caso, aun reconociendo la importancia central que le atribuyen todos los modelos psicoterapéuticos, no existe un consenso respecto a qué llamamos supervisión, cuál es su objetivo y funciones, cuáles son los métodos para llevarla a cabo o cuáles son los resultados que cabe esperar de ella. Algunos autores han sugerido la posibilidad de cambiar de nombre a esta actividad, bien para dar cuenta de la complejidad de tareas y procesos que incluye (Wosket & Page, 2001), bien para eliminar la connotación que la palabra puede tener de una relación de autoridad entre supervisor y supervisando (B Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2014).

Hoy, la supervisión clínica se practica activamente dentro de los servicios de salud -o debería practicarse- y se considera una parte integral del desarrollo y el mantenimiento del conocimiento clínico y las habilidades profesionales (Senediak, 2013).

En 2014, la revista *American Journal of Psychotherapy* publicó un número monográfico sobre la supervisión en psicoterapia intentando reflexionar sobre cuál es su importancia ahora y en el futuro, cuáles son las últimas innovaciones y cuál es su lugar en la formación de psicoterapeutas (C. Watkins, 2014). El estado actual de la investigación en supervisión se ha comparado con la investigación en psicoterapia en la década de 1950 y 1960: "... estamos actualmente a mitad de camino, trabajando en la búsqueda de rigor científico..." (D Milne, 2014b).

Uno de los objetivos de este trabajo es definir la supervisión. Tomaremos provisionalmente una definición aceptada en el entorno europeo: *un proceso formal de soporte y aprendizaje que facilita a los profesionales en formación desarrollar conocimiento y competencia, asumir responsabilidad sobre su propia práctica y mejorar la protección y seguridad de la persona que recibe cuidados en situaciones complejas* (Department of Health, 1993).

Nos proponemos, en las siguientes páginas, revisar algunos de estos aspectos centrándonos, en la medida de lo posible, en nuestro medio.

### **LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA**

En las últimas décadas ha habido una explosión de la investigación en psicoterapia, lo que ha llevado a que los programas de residencia se hayan movido hacia una formación comprehensiva con énfasis en las competencias (Pr Weerasekera, 2013).

La situación en relación a la formación que se requiere en psicoterapia en los programas de residencia y en la relevancia que se le da a la supervisión es diferente a lo largo del mundo (Zisook et al., 2007):

- En Estados Unidos: se exigen competencias en terapia cognitivo conductual (TCC), terapia psicodinámica, de apoyo, familia y pareja (ACGME, 2007)
- En Canadá: se exigen (RCPSC, 2012) competencia en TCC, de apoyo, terapia psicodinámica, familia o grupo y conocimientos y habilidades básicas en terapia dialéctico conductual (TDC), terapia interpersonal (TIP), terapia familiar de orientación conductista, e introducción a mindfulness, terapia dinámica breve, relajación y entrevista motivacional.
- Reino Unido (RCP, 2010): se exigen competencias en psicoterapia psicodinámica o TCC y exposición adicional a otras terapias.
- Sud América (Chile y Brasil): existen requerimientos específicos para la formación en psicoterapia.
- Países Escandinavos: existen requerimientos específicos para la formación en psicoterapia.
- Asia (India, Corea, China): Requerimientos mínimos.
- Unión Europea: La *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS) representa a las asociaciones nacionales de médicos especialistas de los países de la Unión Europea (UE) y países asociados. Se fundó en 1958 en Bruselas con el fin de facilitar la libre circulación de profesionales y asegurar la calidad en la formación de especialistas y de la asistencia sanitaria en los países de la UE según la Directiva 93/16/EEC del Consejo Europeo. Para asegurar un ejercicio médico de calidad, la UEMS ha desarrollado unos estándares en torno a la educación especializada, formación continuada y desarrollo profesional que sirven como recomendaciones a los países miembros (Management Council of UEMS, 1993). La Sección de Psiquiatría se creó en 1990 y el Consejo en 1992. La Sección de Psiquiatría del Niño y del Adolescente se establecería como un grupo separado en 1993.

Dado que los planes docentes de cada especialidad son estructurados por las autoridades nacionales, existen grandes diferencias entre los países de la UE, tal como refleja una encuesta realizada por el Consejo de Psiquiatría en el 2004 a todas las asociaciones nacionales representadas en la UEMS. Por este motivo, la



UEMS ha desarrollado distintos instrumentos para armonizar la formación de especialistas. Esto ha sido de especial dificultad en el caso de la psiquiatría dada la diversidad cultural, los contextos sociales y políticos en que se desarrollan los distintos programas y la gran variedad de planes docentes, mientras que en otras especialidades como la cirugía sí existe una cualificación internacional establecida. Un primer paso fue el desarrollo de un protocolo consensuado por todos los países miembros que trata de especificar los aspectos más relevantes en la formación de especialistas (Morón Nozaleda, Álvarez Fernández, Freund, Martín Ballesteros, & Fernández Liria, 2012). Respecto a la formación en psicoterapia, la UEMS considera que es un campo esencial en la formación del residente de psiquiatría, que asegura la experiencia del mismo en la creación de una adecuada relación y alianza terapéutica, el diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico indicado según el problema y la personalidad de cada paciente, el conocimiento de los procesos psicológicos del trastorno así como del tratamiento psicoterapéutico y su desarrollo, y el conocimiento del rol que ejerce la psicoterapia dentro del tratamiento integral de la enfermedad mental.

Otro aspecto relevante que señalan que puede fomentar el entrenamiento del residente en Psicoterapia es la capacidad para explorar y manejar sus propios pensamientos y emociones en el contacto con el paciente a lo largo del proceso, y aprender a usarlos de forma terapéutica.

La UEMS indica que la formación en psicoterapia debe ser tanto teórica como práctica. Establece un mínimo de 120 horas lectivas referentes a esta materia y, aunque no precisa un número mínimo de pacientes a los que aplicar este tipo de tratamiento, si recomienda, al menos, 100 horas para la supervisión por parte de personal cualificado, en formato tanto grupal como individual.

Para la práctica en psicoterapia, la UEMS enfatiza la importancia de la variedad en los diagnósticos de los pacientes a tratar, incluyendo los trastornos psicóticos. También plantean recomendaciones en cuanto al tipo y encuadre de los tratamientos psicoterapéuticos que todo residente debe realizar: basados en las teorías psicodinámica, cognitivo-conductual y sistémica o, de forma preferente, desde la psicoterapia integradora; y en un formato tanto individual, como familiar y grupal. Dentro de este campo, la UEMS también incluye la formación en metodología de investigación, habilidades en la evaluación de resultados y aspectos éticos. Asimismo, aconsejan que los residentes lleven a cabo una terapia personal, o reciban retroalimentación sobre su estilo terapéutico propio (Morón Nozaleda et al., 2012).

En nuestro país, los programas formativos de la especialidad de Psiquiatría y Psicología Clínica recogen la exigencia de formación en psicoterapia.

Para los psiquiatras, el programa formativo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008) especifica que las Psicoterapias individuales, de pareja, de familia y de grupo forman

parte de los conocimientos, habilidades y actitudes, una de las competencias que deben adquirirse. La psicoterapia forma parte de la formación nuclear de carácter longitudinal: a impartir a lo largo de todo el periodo de residencia. Además, es uno de los trayectos formativos (junto con Psiquiatría infantil y de la adolescencia, Alcoholismo y otras adicciones y Gerontopsiquiatría) que el MIR puede elegir en su último año de formación. El programa especifica en cuanto a la psicoterapia:

## 9.2 Psicoterapia:

### 9.2.1 Aspectos básicos:

La formación en psicoterapia se impartirá a lo largo de todo el periodo formativo con sujeción e las siguientes bases:

- Debe ser supervisada y reglada, con asunción progresiva de responsabilidades.
- Debe fundamentarse en los hallazgos de la investigación empírica.
- Debe prestar atención a los aspectos de la persona del terapeuta implicado en la práctica de la psicoterapia y en la adquisición del rol de terapeuta.
- Debe estructurarse de tal manera que el progreso en la formación sea evaluable.

### 9.2.2 Desarrollo del plan formativo.

Se considerarán cuatro niveles de competencia:

- Un primer nivel que debería ser puesto en práctica siempre que se realice una intervención terapéutica, sea ésta de carácter psicológico, biológico o social. Estaría dirigido a facilitar el desarrollo de la relación de ayuda y de encuadre. Debe permitir la aplicación de psicoeducación, la identificación de obstáculos para el cambio terapéutico y el reconocimiento de implicaciones psicológicas en el proceso terapéutico.
- Un segundo nivel para el desarrollo de destrezas psicoterapéuticas necesarias para abordar problemas psicológicos generales, tales como, dificultades de relación social, laboral y familiar, dificultades de cumplimentación, etc. Se centraría en el ejercicio de psicoterapia de apoyo y en la intervención en crisis.
- Un tercer nivel para alcanzar la adquisición de competencias con la finalidad de aplicar técnicas psicoterapéuticas específicas y estructuradas, orientadas a complementar el tratamiento farmacológico o la rehabilitación de trastornos específicos.
- Un cuarto nivel referido a las destrezas necesarias para practicar la psicoterapia formal y ajustada estrictamente a modelos. Incluye el conocimiento de bases teóricas y prácticas de los diversos modelos psicoterapéuticos: psicodinámicos, sistémicos, cognitivo-conductual y el interpersonal, tanto en lo referido a la modalidad individual como de pareja, de familia o de grupo.

### 9.2.3 Distribución de tareas según Niveles.

Durante el periodo de formación del Residente se distribuirá de forma longitudinal la adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes, desarrollando los niveles de mayor intensidad formativa durante el periodo de formación específica (ver apartado 10). Todo ello dentro de una dinámica docente teórico-práctica y de participación activa del Residente, bajo una adecuada supervisión.

	Teoría	Ejercicios	Supervisión
Nivel 1	20 Horas	30 Horas	3 Casos
Nivel 2	60 Horas	90 Horas	4 Casos
Nivel 3	100 Horas	–	4 Casos
Nivel 4	200 Horas	–	5 Casos

Respecto a la práctica supervisada y a los distintos niveles de responsabilidad que adquiere el residente:

Más que en otras especialidades, en Psiquiatría la relación médico-paciente forma parte, desde la primera entrevista, del proceso terapéutico y conlleva el riesgo de un efecto contraterapéutico si el profesional no está adecuadamente entrenado. De ahí la importancia de la supervisión directa desde los primeros momentos y la importancia de la progresión gradual en los niveles de responsabilidad del residente con carácter general y en cada una de las ramas impartidas según prevé el programa de la especialidad.

En general, el residente deberá progresar en la rotación desde un primer nivel de evaluación y diagnóstico a un segundo nivel de tratamiento farmacológico y a un tercer nivel de habilidades psicoterapéuticas. Esta supervisión es especialmente destacable en el caso de la psicoterapia, debido al especial carácter de experiencia personal que tiene su aplicación técnica.

No obstante lo anterior y dado que la autonomía es fundamental como elemento formativo del sistema de residencia, deberá propiciarse progresivamente suficiente autonomía y responsabilidad a lo largo de todo el periodo formativo con el objetivo de que el residente alcance una autonomía total, supervisada, en el último año de residencia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

El programa no concreta cómo debe ser la formación ni la supervisión en psicoterapia. La Comisión Nacional de Psiquiatría (CNP) realizó en el año 2008 una encuesta a los MIR de tercer y cuarto año para conocer la opinión sobre la formación que recibieron y el grado de satisfacción con la misma (Gómez-Beneyto et al, 2011). La satisfacción con la supervisión en psicoterapia no llegó al aprobado (n: 216; media 4,7; dt: 2,8; %<5: 38,9). La encuesta concluía solicitando comentarios libres. El 70% de los encuestados aportaron su opinión sobre deficiencias en la formación recibida. La mayor parte de las quejas se centraron en la falta de formación en psicoterapia (41%), en investigación (18%), en las guardias (10%), en la insuficiente supervisión clínica (8%) y en que se primara la asistencia sobre la formación (6,5%). El artículo concluía que *la falta de formación en psicoterapia es un problema grave. En los comentarios libres se alude a la necesidad de una supervisión de calidad. La escasez de profesionales bien entrenados y con tiempo suficiente para cubrir esta necesidad es probablemente una de las razones. La presión asistencial a la que se somete al residente puede ser otra. La capacidad para impartir psicoterapia es una de las competencias más específicas de la especialidad* (Gómez-Beneyto et al, 2011).

Respecto a la formación de los psicólogos clínicos (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009), *el programa formativo se estructura sobre la base de una formación básica en psicología clínica, que permita a los futuros especialistas ejercitar con eficacia las tareas propias de evaluación, diagnóstico, psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamiento psicológicos, en los diversos campos que hoy configuran la especialidad.* En las competencias profesionales, diseñar y aplicar programas de intervención y tratamiento específicos, mediante las técnicas y procedimientos psicoterapéuticos pertinentes y suficientemente contrastados aparece tanto en el ámbito clínico-asistencial de promoción, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento como en el ámbito de la docencia e investigación.

Entre los objetivos generales de la formación, aparece la capacitación para proveer de tratamiento psicológico:

Capacitar a los psicólogos clínicos en formación para el desempeño de las tareas propias de evaluación, diagnóstico, intervención, y tratamientos psicológicos, de la manera más eficaz y eficiente posible, atendiendo a los máximos estándares de calidad científica disponibles en cada momento.

Que se desarrolla en los objetivos específicos:

## 5.2. Objetivos específicos:

Durante su período de formación, el psicólogo clínico debe adquirir, según los principios basados en la mejor evidencia científica disponible en cada momento, los conocimientos, actitudes, habilidades y competencias necesarias para:

a) La recepción y análisis de la demanda, y el subsiguiente establecimiento, realización, y seguimiento de los planes de diagnóstico, evaluación, intervención clínica, y/o de tratamiento psicológicos más adecuados.

b) Utilizar de forma eficiente las técnicas y procedimientos de entrevista clínico-psicológica, a fin de establecer el pertinente análisis funcional de la problemática que presenta un paciente individual, o un grupo, y proporcionar elementos para el establecimiento del plan terapéutico más adecuado.

c) Utilizar los instrumentos y técnicas de evaluación y diagnóstico psicológicos eficaces y contrastados para la identificación de los trastornos y enfermedades mentales y del comportamiento, así como de los factores de riesgo a ellos asociados, independientemente del nivel de gravedad, disfuncionalidad, interferencia, y/o deterioro de tales trastornos y enfermedades.

d) Evaluar y diagnosticar los trastornos y enfermedades mentales y del comportamiento mediante técnicas y procedimientos de evaluación contrastados y adecuados a la problemática específica y teniendo en cuenta los factores individuales y sociodemográficos específicos.

e) Utilizar de forma eficaz y eficiente las técnicas y procedimientos de intervención contrastados y adecuados a la problemática que presente un paciente individual, o un grupo, y teniendo en cuenta los factores individuales y sociodemográficos específicos.

f) Diseñar, aplicar, evaluar la eficacia, y llevar a cabo el seguimiento de programas de apoyo, intervención, psicoterapia y tratamiento psicológicos, a nivel individual, familiar, consejo de grupo, y comunitario, atendiendo a la gravedad, urgencia, y grado de deterioro, interferencia y disfuncionalidad de los trastornos, enfermedades, o problemas a los que se van a aplicar dichos programas.

g) Diseñar, aplicar, y valorar la eficacia de los programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamiento psicológicos específicamente diseñados para pacientes agudos, y participar en la resolución de situaciones de crisis y de urgencias.

h) Diseñar, aplicar, evaluar la eficacia, y llevar a cabo el seguimiento de programas específicos de evaluación, diagnóstico, psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamiento psicológicos en la población infantil y adolescente.

i) Diseñar, aplicar, evaluar la eficacia, y llevar a cabo el seguimiento de programas específicos de evaluación, diagnóstico, psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamiento psicológicos en las personas de edad avanzada.

j) Diseñar, aplicar, evaluar la eficacia, y llevar a cabo el seguimiento de programas específicos de evaluación, diagnóstico, psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamiento psicológico en las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental.

k) Diseñar, aplicar, evaluar la eficacia, y llevar a cabo el seguimiento de programas específicos de evaluación, diagnóstico, psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamiento psicológicos en las personas con adicciones.

l) Diseñar, aplicar, evaluar la eficacia, y llevar a cabo el seguimiento de programas específicos de rehabilitación y atención prolongada.

m) Diseñar, aplicar, evaluar la eficacia, y llevar a cabo el seguimiento de programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamiento psicológicos específicos para las enfermedades físicas, con especial atención a los procesos mórbidos de naturaleza crónica, en cuya evolución juegan un papel determinante los factores psicológicos.

n) Conocer y aplicar las técnicas de relación interpersonal y de trabajo en equipo.

o) El apoyo a la superación de secuelas en procesos derivados de enfermedades/traumatismos

(Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

En cuanto al modo de conseguir estos objetivos, el programa de formación se sustenta en la práctica, complementada con formación teórica. Se basa en la figura del tutor, psicólogo clínico, en el que recae la planificación, gestión, supervisión y evaluación de todo el proceso de formación. La actividad del tutor general podrá quedar apoyada,

pero no sustituida, por la que lleven a cabo los supervisores de rotación en los servicios o unidades donde se efectúe una determinada rotación.

Tanto en el programa de formación teórica como en las rotaciones obligatorias (en cada una de ellas, referida a la población que se atiende preferentemente en ese dispositivo y con las características específicas de la psicoterapia), se hace mención expresa de la adquisición de conocimientos y habilidades necesarias para el diseño y aplicación de intervenciones psicoterapéuticas.

Respecto a la formación específica (último año), los campos en los que puede profundizar el PIR son psico-oncología, neuropsicología, psicogeriatría, cuidados paliativos, salud sexual y reproductiva y trastornos de la conducta alimentaria. Igualmente, entre los objetivos de estas rotaciones se cuenta *conocer, elaborar, aplicar, y evaluar la eficacia de los programas de psicoterapia y tratamientos psicológicos basados en la evidencia específicos para cada área*.

Tampoco en el programa de formación de Psicología Clínica se desarrollan los contenidos teóricos, qué psicoterapias o cómo organizar la práctica supervisada.

Este rápido vistazo nos permite afirmar que aunque existe un amplio consenso que avala la eficacia de la psicoterapia sola o en combinación en muchos trastornos mentales (Lambert, 2004) y que esto obliga a formar en psicoterapia a los residentes, no parece haber consenso respecto a qué psicoterapias enseñar, cómo hacerlo ni cómo llevar a cabo la supervisión.

### **MODELOS DE SUPERVISIÓN**

Para Leddick, un modelo de supervisión hace referencia a la manera sistemática en la que se aplica la supervisión (Leddick, 1994) y se refiere a prácticas, rutinas y creencias (construcciones sociales) que son fundamentales para la comprensión de la supervisión clínica. Desde su punto de vista se podrían clasificar en tres modelos generales de supervisión: desarrollo, integrados, y de orientación específica, aunque considera que la decisión de utilizar un metamodelo basado en las fortalezas del terapeuta o un modelo centrado en los problemas es lo más importante que un supervisor clínico puede hacer a priori. Para Morgan y Sprenkle, no hay evidencias que sugieran que un modelo es superior a cualquier otro (Morgan & Sprenkle, 2007).

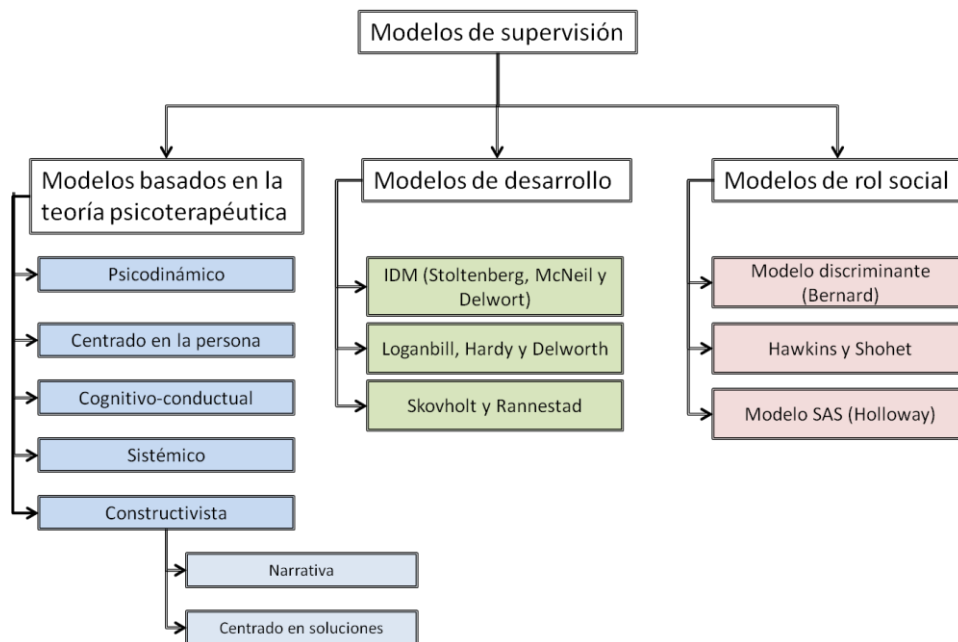


Figura 1: modelos de supervisión, mapa conceptual. Tomado de (J. Bernard & Goodyear, 2004)

### 1.- MODELOS DE PRIMERA GENERACIÓN, O MODELOS DE ORIENTACIÓN ESPECÍFICA

Están basados cada uno en su escuela. La supervisión se parece a la técnica concreta que emplea la escuela en la terapia. Y el contenido de la supervisión, en general, tiene relación con la adecuación al modelo en la forma de ejercer la terapia que hace el terapeuta (J. M. Bernard & Goodyear, 2014; Edwards, 2013; AK Hess, 2008). Edwards señala que estos modelos tienen la desventaja, por una parte, de señalar básicamente lo que el supervisado está haciendo mal y, por otra, maximizar las diferencias entre escuelas en lugar de buscar aspectos comunes también en el ejercicio de la supervisión. De acuerdo con Falender y Shafranske (Carol A. Falender & Shafranske, 2008) la orientación teórica informa la observación y selección de los datos clínicos para la discusión en la supervisión, así como del significado y relevancia de estos datos.

#### SUPERVISIÓN PSICODINÁMICA

De ellos provienen conceptos como alianza y proceso paralelo. Freud comenzó a supervisar en 1902. Las organizaciones de trabajadores sociales comenzaron a hacerlo casi a la vez (J. Bernard & Goodyear, 2004).

- Hitos, conceptos y prácticas en supervisión psicodinámica:
  - 1920: La supervisión formal se instituye por Eilington, en Berlín.
  - 1922: la IPA establece estándares de supervisión para la formación
  - 1930:
    - Escuela de Budapest: La supervisión como parte del análisis con énfasis en la transferencia y contratransferencia

- Escuela de Viena: Análisis para transferencia y contratransferencia y supervisión más didáctica
- 1972: Modelo de Eikstein y Wallerstein: énfasis en la relación paciente - terapeuta – supervisor y los procesos que se desarrollan entre ellos.

Frawley- O'Dea y Sarnat (Frawley-O'Dea & Sarnat, 2001) señalan que la primera supervisión se centró en el paciente y luego pasó a centrarse en el supervisado. Ambas sitúan al supervisor en el rol de un “experto no implicado”. Ellos abogan por una supervisión centrada en la relación en la que la autoridad del supervisor no emana tanto de su carácter de experto como de participante en un proceso de influencia mutua. Proponen un mapa conceptual con tres dimensiones:

- Dimensión 1: Naturaleza de la autoridad del supervisor respecto al supervisando. Se puede situar en un continuum entre la que se basa en su conocimiento y la que se basa en su participación.
- Dimensión 2: Foco de la supervisión
  - Paciente
  - Terapeuta
  - Relación supervisado-supervisor
- Dimensión 3: Modo predominante de participación del supervisor (roles y estilos)
  - Didáctico
  - Socrático
  - Contenedor

#### SUPERVISIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Otra gran escuela que históricamente aporta unos objetivos y una metodología distinta en la supervisión es la escuela rogeriana y la psicoterapia centrada en el cliente. Para esta escuela, el psicoterapeuta es claramente el instrumento para el cambio. El cambio es dirigido por el paciente y ayudado con la actitud del terapeuta de congruencia, comprensión empática y aceptación incondicional. La introducción de grabaciones y transcripciones en la investigación y entrenamiento de los profesionales realizada por Rogers son un aporte importantísimo a la tarea de supervisión. La supervisión adquiere características experienciales. La formación del psicoterapeuta centrado en el cliente tiene que ver con cómo hacer frente a las actitudes o suposiciones sobre la naturaleza humana y las actitudes del psicoterapeuta hacia si mismo. La tarea de la supervisión es asegurarse de desarrollar las habilidades de escucha y que el terapeuta pueda descubrir sus propios bloqueos para escuchar (AK Hess, 2008).

Dado que la supervisión centrada en el cliente no estaba tan bien documentada como la terapia centrada en el cliente, Rogers fue convocado por Goodyear y Hackney para discutir su enfoque en la supervisión, como parte de un proyecto mayor que incluía la supervisión de una sesión de supervisión filmada con un cliente preparado, por parte de

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

Con respecto a los supervisados noveles, Rogers considera que lo mejor que se puede hacer es hacerles sentir comprendidos y trabajar con las cosas que ellos puedan llegar a reconocer como malas en su práctica: "trato de evitar la crítica... No quiero criticar porque siento que cada persona hace terapia en la mejor forma que él o ella puede hacerlo en ese momento. Así, en ese sentido, generalmente no hay nada que criticar. También evito dar instrucciones diciendo Ud. podría hacerlo así y así; en todo caso podría decir qué hubiese hecho yo. Igual que con la crítica, las instrucciones pueden tener un mal efecto: en la entrevista con el cliente el supervisado podría estar más pendiente de mis instrucciones que del cliente. Me gustaría ayudar al terapeuta a estar totalmente presente para el cliente en una forma no juzgadora y sin buscar logros" (Hackney & Goodyear, 1984).

- En la supervisión operan las mismas condiciones facilitadoras que en terapia (genuinidad, empatía, calidez)
- La supervisión es un proceso en el contexto de una relación
  - Las actitudes respecto a la naturaleza humana, el cambio y el self del supervisor, modelan las de el terapeuta
    - Confianza en la capacidad de las personas de diferenciarse y avanzar hacia la autorealización.
    - Hay una fuerte tendencia inconsciente a controlar y ser directivo
    - Terapeuta y supervisor han de aceptarse
- Este modelo ha tenido una gran influencia en las ideas sobre supervisión y formación de todos los demás (J. Bernard & Goodyear, 2004)

#### SUPERVISIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Es más específica y más sistemática que la de otros modelos. Los principios explicitados por Bloyd en 1978 (citado en (J. Bernard & Goodyear, 2004) son:

1. Los resultados dependen de las habilidades de los terapeutas y, por tanto se trata de instaurar comportamientos adecuados y eliminar los inadecuados por parte del terapeuta



2. Se trata de ayudar a los terapeutas a adquirir las habilidades necesarias para realizar tareas identificables
3. Las habilidades del terapeuta son definibles como conductas y responden a los principios del aprendizaje
4. La supervisión debe emplear los principios de la teoría del aprendizaje

En esta orientación se hace más uso de los manuales de tratamiento, que son, además, más precisos. Los terapeutas cognitivo conductuales consideran que la capacidad del supervisando depende de su capacidad de aprendizaje y les preocupa el grado en el que éste demuestra dominio técnico y adherencia al modelo. Se ha hecho hincapié también en el uso de la pregunta socrática (Rosenbaum & Ronen, 1998) y el desafío de las cogniciones y prejuicios del supervisando (Liese & Beck, 1997). Safran y Muran (Safran & Muran, 2000) han integrado una óptica relacional que les lleva a prestar atención a las rupturas y reparaciones de la alianza. Milne y Reiser (D Milne et al., 2010) consideran que así como la terapia cognitivo conductual tiene una amplia sustentación basada en pruebas, la supervisión cognitivo conductual se ha aplicado sin ese soporte empírico. Realizan una revisión sistemática para identificar las prácticas efectivas de la supervisión cognitivo conductual y comparar sus hallazgos con las guías. Encuentran 24 estudios que cumplen sus criterios de calidad y esto les permite identificar estrategias eficaces para mejorar la supervisión cognitivo conductual (ver más adelante, discusión sobre supervisión efectiva).

#### SUPERVISIÓN SISTÉMICA

Suele considerarse sinónimo de supervisión de terapia familiar. Los terapeutas sistémicos han hecho importantísimas aportaciones en el campo de la supervisión. En primer lugar a la teoría sistémica se deben algunos de los conceptos que permiten una visión moderna de la supervisión, como el de sistemas observantes que nos permiten entender el tipo de interacción que se produce tanto en la sala de consulta como con la entrada en juego del supervisor (Breunlin et al., 1988). Esto se ha traducido en que la supervisión ha sido objeto de la atención de los clásicos de la terapia sistémica en momentos de la historia de la psicoterapia en los que no era frecuente que este tema fuera abordado teóricamente y menos que la actividad fuera públicamente expuesta (B Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2014). Liddle, Becker y Diamond (H. A. Liddle, Becker, Diamond, & Watkins Jr., 1997) sostienen que se ha desarrollado en paralelo pero sin relación con la supervisión en el resto de las psicoterapias. Sus principales aportaciones son el concepto de isomorfismo (replicación de las dinámicas familiares en la relación de supervisión) y la supervisión en vivo (J. Bernard & Goodyear, 2004).

Hay objetivos diferentes en función de las escuelas (estructural, estratégica, boweriana o experiencial):

- Si el objetivo de la terapia es mantener un límite claro entre los subsistemas es necesario un límite claro con el supervisor que debe ser “activo, directivo y colaborador” (H. A. Liddle et al., 1997)

- Si la terapia focaliza en temas referentes a la familia de origen puede ser de utilidad activar las dinámicas de la familia de origen del terapeuta.
- Ha habido debate sobre el uso de intervenciones estratégicas (que pretenden tener efecto sin producir insight). Parece que los supervisandos, si se les pregunta, las piden, pero cuando se hacen, se molestan. Protinsky y Preli proponen que se busque el insight después de que la intervención paradójica haya tenido su efecto (citado en (J. Bernard & Goodyear, 2004)).

También desde la terapia sistémica surgieron críticos que reivindicaban la incorporación del movimiento feminista tanto en la terapia como en la supervisión (D. Wheeler, Avis, Miller, & Cheney, 1985) poniendo en tela de juicio intervenciones que no tenían en cuenta el contexto histórico o que contribuían a la inequidad en el reparto del poder, bien dentro de la familia bien en el contexto terapéutico.

#### APROXIMACIONES CONSTRUCTIVISTAS

##### LA ÓPTICA DE LAS NARRATIVAS

El terapeuta en formación está empezando a articular su propia historia como self-profesional. El rol del supervisor es tanto ayudar al terapeuta en formación a editar la historia del cliente como ayudarlo a articular la suya propia como profesional. La supervisión es un proceso de revisión de las historias que los terapeutas cuentan 1) sobre sus pacientes, 2) sobre sí mismos y 3) sobre otros terapeutas (Parry & Doan, 1994). El rol del supervisor es servir como un editor o catalizador que ayuda al supervisando a escribir y revisar los guiones que definen quién es como terapeuta y que hace en este rol. Esto lo hace más desde la curiosidad (preguntando) que desde el conocimiento (contestando). La técnica del equipo reflexivo es muy utilizada en este modelo.

##### SUPERVISIÓN ORIENTADA A LAS SOLUCIONES

Parten de la base de que el objetivo de la terapia es ayudar a los pacientes a lograr lo que quieren, que estos saben lo que quieren y que hay que focalizar en lo que es positivo y en lo susceptible de cambiar y usar la curiosidad. Su intervención paradigmática es la pregunta milagro. Bernard y Goodyear (J. Bernard & Goodyear, 2004) sintetizan de lo dicho por varios autores algunas asunciones básicas:

- Más que ser didáctico se trata de ayudar al supervisando a encontrar sus propios recursos
- La resistencia reside siempre en la relación con el supervisor
- Focalizar en las fortalezas del supervisando
- Buscar el efecto bola de nieve, partir de pequeños cambios
- Buscar lo que es posible
- No hay un único modo “correcto” de hacer las cosas

En cuanto al lenguaje a utilizar abogan más por el modo proposicional (“recuerda y dime un ejemplo de cuándo lo has hecho bien”) que el subjuntivo (“¿Cómo podrías hacerlo

bien?”) (Esto supone asumir competencia por parte del supervisando. Ejemplos de preguntas:

- ¿En qué has notado mejoría como terapeuta desde que empezamos a supervisar?
- Dime que es lo mejor que has hecho por un paciente esta semana
- Cuando empieces a desenvolverte mejor con estas situaciones ¿Cómo vas a saber que puedes arreglártelas sólo? ... Y ¿Qué es lo que harás entonces distinto?
- Cuando llegues al punto de no necesitar supervisar más esto ¿Cómo vas a saberlo?
- ¿En una escala del 1 al 10...?

Cruz Fernández (Cruz Fernández, 2009) propone una aproximación, basada en las propuestas de Erickson y las propuestas estratégicas, a la formación de terapeutas, considerando tres niveles de formación. El primero de ellos teórico, que responde a los conocimientos y distinciones del modelo al cual se adscribe cada terapeuta. El segundo corresponde al aprendizaje práctico, que incluye poder tener experiencias significativas de su quehacer. Por último se encuentra el aspecto formativo de su persona, reflexionando en contacto con sus propias conflictivas, motivaciones y recursos, en su hacer clínico. Analiza estos a la luz de algunas de las actuales concepciones formativas sistémicas: consideran que, en su sistema de formación el foco de trabajo pasó de estar centrado en el saber teórico al aprender haciendo, donde el proceso personal del terapeuta en formación se vuelve fundamental. Sostienen que la aproximación estratégica representa una fortaleza, al promover el surgimiento de destrezas desde los recursos y particularidades del terapeuta en formación. Los postulados teóricos de este modelo les lleva a concebir el proceso de formación de terapeutas, desde la perspectiva del formando, su individualidad, historia de significados, recursos personales. El supervisor es activo en facilitar la puesta en escena del alumno. Sólo ahí podrá comprender y decidir respecto a este quehacer. Moran (1997) propone que podría plantearse un isomorfismo entre el modelo terapéutico y el modelo de formación, en el cual el terapeuta en formación configura su experiencia integrando su sistema emocional, sistema de creencias y su sistema cognitivo. Siguiendo a Moran, "la esencia de una formación consiste en integrar conocimientos teóricos, instrumentos técnicos y el desarrollo de la creatividad personal a través de la observación de sí mismo" (citado en (Cruz Fernández, 2009).

## **2.- LOS MODELOS DE SEGUNDA GENERACIÓN O MODELOS DE DESARROLLO**

Se basan en dos asunciones (Russell, 1995, (J. Bernard & Goodyear, 2004))

1. El supervisando atraviesa una serie de estadios en su camino hacia la competencia
2. En cada uno de estos requiere de la supervisión algo cualitativamente diferente

La idea que subyace en los modelos de desarrollo de la supervisión es que cada uno de nosotros está en continuo crecimiento. Combinamos experiencia y predisposición para desarrollar fortalezas y áreas de crecimiento. El objetivo es maximizar e identificar el crecimiento necesario para el futuro. Por lo tanto, es típico que se identifiquen continuamente nuevas áreas de crecimiento en un proceso de aprendizaje permanente. Worthington (E. L Worthington, 1987) revisó los modelos de supervisión y encontró que tanto el comportamiento de los supervisores como la relación de supervisión fueron cambiando según los supervisados iban adquiriendo experiencia. Para los supervisores que emplean un modelo de desarrollo de la supervisión, la clave está en identificar con precisión la etapa actual del supervisado, proporcionar información, *feedback* y apoyo adecuado a la etapa de desarrollo, al tiempo que se facilita la progresión del supervisado a la siguiente etapa. Se han propuesto modelos de desarrollo desde los años 50. Los intentos de demostrar su validez han dado resultados desiguales (J. Bernard & Goodyear, 2004).

El Modelo de Loganvill, Hardy y Delwirth (J. Bernard & Goodyear, 2004; Loganbill, Hardy, & Delworth, 1982) fue el primer modelo de desarrollo. Incluye 3 estadios y 8 temas de supervisión que pueden surgir durante los mismos. Propone también 5 intervenciones. Los estadios (estancamiento, confusión e integración, ver figura 2) se caracterizan por actitudes 1) hacia el mundo, 2) el self y 3) el supervisor. A lo largo de su desarrollo, el terapeuta va pasando reiteradamente por estos estadios y alcanzando en cada ciclo mayor integración. Se manifiestan de modo diferente según el grado de desarrollo del terapeuta.

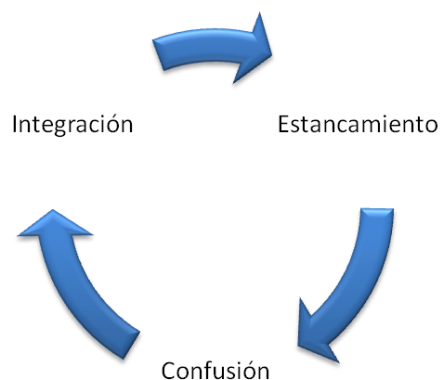


Figura 2. Los tres estadios de desarrollo de Loganbill et al. Tomado de (J. Bernard & Goodyear, 2004)

- 1.- Estancamiento: En los terapeutas noveles se manifiesta más frecuentemente como falta de conciencia de las deficiencias. En los expertos como puntos ciegos en un área concreta. En esta fase el terapeuta es o muy dependiente del supervisor o lo ve como irrelevante.
- 2.- Confusión: De instauración brusca o tórpida se caracteriza por inestabilidad, desorganización, fluctuaciones erráticas, confusión y conflicto. En este estado el

terapeuta se libera de los modos tradicionales de ver el mundo y a sí mismo. La dependencia del supervisor da paso a la rabia o frustración con él. El terapeuta asume que la respuesta no puede venir del supervisor.

3.- Integración: Es la calma tras la tempestad. Aparece un nuevo modo de entender, flexibilidad y seguridad personal basada en la conciencia de la inseguridad y de un control continuo de los aspectos importantes de la supervisión.

Longabill describe 8 cuestiones básicas del desarrollo del terapeuta, que han sido ampliadas y visto modificada su jerarquía por la investigación. Ellis (citado en Bernard & Goodyear, 2004) añade dos, relación de supervisión y aspectos personales, y las ordena:

1. Relación de supervisión
2. Competencia
3. Conciencia emocional
4. Propósito y dirección
5. Autonomía
6. Personal (Por ejemplo: puntos ciegos)
7. Respeto por las diferencias individuales
8. Ética profesional
9. Motivación
10. Identidad

Propone 5 tipos de intervención: facilitadora, confrontadora, conceptual, prescriptiva y catalizadora.

Stoltenberg y Delworth en 1987 (Stoltenberg, 1997) describieron un modelo de desarrollo, el modelo de desarrollo integrado, con tres niveles de los supervisados: principiante, intermedio y avanzado. Dentro de cada nivel los autores observaron una tendencia para comenzar de una manera rígida, poco profunda, imitativa y avanzar hacia una mayor competencia, seguridad en sí mismo, y autosuficiencia. En este modelo se presta especial atención a (1) auto y conciencia del otro, (2) motivación, y (3) autonomía. En el desarrollo típico, los supervisados, al inicio, se encontrarían relativamente dependientes del supervisor para diagnosticar a los clientes y establecer planes para la terapia. Los supervisados intermedios dependerían de sus supervisores para la comprensión de los clientes difíciles, pero se irritarían ante sugerencias sobre otros pacientes. Resistencia, evasión, o conflicto es típico de esta etapa, porque el autoconcepto del supervisado se ve fácilmente amenazado. Los supervisados en etapa avanzada son independientes, buscan la consulta cuando sea apropiado, y se sienten responsables de sus decisiones correctas e incorrectas.

Cada uno de estos tres niveles incluye tres procesos (sensibilización, motivación y autonomía), que se ponen de relieve en el contenido de las ocho áreas de crecimiento para cada supervisado. Estas áreas, o competencias, son: habilidades de intervención, técnicas de evaluación, evaluación interpersonal, conceptualización del cliente, diferencias individuales, orientación teórica, objetivos del tratamiento y planes, y ética profesional. Ayudar a los supervisados a identificar sus propias fortalezas y áreas de

crecimiento les permite ser responsables de su desarrollo profesional como terapeutas y supervisores.

Aunque para algunos autores, la **supervisión basada en competencias** supone un cambio de paradigma que rompe tanto con los modelos de desarrollo como con los de orientación específica (Craig J Gonsalvez & Crowe, 2014), la adquisición progresiva de competencias puede verse como un proceso gradual, un modelo de desarrollo (Carol A Falender & Shafranske, 2014). El grupo de trabajo sobre supervisión de la *Competencies Conference: Future Directions in Education and Credentialing in Professional Psychology* (C. Falender et al., 2004) considera que los procesos de supervisión se guían por consideraciones de desarrollo. Se puede entender que tanto el supervisor como el supervisado funcionan en sus respectivos niveles de desarrollo profesional, que a su vez afecta a sus expectativas, aprendizaje y comportamientos.

Desde los años 90 (C. A. Falender & Shafranske, 2004), este es un campo de creciente interés y expansión. Ha permitido, por una parte, la profundización en el conocimiento de la adquisición de habilidades, conocimientos y valores por parte de los terapeutas (American Psychological Association, 2014) y, por otra en la formación y el desarrollo de las competencias que debe reunir un supervisor (C. Falender et al., 2004; Carol A Falender & Shafranske, 2014; Carol A. Falender & Shafranske, 2008). Los terapeutas se formarían y evaluarían contra un estándar conocido previamente. Este estándar definiría los conocimientos, habilidades y valores que debe adquirir. Kaslow (Kaslow et al., 2004) señala que la educación de postgrado teórica es adecuada exclusivamente para la transmisión y adquisición de conocimiento. Sin embargo, la aplicación en la práctica de esos conocimientos es uno de sus componentes fundamentales en la formación del profesional. Esta "capacitación" permite la integración del conocimiento con habilidades técnicas y valores profesionales. Así, la educación aplicada implica una praxis y hace hincapié en la práctica de habilidades clínicas bajo supervisión. Además del desarrollo de habilidades, dicha formación fomenta la socialización de valores profesionales a través de la exposición a los estándares de la práctica y mediante el modelado, práctica supervisada, y el *feedback*. Permite además el "metaconocimiento" o "el conocimiento de lo que se sabe", componente importante del proceso de autoevaluación tanto en el periodo de formación como durante el ejercicio profesional. Esta competencia implica la capacidad para evaluar con precisión la disponibilidad y el uso del conocimiento aplicado, así como la capacidad de aprender y desarrollar competencias personales adicionales. Desde esta perspectiva, cobra importancia tanto la formación en competencias para los terapeutas en formación como la formación en competencias de los supervisores. En nuestro medio, el Consejo de Psiquiatría de la Unión Europea de Médicos Especialistas, UEMS, ha trabajado en el desarrollo de un marco de competencias en psiquiatría (Union Européenne des Médecins Spécialistes. European Board of Psychiatry, 2009).

Algunos autores (C. Falender et al., 2004) señalan la paradoja de que, considerando la supervisión como pieza clave en la formación de los terapeutas, los supervisores, con frecuencia, no hayan recibido entrenamiento específico para ello ni se hayan definido unos estándares para la práctica de la supervisión. Algunos autores, o asociaciones como la American Psychological Association (American Psychological Association, 2002) consideran una responsabilidad ética de los profesionales que ejercen la psicoterapia adquirir competencias en supervisión (C. Falender et al., 2004; Knapp & Vandercreek, 1997). La supervisión basada en competencias es una aproximación a la supervisión, una metateoría que no excluye otros modelos de supervisión. En 2014 la American Psychological Association publicó un documento, *Guidelines for clinical supervision in health service psychology* (American Psychological Association, 2014) que se organiza en torno a siete dominios o áreas competenciales. Detalla para cada uno de ellos las competencias a adquirir. La guía parte de una serie de asunciones respecto a la supervisión:

- es una competencia profesional distinta que requiere educación formal y formación
- prioriza el cuidado del cliente / paciente y la protección del público
- se centra en la adquisición de competencias por la persona supervisada y su desarrollo profesional
- requiere competencia del supervisor en los dominios de competencias básicas y operativas que serán supervisadas
- está basado en la evidencia actual sobre la supervisión y las competencias que son supervisadas
- se produce dentro de una relación de supervisión respetuosa y de colaboración, que incluye componentes de facilitación y de evaluación y que es establecida, mantenida y reparada cuando es necesario
- conlleva responsabilidades por parte del supervisor y supervisando
- Integra e impregna las dimensiones de la diversidad en todos los aspectos de la práctica profesional
- está influenciada por factores profesionales y personales, incluyendo valores, actitudes, creencias y sesgos/tendencias interpersonales
- se realiza de acuerdo a las normas éticas y legales
- utiliza un enfoque basado en las fortalezas y el desarrollo
- requiere práctica reflexiva y auto-evaluación por supervisor y supervisado
- incorpora retroalimentación bidireccional entre el supervisor y el supervisado
- incluye la evaluación de la adquisición de las competencias previstas por el supervisado
- tiene una función de control de acceso para la profesión
- es distinta de la consulta, la psicoterapia personal, y la tutoría

La tabla siguiente resume las competencias que debe reunir el supervisor en cada uno de los dominios (American Psychological Association, 2014)

**Dominio A: Competencia de supervisión**

Los supervisores se esfuerzan por ser competentes en los servicios psicológicos prestados a los clientes / pacientes por sus supervisados y cuando supervisan áreas en las que están menos familiarizados, toman medidas razonables para asegurar la competencia de su trabajo y para proteger a los demás del daño

Los supervisores tratan de alcanzar y mantener la competencia en la práctica de la supervisión a través de la formación teórica y práctica

Los supervisores se esfuerzan por coordinarse con otros profesionales responsables de la educación y formación del supervisado para asegurar la comunicación y coordinación de objetivos y expectativas

Los supervisores trabajan la competencia de diversidad en todos los contextos y con todas las poblaciones

**Dominio B: Diversidad**

Los supervisores utilizan la tecnología en supervisión (incluida la supervisión a distancia), o cuando el mantenimiento de la supervisión incorpora tecnología, se esfuerzan por ser competentes respecto a su uso

Los supervisores se esfuerzan por desarrollar y mantener conciencia de sí mismos en relación con su competencia sobre la diversidad, incluyendo actitudes, conocimientos y habilidades

Los supervisores se esfuerzan por mejorar su competencia diversidad para establecer una relación de supervisión respetuosa y facilitar la competencia diversidad de sus supervisados

Los supervisores reconocen el valor de la competencia diversidad y se proveen de formación continua en este ámbito como parte de su desarrollo profesional y la formación continuada

Los supervisores pretenden estar bien informados sobre los efectos de los sesgos, prejuicios y estereotipos. Cuando es posible, el modelo del supervisor cliente/ paciente defiende y promueve el cambio en las organizaciones y comunidades en el mejor interés de sus clientes /pacientes

Los supervisores aspiran a estar familiarizados con la literatura académica relativa a la competencia diversidad en supervisión y formación. Se esfuerzan por conocer las prácticas manejar conflictos entre los valores personales y profesionales en el interés de proteger al público

**Dominio C: Relación de supervisión**

Los supervisores valorar y buscan crear y mantener una relación de colaboración que promueva la competencia de los supervisados

Los supervisores buscan especificar las responsabilidades y expectativas de ambas partes en la relación de supervisión. Los supervisores identifican el mapa de competencias esperado y los estándares de desempeño, y ayudan al supervisado a formular metas individuales de aprendizaje

Los supervisores aspiran a revisar regularmente el progreso de la persona supervisada y la efectividad de la relación de supervisión así como a abordar las cuestiones que aquí se planteen

**Dominio D: Profesionalidad**

Los supervisores se esfuerzan por ser un modelo de profesionalidad en su comportamiento e interacciones con los demás, y enseñar conocimientos, habilidades y actitudes asociadas con la profesionalidad

Se anima a los supervisores a proporcionar formación continua y evaluación sumativa del progreso de los supervisados sobre las expectativas de profesionalidad adecuadas para cada nivel formación

**Dominio E: Valoración/evaluación/feedback**

Idealmente, la valoración, evaluación y retroalimentación se producen dentro de una relación de supervisión de colaboración. Los supervisores promueven la apertura y la transparencia en la retroalimentación y evaluación, relacionándolos con el desarrollo de la competencia del supervisado.

Una responsabilidad fundamental de la supervisión es monitorizar y proporcionar retroalimentación sobre el desempeño supervisado. La observación en vivo o la revisión de sesiones grabadas es el procedimiento preferido para hacerlo



<b>Dominio F: Problemas de competencia profesional</b>	Los supervisores aspiran a proporcionar <i>feedback</i> directo, claro y oportuno y al tiempo están atentos y son conscientes de la conducta, reacciones del supervisado e impacto sobre la relación de supervisión
	Los supervisores reconocen el valor de la competencia <i>habilidad de autoevaluación</i> del supervisado y la apoyan incorporando la autoevaluación del supervisado en el proceso de evaluación
	Los supervisores buscan la retroalimentación de sus supervisados y otros acerca de la calidad de la supervisión que ofrecen e incorporan esa retroalimentación para mejorar sus competencias de supervisión
	Los supervisores entienden y se adhieren tanto al contrato de supervisión como a los procedimientos legales, institucionales y programáticos relacionados con la evaluación del desempeño. Los supervisores se esfuerzan por abordar directamente los problemas en el funcionamiento del supervisado
<b>Dominio G: Consideraciones éticas, legales y regulatorias</b>	Los supervisores se esfuerzan por identificar con celeridad los problemas potenciales de funcionamiento, se los comunican a la persona supervisada, y toman medidas para abordarlos de manera que posibiliten el cambio
	Los supervisores son competentes en el desarrollo e implementación de planes para corregir los problemas de funcionamiento
	Los supervisores son conscientes de su papel como control de acceso a la profesión y toman la acción apropiada y ética en respuesta a los problemas de funcionamiento del supervisado
	El modelo de práctica ética, toma de decisiones y conducta de los supervisores se atiene a la guía ética de la APA y a todas las leyes y regulaciones aplicables de organizaciones profesionales, legislación provincial, federal o estatal
	Los supervisores cumplen con su obligación ética y legal primordial de proteger el bienestar del cliente /paciente
	Los supervisores sirven como control de acceso de la profesión. Esta función implica evaluar la idoneidad de los supervisados para entrar y permanecer en la profesión
	Los supervisores proporcionan información clara sobre las expectativas y los parámetros de la supervisión a los supervisados preferentemente en forma de un contrato de supervisión por escrito
	Los supervisores mantienen la documentación precisa y actualizada sobre los resultados del supervisado en cuanto a la adquisición de competencias esperada y el desarrollo profesional

Tabla 1. Competencias que debe reunir el supervisor en cada uno de los dominios (American Psychological Association, 2014)

### **3.- MODELOS DE ROL SOCIAL**

Se basan en que el supervisor puede jugar varios roles potenciales. Los reconocidos con más frecuencia son los de maestro, consejero y consultante; sin embargo, los roles de evaluador, profesor, y modelo en la práctica profesional también se usan para describir la conducta y actitud del supervisor. Los modelos de rol social son más descriptivos, en un intento de proporcionar un esquema para organizar los distintos aspectos de las que se ocupa la supervisión. Uno de los más conocidos es el modelo discriminante de Bernard que sugiere tres funciones de la supervisión y tres roles, organizadas en una matriz 3x3. Las funciones son ayudar al supervisado a adquirir las habilidades necesarias, conceptualización y personalización; los roles son maestro, consejero y consultante (J. M. Bernard, 1979).

El modelo de los roles sociales de la supervisión dibuja las expectativas y conductas que forman parte de la relación de supervisión y, concretamente, de los roles del supervisor (E L Holloway, 2014). Para esta autora, aunque el modelo SAS (*Systems Approach to Supervisión*) se clasifica como un modelo de roles sociales, privilegia, primero y principalmente, una aproximación relacional a la enseñanza de las habilidades sumamente complejas que requiere la práctica clínica. La supervisión es una relación intensa y exigente que requiere de ambos participantes la participación plena en el recorrido hasta los límites de sus respectivas funciones. El modelo SAS puede ser utilizado como marco de referencia para resolver un dilema, establecer una estrategia de supervisión o diseñar un entrenamiento supervisado. Proporciona cuatro componentes de soporte para supervisores y terapeutas para descubrir sus propios pensamientos, actitudes, toma de decisiones y conducta: base descriptiva, guía para enunciar objetivos comunes y metas, camino para descubrir significados en lo que respecta a los participantes y a la profesión y un modo sistemático de indagación para determinar objetivos y estrategias de interacción durante la supervisión. El modelo incluye un factor central, la relación de supervisión, cuatro factores contextuales (supervisado, supervisor, cliente y organización) y dos factores de proceso (tareas y funciones de supervisor) (ver figura 3). Aunque la relación de supervisión es el factor central en este modelo, hay otros seis factores que están alrededor de este: supervisor y supervisado involucrados en crear una relación central, tareas de aprendizaje del supervisado y funciones/estrategias del supervisor para la enseñanza. Dos factores de contexto, cliente e institución, influyen la relación así como el proceso que se desarrolla poco a poco para implementar las tareas y estrategias de enseñanza/aprendizaje. Estos componentes son parte de un proceso dinámico en el que todos los factores se interrelacionan e influyen unos con otros.

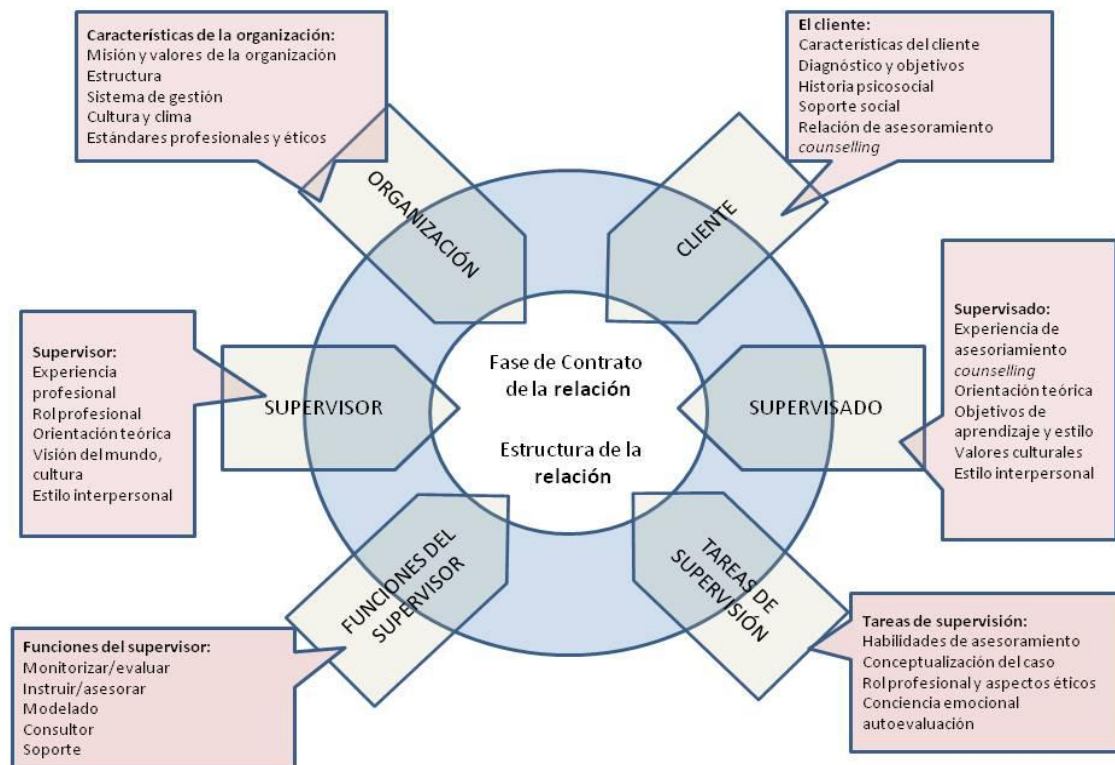


Figura 3: Modelo de supervisión SAS (E L Holloway, 2014)

#### 4.- MODELOS DE INTEGRACIÓN

Constituirían la tercera generación de modelos de supervisión (J. M. Bernard & Goodyear, 2014; Edwards, 2013; Leddick, 1994; J C. Norcross & Halgin, 2005; Scaturro & Watkins Jr, 2014).

Norcross y Halgin apuntan que, al principio, la mayoría de los terapeutas busca una teoría única mediante la cual poder definir su aproximación al paciente, manejar su ansiedad y asentar su personalidad. Hay una sensación de seguridad en la adhesión a estos métodos, a orientaciones puras. Poco después se llega a ver las limitaciones de esta aproximación (J C. Norcross & Halgin, 2005). Morgan y Sprenkle (Morgan & Sprenkle, 2007) señalan que ningún modelo de supervisión se ha mostrado más eficaz que otro y avanzan hacia la búsqueda de factores comunes también en los modelos de supervisión. De forma similar a como ocurre en la búsqueda de factores comunes en la psicoterapia, los modelos integradores buscan aspectos comunes en distintos modelos de supervisión y se basan en tres principios fundamentales (J. Bernard & Goodyear, 2004):

- a) la identificación de los componentes que intervienen en el acto de supervisión,
- b) el entrenamiento basado en competencias y
- c) la elaboración de modelos basados en los niveles de desarrollo del supervisado y el supervisor.

Morgan y Sprenkle señalan que, aunque el término factores comunes en supervisión es de uso relativamente nuevo, la idea no lo es: Ekstein sugirió en 1964 que la supervisión tiene elementos transteóricos que son la enseñanza, el papel administrativo y el trabajo clínico (Morgan & Sprenkle, 2007). Goodyear y Robyak (R K Goodyear & Robyak, 1982), buscando las diferencias entre supervisores noveles y experimentados, encontraron que los supervisores más experimentados compartían el énfasis en aspectos comunes, mientras que los menos experimentados diferían entre ellos según la teoría de supervisión que aplicara cada uno. Esto les lleva a pensar que, con la experiencia, la relevancia de un modelo de supervisión se desdibuja a favor de elementos comunes de la misma. Prouty (Prouty, Thomas, Johnson, & Long, 2001) identifica dos componentes de la supervisión feminista también transteóricos, que pueden ser utilizados independientemente de cuál sea la orientación teórica: la calidad de la relación de supervisión -colaboradora e igualitaria- y la centralidad de las ideas feministas -género, poder, diversidad, emoción- en el diálogo de la supervisión.

Los modelos de integración en supervisión enfatizan la alianza de supervisión y la presencia de factores comunes. Knobloch (Knobloch, 2003) señala que en Europa, la noción de psicoterapia integradora ha tenido una influencia temprana, produciéndose un movimiento de expansión desde la psicología individual de Freud a una perspectiva más psicosocial e interpersonal. Este movimiento ha sido relevante también para la supervisión: desde un punto de vista humanista, aunque los aspectos técnicos del entrenamiento son importantes, el foco central debe ser el desarrollo de la personalidad del terapeuta en formación. El énfasis ha de ponerse en *“cómo pensar”* más que en *“qué es lo que hay que pensar”* (Norcross & Halgin, 1997, p 203).

Morgan y Sprenkle (Morgan & Sprenkle, 2007), tras revisar la literatura, proponen una aproximación a los factores comunes que conjuga dimensiones y roles:

- la dimensión énfasis de la supervisión se mueve entre un extremo señalado por el acento en la competencia clínica -como la aplicación de intervenciones concretas a casos específicos- y otro señalado por el acento en la competencia profesional -exploración de aspectos éticos de la práctica o personales del terapeuta-.
- La dimensión especificidad recorre un continuum entre la idiosincrasia -necesidades específicas de cada supervisado, cada cliente- y los principios generales.
- La dimensión relación varía desde una relación básicamente colaborativa a otra básicamente directiva.

Conjugando las dimensiones énfasis y especificidad, señalan cuatro roles del supervisor: mentor, administrador, asesor y maestro:

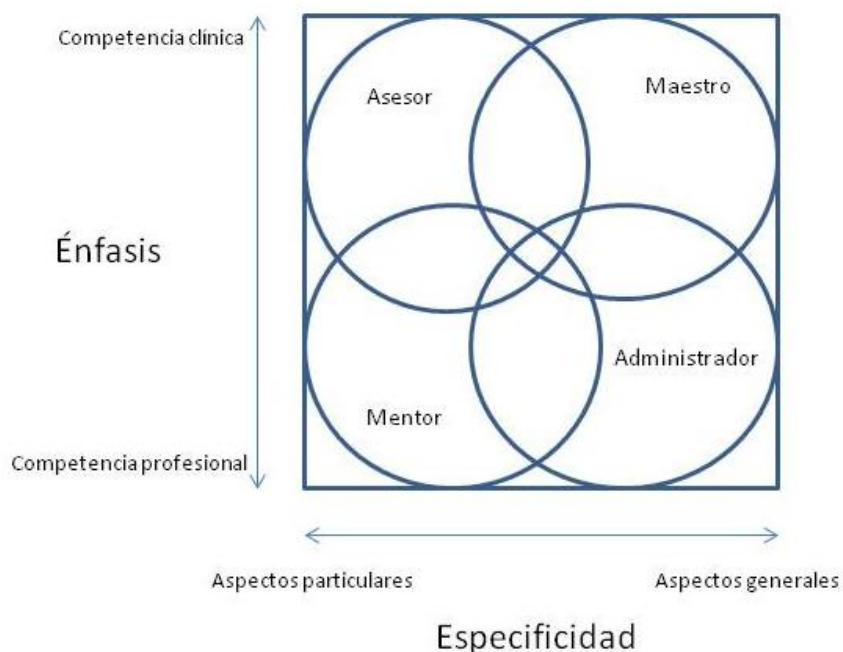


Figura 4. Roles del supervisor definidos por el contenido de las dimensiones de supervisión. Tomado de (Morgan & Sprenkle, 2007)

Scaturo y Watkins (Scaturo & Watkins Jr, 2014) señalan que la formación en psicoterapia integradora requiere la exposición a una variedad de conceptualizaciones del caso y tratamientos. Desde ahí reconocen que este entrenamiento tiene una dificultad inherente si se compara con los aprendizajes de escuela única. De acuerdo con Norcross y Halgin (J C. Norcross & Halgin, 2005), un modelo sistemático determina en gran medida si la supervisión integradora se experimenta como inteligible o desconcertante. Para ellos, es importante encontrar la manera de que el supervisado se sienta cómodo renunciando a la búsqueda del dominio de un sistema único y trabajando en el desarrollo de un sistema comprensivo y multifacético. Enuncian ocho principios de la supervisión en psicoterapia integradora seleccionados de la literatura y de su experiencia:

- 1.- *Garantizar conocimientos previos*: consideran que la supervisión integradora exitosa descansa en varias premisas siendo una de las más importantes el nivel de complejidad cognitiva y sofisticación teórica del supervisado previo al inicio del trabajo clínico. Idealmente, el supervisado ha adquirido los rudimentos necesarios para entender la selección de un tratamiento y ha sido expuesto a las teorías y técnicas que apuntalan la integración en psicoterapia.
- 2.- *Entender los prejuicios y ansiedades de los supervisados*: en el inicio del entrenamiento, los terapeutas vienen con bases teóricas que dificultan su apertura a perspectivas integradoras. Esta situación puede explicar la ansiedad que experimentan. Pueden vivir como abrumadora la complejidad de la psicoterapia y anhelar un modelo teórico simple aunque reduccionista. Puede ser sorprendente y

desconcertante para un supervisor encontrar que el supervisado profesa la adhesión a un modelo reduccionista y es resistente a la posibilidad de llegar a ser entrenado de manera más amplia. A los supervisores les resulta más fácil llegar a los terapeutas cuando se aproximan a su trabajo con una comprensión de las etapas del desarrollo del terapeuta. Consideran de utilidad el modelo de Loganbill et al (Loganbill et al., 1982) para entender que los supervisados progresan a través de las etapas de estancamiento, confusión e integración. En la etapa de estancamiento el terapeuta se siente engañado; en la de confusión, se da cuenta de que algo anda mal pero las soluciones parecen difíciles de encontrar. Sólo más tarde aparece la etapa de integración en la que emergen la flexibilidad, la seguridad y la comprensión. Si el supervisor espera que el terapeuta alcance la integración al principio de la formación es posible que genere desánimo, frustración y baja autoestima en el supervisado.

- 3.- *Apreciar las dificultades para la integración*: los supervisores pueden perder, con frecuencia, el contacto con la naturaleza desafiante del aprendizaje de la integración. Cuando un terapeuta se introduce por primera vez en enfoques multiteóricos, puede estar confundido por la utilización de diversas técnicas y consternado ante la posibilidad de que sus intervenciones sean dañinas (P. L. Wachtel, 1991). La experiencia aporta a los clínicos un sentido especial de lo que se debe hacer a continuación en la terapia; esto refleja un proceso de toma de decisiones complejo, recursivo e informado por decenas, tal vez cientos, de datos relacionados con consideraciones del cliente, terapeuta, y contexto. El supervisor con experiencia puede perder el contacto con la forma desconcertante e intimidante que el proceso de la psicoterapia tiene para el neófito. Un comentario que refleje impaciencia o sorpresa sobre el manejo del supervisado de la terapia puede que intensifique su ansiedad en lugar de fomentar una toma de riesgos, que es una parte indispensable del proceso de aprendizaje.
- 4.- *Clarificar expectativas y objetivos*: Además de la dificultad para dominar la integración está la dificultad de convertirse en una persona supervisada. Los terapeutas en formación suelen entrar en la supervisión con poca comprensión del proceso, y con frecuencia no reciben asistencia formal para asumir el rol de supervisado. No debería ser ninguna sorpresa que la calificación de los supervisados y la de profesores / expertos sobre la calidad de la misma sesión de supervisión tengan correlaciones muy bajas (Reichelt & Skjerve, 2002; Shanfield, Hetherly, & Matthews, 2001). Muchas diadas supervisor - supervisado no están en sintonía. La supervisión de la psicoterapia, especialmente de la psicoterapia integradora, requiere preparación formal de los supervisados y orientación para estructurar la supervisión. Una orientación tal abordaría los objetivos y expectativas de los participantes, la logística de supervisión (por ejemplo, encuadre, formato, límites, aspectos legales de la relación), y su componente evaluativo (por ejemplo, los criterios de calificación, créditos, cartas de

recomendación). Norcross y Halgin optan por un contrato explícito para la supervisión (J C. Norcross & Halgin, 2005).

- 5.- *Compartir nuestro trabajo con los supervisados*: aunque el modelado se ha mostrado como un procedimiento particularmente efectivo para enseñar conductas complejas, Norcross y Halgin señalan que esta técnica es utilizada muy poco en la enseñanza de la psicoterapia. La mayoría de los clínicos docentes utilizan lecturas y la consulta de técnicas para transmitir su conocimiento sobre la psicoterapia. Como muchos consultores, actúan y hablan como expertos, reacios a reconocer los problemas que ellos mismos tienen en su trabajo. En lugar de discutir los errores que han cometido, están más predispuestos a informar de los éxitos que han logrado. En lugar de revelar sus ansiedades, muestran un sentido exagerado de competencia y seguridad en sí mismos. Esta situación sería diferente si los alumnos pudieran observar el trabajo de sus supervisores clínicos; sin embargo, la realización de la psicoterapia ante los ojos críticos de los supervisados es un evento poco común. Así, se ven privados de la oportunidad de ver cómo sus maestros enfrentan los dilemas que son tan comunes en el trabajo clínico. Norcross y Halgin (J C. Norcross & Halgin, 2005) destacan el valor que la observación y el modelado tienen en los terapeutas en formación. Consideran que los terapeutas en formación deben observar el trabajo de los supervisores clínicos, realizar psicoterapia con más compañeros con experiencia, y ver videos de clínicos experimentados realizando psicoterapia. Compartir el trabajo clínico con los terapeutas en formación puede abrir un diálogo rico en el que el supervisor está dispuesto a mostrarse vulnerable. Al ser vulnerables, el supervisor puede comprometerse a una relación de confianza y abierta. La supervisión puede centrarse en las dificultades encontradas por el terapeuta / supervisor y en este proceso el terapeuta en formación puede desarrollar una mayor apreciación de lo que ocurre dentro de la sesión de terapia integradora. El debate abierto de nuestro propio trabajo clínico también sensibiliza sobre la complejidad del mismo. Que los terapeutas en formación pidan una explicación sobre por qué se eligió una determinada intervención ayudará a los supervisores clínicos a tomar conciencia de lo difícil que puede ser la práctica de un enfoque integrador; y con esta conciencia, serán más sensibles a los desafíos que enfrentan los terapeutas en formación.
- 6.- *Hacer un uso óptimo de la relación de supervisión*: así como la relación terapéutica es un factor curativo esencial en la psicoterapia, la relación de supervisión tiene una importancia comparable en el crecimiento del terapeuta en formación. El concepto de proceso paralelo puede utilizarse para explorar las analogías que están ocurriendo entre la relación de supervisión y la relación terapéutica. Algunas investigaciones han documentado estilos de supervisión que son facilitadores y otros que son problemáticos (Neufeldt, Beutler, & Banchemo, 1997). El supervisor ideal posee altos niveles de empatía, respeto, autenticidad, flexibilidad, interés y actitud receptiva y abierta. Como los buenos terapeutas, los

buenas supervisoras utilizan las técnicas de enseñanza apropiadas, fijan objetivos, y proporcionan *feedback*; tienden a ser vistos como un apoyo no crítico, respetan a sus supervisados y les ayudan a entender sus propias respuestas a los pacientes (Shanfield et al., 2001). El estilo de supervisión distante y no comprometido parece ser perjudicial (M. L. Nelson & Friedlander, 2001). Tiende a engendrar lucha o ira en el terapeuta en formación. En este tipo de relaciones, los supervisados comúnmente pierden la confianza, se sienten inseguros, retroceden y no se arriesgan. Aunque una experiencia de supervisión negativa puede ser atribuible a un estilo de supervisión general problemático, a veces la experiencia negativa se debe a eventos contraproducentes más específicos en la supervisión (Gray, Ladany, Walker, & Ancis, 2001). Por ejemplo, cuando un supervisor desestima los pensamientos y sentimientos de un terapeuta en formación. Otro ejemplo es un supervisor que anima al terapeuta en formación "a ser diferente con el cliente". Algunas investigaciones señalan que los eventos contraproducentes de supervisión conducen a un debilitamiento de la relación de supervisión y una disminución de la calidad del trabajo con el cliente (Ramos-Sánchez et al., 2002). Los supervisores integradores tienen la oportunidad de aplicar a la relación de supervisión algunos de los métodos que son efectivos en psicoterapia integradora. El supervisor puede emplear los métodos de varios enfoques teóricos; por ejemplo, técnicas de apoyo, directivas, exploratorias, e interpersonales se pueden mezclar dentro de la supervisión de tal manera que el supervisado se siente apoyado, comprendido y enseñado (Halgin, 1985a). La relación de supervisión es un contexto óptimo en el que modelar estos objetivos de formación. La relación es simultáneamente un contexto y un proceso para el cambio. Idealmente, con la supervisión el supervisado conseguirá conocer más acerca de la terapia, de los clientes, del supervisor y, lo que es más importante, de sí mismo.

- 7.- *Ajustar la supervisión al terapeuta supervisado*: del mismo modo que se pide a los terapeutas en formación que sean integradores y prescriptivos en su trabajo clínico, el supervisor debe ajustar su supervisión a las necesidades únicas del terapeuta en formación. Los determinantes de la conducta de los terapeutas en formación son demasiado numerosos y sus necesidades demasiado heterogéneas como para proporcionar supervisión idéntica a todos y cada uno de ellos. No sólo son cuestiones anecdóticas las que determinan la orientación teórica; también lo son las experiencias de vida personales y los rasgos de personalidad. El enfoque clínico de muchos terapeutas que comienzan está en gran medida influenciado por las experiencias de vida personales. La supervisión Integradora, obviamente, debe tener en cuenta una serie de variables del terapeuta en formación. Los supervisores deben valorar las características de personalidad, como introversión frente a extroversión o necesidad de desafío frente a necesidad de apoyo y desarrollar estrategias de supervisión que tengan estas características en cuenta (Lampropoulos, 2003) con el fin de ayudar a la persona supervisada a desarrollar



habilidades terapéuticas y descubrir su propia voz como terapeuta (Rau, 2002). La investigación (Elizabeth L. Holloway & Wampold, 1986) sugiere que se puede mejorar la supervisión adaptándola a tres características del terapeuta en formación, en particular: etapa de desarrollo, enfoque de la terapia, y estilo cognitivo (Jc Norcross & Halgin, 1997). Una de las características más atractivas de la psicoterapia integradora es que se puede formular un plan de tratamiento individualizado para cada cliente. Un principio similar es válido para la supervisión de integración: un plan de supervisión individualizado puede ser formulado para cada participante en base a su estilo, etapa, experiencia, complejidad, y otras consideraciones.

- 8.- *Proporcionar un modelo sistemático*: el supervisor ideal proporciona *feedback* dentro de un marco conceptual coherente. Un modelo sistemático determina en gran medida que la supervisión sea experimentada como inteligible o desconcertante. La supervisión dentro de un marco coherente está asociada con una experiencia de alta calidad; Durante una psicoterapia, un supervisado desea una orientación inmediata y concreta sobre el "tratamiento adecuado" para su o sus pacientes. Durante la supervisión, el supervisor tendrá que hacer frente no sólo a la necesidad inmediata del estudiante; también a proporcionar una selección heurística del tratamiento para futuros pacientes. Los modelos eclécticos integradores más frecuentes utilizan en este sentido la terapia multimodal, el enfoque de los factores comunes, el modelo transteórico, la terapia cognitiva-interpersonal, y la selección del tratamiento sistemático (J C. Norcross & Halgin, 2005).

Scaturo y Watkins trabajan en un modelo de supervisión en psicoterapia integradora basado en el aprendizaje (Scaturo & Watkins Jr, 2014). Señalan que en el ámbito formativo en psicología se reconocen tres tipos de aprendizaje: el aprendizaje cognitivo que involucra la adquisición de conocimiento y el desarrollo de habilidades intelectuales; el aprendizaje afectivo (emocional): caminos por los que las personas procesan información y estímulos emocionalmente; y aprendizaje psicomotor que involucra a la conducta y a la actividad conectada con la respuesta a los *input*, la actividad de imitación y la manipulación del ambiente. Proponen un paralelismo entre el modelo de aprendizaje tripartito de psicoterapia (el aprendizaje emocional a través de la construcción de la alianza de trabajo; los aspectos cognitivos a través de las intervenciones técnicas; los elementos conductuales de reaprendizaje a través de la resolución de problemas más adaptativa que tendrá lugar fuera de la consulta) y la supervisión. Consideran que la supervisión en psicoterapia es un proceso educativo similar en el que ocurren varios tipos de aprendizaje personal y profesional. Los tres dominios de aprendizaje señalados más arriba pueden ser vistos como que:

- Ocurren en la supervisión

- Se basan inicialmente en:
  - El conocimiento
  - La actitud
  - Las habilidades
- Capturan el camino primario por el que ocurren los aprendizajes en supervisión.

El modelo integrador que proponen se basa en tres estructuras que se corresponden con los tipos de aprendizaje:

- Construcción y mantenimiento de la alianza de supervisión (aprendizaje afectivo)
- Intervenciones educativas (aprendizaje cognitivo)
- Aprendizaje/reaprendizaje: ambos ocurren durante las supervisiones y pueden verse como conductas correctivas, experiencias cognitivas correctivas, afectivas y conductuales.

Construcción y mantenimiento de la alianza	Intervenciones educativas	Aprendizaje/reaprendizaje
Base segura/ambiente facilitado Empatía, autenticidad, visión positiva Remoralización	Formulación de casos Preguntas estimulantes Feedback	Práctica conductual Práctica mental Experiencias conductuales correctivas
Ruptura de la alianza/proceso de reparación Buena disposición del supervisado/preparación Experiencias correctivas afectivas	Modelado Control de estímulos Experiencias cognitivas correctivas	

Tabla 2. Conceptualización de la supervisión en psicoterapia basada en el aprendizaje tripartito (tomado de (Scaturro & Watkins Jr, 2014))

El modelo de supervisión integradora basada en la construcción de narrativas terapéuticas es la propuesta de supervisión de Rodríguez Vega y Fernández Liria (B Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2014), directores de máster de psicoterapia integradora donde se lleva a cabo la actual investigación sobre el discurso de supervisores y terapeutas. Consideran, como señalan también Norcross y Halgin (J C. Norcross & Halgin, 2005), que la supervisión desde una orientación de modelo único puede aportar más sentido de control y de precisión al supervisado, lo que es especialmente apreciado por los terapeutas que se inician en su profesión. Es más fácil que desde un modelo de escuela única (sea sistémico, psicoanalítico, cognitivo etc...) de supervisión se vayan repitiendo técnicas y actitudes relacionales durante las sucesivas supervisiones, de modo que la terapeuta pueda ir adquiriendo con más rapidez, una mayor sensación de control de la tarea. La supervisión desde una perspectiva integradora basada en la construcción de narrativas terapéuticas, puede

apreciarse por la terapeuta en formación como más cambiante de unos casos a otros, más imaginativa o espontánea, con las ventajas e inconvenientes que ello pueda aportar. Los terapeutas pueden percibirla como más costosa de incorporar y más generadora de ansiedad o incertidumbre. Sugieren que es más largo y dificultoso el desarrollo de un terapeuta en competencias múltiples que en una o dos competencias.

Por otra parte desde la supervisión con una mirada integradora, los conflictos emocionales y cognitivos que una actitud abierta y flexible puede generar emulan de alguna forma los conflictos de la vida real que los pacientes traen a la terapia. Podrían además promover con más naturalidad y coherencia actitudes en el terapeuta que se han relacionado con buenos resultados terapéuticos como es la curiosidad, la flexibilidad cognitiva o la aceptación de la experiencia del otro (B Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2014).

El objetivo de la supervisión, desde este punto de vista, es entrenar a los clínicos a reconocer y adaptarse a las necesidades de sus pacientes desde una posición de comodidad y con una actitud de potenciar su empoderamiento. Para ello partiendo de la narrativa de la queja inicial del paciente se busca la capacitación del terapeuta en:

1. Establecer una relación de ayuda
2. Reconocer los puntos de posible desestabilización de la narrativa inicial de la queja
3. Co-construir una pauta problema que será el foco inicial del contrato terapéutico y acordar explícitamente el contrato terapéutico
4. Utilizar técnicas que faciliten la evolución del significado narrativo
5. Reconocer la repercusión de la terapia en el terapeuta como persona: “¿cómo me afecta esta terapia a nivel personal?”
6. Reconocer las propias fortalezas como terapeuta y ponerlas al servicio de la ayuda en la resolución del problema

Las dificultades y las oportunidades se buscan en estas áreas. El supervisor ha de adaptarse también a las necesidades del terapeuta, preguntándose ¿Cuáles son los recursos que esta terapeuta ya tiene?, ¿Qué necesita este terapeuta de mi experiencia como supervisor?, ¿Necesita discutir el empleo de una técnica?, ¿Hablar acerca de una dificultad personal que se ha suscitado en este caso?, ¿Explorar una reacción contratransferencial?, ¿Retomar un foco de trabajo que ha perdido con el paciente?

Para el supervisor, el reconocimiento de las fortalezas de los terapeutas tiene importante repercusiones en la orientación de la supervisión. Rodríguez Vega y Fernández Liria mencionan el modelo de entrenamiento basado en la indagación apreciativa descrito por Fialkov (Fialkov & Haddad, 2012) que tiene como meta animar a los terapeutas que empiezan a identificar sus fortalezas personales, focalizar su memoria y su atención en los orígenes de dichas fortalezas y cultivarlas al servicio de la supervisión y la terapia. De forma paralela a lo que Rashid y Ostermann (Rashid &

Ostermann, 2009) sugieren para la terapia, Rodríguez Vega y Fernández Liria consideran que la supervisión no trata de negar las dificultades, el conflicto, el malestar que pueda surgir en la interacción, sino que anima al terapeuta a utilizar sus fortalezas para entender sus dificultades. En su método de entrenamiento Fialkov solicita la “presentación de las fortalezas”, en forma de narrativas, metáforas, imágenes etc. De igual importancia para esta autora es el hecho no solo de animar al terapeuta a centrar la memoria en las fortalezas, sino en el proceso de contar la narrativa de dichas fortalezas ante una audiencia (el grupo de supervisión) que refleja y las valora usando el proceso del diálogo reflexivo. Para Fialkov, la narrativa tiene ese poder transformador precisamente porque trasciende la dicotomía de gran parte del mundo científico de centrarse o bien en la estructura (ciencias físicas) o bien en la agencia (ciencias sociales). Para nuestro grupo, esta afirmación significa que al mismo tiempo que la supervisora se puede centrar durante el espacio de discusión, en el contenido de una escena de terapia, supervisar a través de un *rol playing* o construyendo una escultura de la escena, o en la práctica de una técnica concreta, lo hace facilitando que el aprendizaje surja a través del punto de partida del reconocimiento de las fortalezas (la presentación de las fortalezas) del terapeuta.

La labor del supervisor/a desde este enfoque narrativista basado en la indagación apreciativa, consiste en (B Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2014):

1. Generar un clima de confianza y apertura lejos de la crítica y el juicio. Es útil explicitar desde el principio que si en una supervisión la terapeuta sale del espacio de supervisión con una sensación de incapacidad o de vulnerabilidad mayor es porque el supervisor/a lo ha hecho mal. Ese punto de partida indica lo que *no se puede hacer nunca* en supervisión. En cambio, tampoco se explicitará *lo que hay que hacer* de un modo único o normativo porque desde una perspectiva narrativa se reconoce que son muchos los caminos posibles.
2. Reconocer los nodos más importantes de dificultad así como los nodos de fortalezas tanto en la propia narrativa del paciente, como en la relación terapéutica y en cada uno de sus integrantes (paciente y terapeuta). Una terapeuta con más facilidad para mantener una conversación con un paciente sobre sus esquemas de pensamiento puede ser igual de eficaz que otra que con el mismo paciente construye esa conversación desde la postura y el movimiento corporal. Pero puede ocurrir que haya un camino, por ejemplo el de la biografía, que sea inútil intentar con ese mismo paciente o en ese determinado momento vital. Es decir hay muchas llaves que abren una misma cerradura pero también hay llaves que nunca funcionarían con esa misma cerradura.
3. Acordar explícitamente (como se hace con el contrato terapéutico) un foco de supervisión con el terapeuta o grupo de terapeutas. Ese contrato de

supervisión puede incorporar aspectos generales que afectan a más de una sesión de supervisión (tiempos, objetivos, métodos, costes, etc.) o referirse al contrato específico de una sesión (cuál va a ser el foco, métodos, participantes, etc.)

4. Si se trata de una supervisión grupal, facilitar la participación y el aporte de nuevas ideas por parte de todos los integrantes del grupo. Para modelar una actitud de ayuda no normativa, puede ser útil animar a que cada uno de los integrantes del grupo cuando intervenga, lo haga hablando desde su experiencia, sin pretender saber o corregir los sentimientos o la sabiduría del otro. En cada intervención, sugerir a los participantes que destaquen primero lo que ha sido útil de lo que el terapeuta ha hecho hasta ahora y después progresar en la discusión preguntándose ¿Qué se puede hacer o qué se podría haber hecho de otra forma?
5. Reconocer, cuando surgen, las disparidades y faltas de acuerdo con el terapeuta, explicitarlas y convertir éstas en foco de supervisión. Para ello es útil facilitar que todos los participantes compartan sus percepciones acerca de la relación de supervisión desde la perspectiva de cada uno o una.
6. Ayudar a elaborar y acordar unas conclusiones generales sobre pautas de acción en el caso.
7. Facilitar que se compartan conclusiones particulares de cada integrante de la supervisión. Para ello se puede pedir a cada uno de los participantes que responda a la pregunta “¿Qué te llevas tú de esta discusión?”
8. Reconocer explícitamente los objetivos de la supervisión y los límites entre supervisión y terapia. Nos resulta útil entender que la supervisión no tiene la intención de centrarse en la persona del terapeuta ni la estructura de su personalidad o conflictos, sino en el proceso de la relación entre terapeuta y paciente y enfocar los conflictos personales del terapeuta sólo cuando suponen una oportunidad o un obstáculo para la terapia.

## **2.- PSICOTERAPIA INTEGRADORA DESDE LA ÓPTICA DE LAS NARRATIVAS**

El desarrollo histórico de la psicoterapia se puede narrar como una sucesión de propuestas de enfoques terapéuticos que conllevan visiones distintas de los problemas humanos y de la forma de resolverlos (Feixas & Miró, 1993). Durante mucho tiempo, la relación entre distintas escuelas de psicoterapia ha estado marcada por posiciones excluyentes, en las que cada una reclamaba para sí poseer las respuestas a los interrogantes sobre las causas de los trastornos mentales, los mecanismos de producción de síntomas, las teorías acerca de cómo se produce el cambio y las técnicas encaminadas a conseguirlo (Fernandez Liria & Rodríguez Vega, 2001).

Cada una de las propuestas psicoterapéuticas aparecen en un determinado contexto histórico, coherentes con lo que, en otros campos del pensamiento científico y filosófico, se estaba desarrollando en el momento en que fueron enunciadas (la termodinámica, la cibernética, los sistemas, el principio de indeterminación de Heisenberg,...). Gergen (citado en (Fernandez Liria & Rodríguez Vega, 2001), buscando una comprensión de la historia de la psicoterapia a la luz de las corrientes fundamentales de pensamiento de cada época, distingue:

- Modelos que reflejan una visión romántica de la persona, encaminada a conseguir una finalidad existencial. Menciona como ejemplos clásicos de este pensamiento el psicoanálisis y las terapias humanistas.
- Desplazamiento del interés de lo trascendente y existencial a lo observable, contrastable y empíricamente verificable: modelos modernistas o racionalistas cuyos representantes en el ámbito de la psicoterapia serían el conductismo y los modelos cognitivo-racionalistas. En el extremo, se llega a negar a los procesos psicológicos superiores la posibilidad de convertirse en objetos de estudio por ser inobservables.
- La época más cercana se correspondería con las “visiones postmodernas del self” en la que se abandona de forma progresiva la búsqueda de una verdad absoluta fuera del observador para incidir en el terreno común entre terapeuta y cliente en el que se co-construyen los discursos terapéuticos. Se incluirían en esta corriente de pensamiento las terapias sistémicas y constructivistas y, desde los años 80 de pasado siglo de manera más formalizada, el movimiento hacia la integración en psicoterapia.

Señalaremos tres aspectos complementarios que han contribuido a la propuesta de una psicoterapia integradora desde la óptica de las narrativas: el movimiento de integración de las psicoterapias, la extensión de las ideas constructivistas y la confluencia en la consideración de la psicoterapia como una práctica narrativa.

### **1.- EL MOVIMIENTO DE LA INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA**

Algunos autores sitúan el inicio de aproximaciones integradoras en el encuentro de la *American Psychiatric Association*, en 1932, donde el Dr French presentó un texto sobre los paralelismos entre el psicoanálisis y el conductismo pavloviano (Goldfried MR, Pachankis, & Bell, 2005), pero no es hasta los años 80 del pasado siglo, como señalan Norcross y Arkowitz (JC Norcross & Arkowitz, 1992; Fernandez Liria & Rodríguez Vega, 2001), cuando la integración surge (con hitos como la fundación de organizaciones psicoterapéuticas interdisciplinares dedicadas a la integración -*Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*- y la publicación de revistas como el *Journal of Psychotherapy Integration*) como respuesta a algunos de los interrogantes planteados en el campo de la psicoterapia:

- No hay datos que avalen la existencia de resultados diferenciales entre distintos abordajes psicoterapéuticos. No es posible concluir que ninguna de las psicoterapias empíricamente validadas tenga resultados superiores a otras.
- Ninguno de los abordajes conocidos es adecuado para todos los pacientes o todas las situaciones.
- Han proliferado un gran número de terapias específicas y de variaciones dentro de cada una de las orientaciones principales.
- Ha aumentado el interés por las formas breves de psicoterapia.
- Existe una mayor interacción entre los profesionales de diferentes orientaciones terapéuticas en equipos especializados para el tratamiento de trastornos específicos.
- Influencia de las variables socio económicas.
- El desarrollo de una red profesional que es causa y consecuencia del interés por la integración.

La integración se caracteriza por la insatisfacción con una escuela única y el deseo de mirar más allá de los límites entre escuelas y de aprender de otras formas de entender la psicoterapia y el cambio (Fernandez Liria & Rodríguez Vega, 2001; John C. Norcross & Goldfried, 2005). En esa apertura a diversas formas de integrar teoría y técnica, Arkowitz (Arkowitz, 1991) identifica tres direcciones principales:

- **El eclecticismo técnico:** busca mejorar la capacidad para elegir el mejor tratamiento para cada paciente y cada problema o para cada pareja terapeuta-paciente. Se basa en el conocimiento de los resultados de las técnicas ensayadas por terapeutas de diferentes escuelas. Parten de la idea de que pueden ser aplicadas por terapeutas que no comparten los puntos de vista teóricos desde los que se concibieron estas técnicas. Consideran que por el momento no es posible disponer de una teoría que dé cuenta de por qué pueden ser útiles intervenciones basadas en planteamientos epistemológicos a veces incompatibles. Los abordajes eclécticos intentan dar respuesta a qué tratamiento, llevado a cabo por quién, es más efectivo para esta persona bajo qué circunstancias y de qué forma (Fernandez Liria & Rodríguez Vega, 2001). Esta forma de entender la integración tiene representantes en el trabajo de

Beutler con el eclecticismo sistemático y Lázarus con la terapia multimodal. El reto del eclecticismo de descubrir las características de los pacientes que predisponen al uso de una técnicas más que otras, más allá del diagnóstico formal, ha sido trabajado también en el mundo hispanohablante por Fernández Alvarez et al (E. Beutler, Moleiro, & Penela, 2004). El término eclecticismo técnico fue introducido por Lazarus (Lazarus, 2005), procedente de la terapia de conducta. Denominó a su práctica terapia multimodal, en la que defiende la evaluación y la intervención en las distintas áreas del funcionamiento humano (afectos, conducta, emociones, imaginación, cognición, relaciones interpersonales y biología). Insiste en la importancia de escoger tratamientos específicos para personas y problemas concretos y hacerlo basándose en la evidencia empírica de su eficacia. Beutler, desde el eclecticismo sistemático, hace un intento de emparejar variables del paciente con variables del tratamiento y otras derivadas de la interacción entre ambos para maximizar los resultados del tratamiento (L. Beutler, Consoli, & Lane, 2005).

- **La integración teórica:** esta corriente busca la integración de distintas teorías y técnicas dentro de un marco coherente. En sus inicios y en gran parte, la integración teórica es la búsqueda de intentos de integración entre abordajes psicoanalíticos y conductuales. La publicación en 1950 de *Personality and Psychotherapy, An Analysis in terms of learning, thinking and cultura*, de Dollard y Miller se cita como fundamental en el desarrollo de la integración teórica y uno de los intentos más ambiciosos para conseguir integrar teoría y técnica psicoanalítica con teoría del aprendizaje. Otro de los hitos señalados en este campo es la publicación en 1977 de *Psychodynamics and behavioral therapy: toward an integration*, de P. Wachtel. Su objetivo es construir un marco que pueda integrar elementos seleccionados de los abordajes psicodinámicos y conductuales. Desde la psicodinámica da especial importancia al proceso inconsciente y al conflicto, al significado y fantasías que influyen en las interacciones del individuo con el mundo. Desde la perspectiva conductual, resalta la importancia de las técnicas activas de intervención, de tener en cuenta el contexto ambiental en el que se produce la conducta, de las metas del paciente en la terapia y de la importancia de la evidencia empírica. Wachtel entiende los síntomas como resultado de la influencia que las experiencias tempranas tienen en el contexto actual, de forma que se crean condiciones que perpetúan los problemas como en una suerte de círculo vicioso (psicodinámicas cíclicas en sus palabras). Posteriormente, en la siguiente edición revisada, incorpora ideas provenientes del campo sistémico (P. Wachtel, 1997). Actualmente, hay una tendencia hacia la búsqueda de un marco amplio en el que se puedan integrar aspectos cognitivos, afectivos, conductuales e interpersonales del funcionamiento humano. Dentro de esta corriente, se



incluyen hoy la integración transteórica de Prochaska y DiClemente (Prochaska & DiClemente, 2005), las dinámicas cíclicas y psicoterapia racional integradora de Paul L. Wachtel, Jason C. Kruk, and Mary K. McKinney (P. Wachtel, Kruk, & McKinney, 2005) y la terapia cognitivo analítica de Ryle (Ryle, 2005) cuyo representante más reconocido en nuestro medio es Carlos Mirapeix (Mirapeix, 2004).

- **Los factores comunes:** en esta corriente hay una búsqueda de los ingredientes básicos que las diferentes terapias pueden compartir. Se busca encontrar qué las hace parecidas más que señalar lo que las diferencia. A favor de este argumento está el dato, proveniente de la investigación empírica, de que las terapias derivadas de distintos modelos psicoterapéuticos son igualmente efectivas. La paradoja del pájaro Dodo (las psicoterapias de todas las orientaciones han podido demostrar su eficacia – “todas han ganado” – pero ninguna de ellas ha podido demostrar su superioridad sobre las otras) fue formulada por primera vez por Rosenzweig (Rosenzweig, 1936) en base a sus observaciones, popularizada por Luborsky (L. Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975) en base a su revisión de los trabajos de investigación y certificada por sucesivos meta-análisis (Bruce E. Wampold et al., 1997). Recientemente ha sido puesta a prueba por Marcus et al (Marcus, O’Connell, Norris, & Sawadeh, 2014) y creen que sus datos aportan nuevos argumentos a la discusión especificidad/factores comunes:
  - A favor de la especificidad han encontrado diferencias entre terapias “bona fide”: aunque las diferencias en la magnitud de efecto para los síntomas diana a la terminación son muy pequeños, su significado sería que el tratamiento más eficaz tendría una tasa de éxito de 55% frente a una tasa del 45% para el menos eficaz.
  - La hipótesis del pájaro Dodo recibe más apoyo respecto a los resultados secundarios en la terminación y seguimiento y quizás también en los primarios en el seguimiento. Las diferencias encontradas son realmente pequeñas (y cuanto lo son depende de cómo se ha utilizado el aparato estadístico y cómo se han manejado los outliers) y los resultados son en su conjunto muy parecidos a los de Wampold et al (Bruce E. Wampold et al., 1997). No hay diferencias más que en los síntomas diana y no en las de calidad de vida, gravedad o psicopatología e general que son el tipo de resultados que buscan los pacientes.

Entre los factores comunes que incluía Rosenzweig en su estudio incluía la capacidad del terapeuta de transmitir esperanza, la importancia de facilitar al paciente alternativas y otra forma de verse a sí mismo y al mundo. Otros autores a los que se debe alguna de las aportaciones importantes en el campo de los factores comunes son Alexander y French que acuñaron el término “experiencia emocional correctiva” como elemento clave del proceso de

cambio en psicoterapia, Fiedler que describió en los 50 los ingredientes de la relación terapéutica eficaz o Rogers que facilita un tipo de relación caracterizada por la calidez afectiva, la empatía y la consideración incondicionalmente positiva del paciente, en la que el cambio puede tener lugar (Fernandez Liria & Rodríguez Vega, 2001). Jerome Frank, uno de los autores más influyentes en el campo de los factores comunes, define la psicoterapia como una interacción planificada, cargada emocionalmente, y de confianza, entre una persona que cura, entrenada y sancionada socialmente, y otra que sufre. A lo largo de la interacción, el que cura busca aliviar el dolor y el malestar del que sufre a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras, aunque a veces también a través de actividades corporales. El que cura puede hacer participar o no a los familiares del paciente o a otros, en sus rituales de cura. La psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que se puede utilizar como una oportunidad para el crecimiento personal (Frank, 1982). Para Frank, los componentes terapéuticos compartidos y útiles para todas las formas de psicoterapia son:

- Una relación emocional, de confianza, con una persona que ayuda
- Un ambiente de cura (que proporciona un entorno de seguridad, refuerza la expectativa del paciente de la ayuda que va a recibir y simboliza el papel del terapeuta como persona que cura)
- Un esquema racional, conceptual o mito que ofrece una explicación plausible para los síntomas del paciente y prescribe un ritual o procedimiento para resolverlos
- Un ritual que requiere la participación activa tanto del paciente como del terapeuta y la creencia de ambos de que ese es el medio para restaurar la salud del paciente.

Frank entiende también que todas las psicoterapias tratan el problema común de la desmoralización (pérdida de autoestima y sentimiento subjetivo de incompetencia en la que un individuo se ve incapaz de manejar situaciones que tanto él mismo como otros esperan que haga o cuando las experiencias individuales prolongan el malestar que la persona no puede explicar o aliviar adecuadamente). Goldfried sugiere que la búsqueda de factores comunes se sitúa en un nivel intermedio de abstracción, entre las teorías amplias y las técnicas específicas (Fernandez Liria & Rodríguez Vega, 2001), lo que denomina “estrategias clínicas”. Las estrategias clínicas más importantes, desde su punto de vista son facilitar una experiencia nueva y correctiva y proveer de *feedback* al paciente de forma que las intervenciones del terapeuta ayudan al paciente a aumentar su conciencia de pensamientos, sentimientos y acciones. En esta línea de trabajo se incluyen también los de Beitman (B. D. Beitman, Goldfried, & Norcross, 1989; Bernard D Beitman & Manring, 2009), que ha sistematizado

los acontecimientos de cualquier proceso psicoterapéutico en un sistema basado en un lenguaje común y ha desarrollado sistemas muy estructurados de enseñanza del uso de los factores comunes en el proceso psicoterapéutico que hoy guían la formación en psicoterapia que reciben los residentes de Psiquiatría en los Estados Unidos de América y otros muchos países (Fernández, Rodríguez, Muñoz, & Cebolla, 2012).

Algunos autores señalan que puede ser más ventajoso plantear el problema en términos de inclusión (factores comunes y factores diferenciales o únicos) con el reconocimiento que pueden estar haciendo al proceso terapéutico (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2001). En este sentido leen también sus resultados Marcus et al cuando señalan que nos encontramos más de una situación de “*ambos/y*” que en una de “*o/o bien*” a la hora de seleccionar y formar psicoterapeutas. Parece que hay algunos aspectos que requieren habilidades específicas mientras que otros responden igual de bien a una variedad de intervenciones. También hay que distinguir entre las situaciones en las que se buscan cambios muy específicos o más globales (Marcus et al., 2014).

## **2.- LA EXTENSIÓN DE LAS IDEAS CONSTRUCTIVISTAS**

El término constructivismo se aplica a las corrientes filosóficas que critican la idea de que los seres humanos nos relacionamos directamente con una realidad exterior que nos es directamente accesible por los órganos de los sentidos, para postular que la realidad, tal y cómo la percibimos, es algo construido en cuya conformación participan condicionantes fisiológicos, psicológicos y sociales. Aunque pueden rastrearse ideas constructivistas en casi todos los sistemas filosóficos planteados desde la antigüedad, entre los clásicos, son más evidentes en Platón, los solipsistas, Vico, Kant, Dilthey o Husserl (B. Rodríguez Vega, 2001). En gran medida, señala Gergen, el construccionismo es hijo del viraje postmoderno en la vida cultural (K. Gergen, 2005). Las exposiciones narrativas no reproducen la realidad, son más bien los instrumentos con los cuales ella se construye. Como sucede en las ciencias naturales, algunas narraciones dan la impresión de ser más ciertas u objetivas que otras, pero lo son en función de cuáles sean las convenciones locales que rijan el uso del lenguaje. Se puede alcanzar la “verdad” de manera local pero no de manera transcendental (K. Gergen, 2005). Este enfoque de la terapia, para el mismo autor, pone en tela de juicio el estatuto incontestable del terapeuta en tanto que autoridad científica, investida de un saber privilegiado sobre la causa y los medios de la cura. Las narraciones del terapeuta estarían en el mismo plano que las otras posibilidades disponibles en la cultura; no serían superiores aunque tendrían implicaciones pragmáticas diferentes.

Para Freedman y Combs (Freedman & Combs, 1996; Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2012), mantener una actitud constructivista se basa en cuatro ideas fundamentales:

1.- Las ideas son construidas socialmente: no podemos acceder a un conocimiento del mundo externo independiente del observador. Para observar aquello que es observado, el observador utiliza su mundo interno (su sistema nervioso, sus sentidos, su experiencia biográfica, etc.) Cada observador construye su punto de vista sobre las cosas y, al participar en la observación, la modifica. Cuando decimos que hemos llegado a una afirmación verdadera puede que lo que en esencia estemos afirmando es que hemos alcanzado un acuerdo sobre lo que vamos a considerar verdadero. El conocimiento de aquello que llamamos la realidad, es la consecuencia del consenso, en el campo intersubjetivo, en la arena del intercambio entre los diferentes puntos de vista de los observadores.

2.- Las realidades se construyen a través del lenguaje: el lenguaje que usamos constituye nuestro mundo y nuestras creencias. Es en el marco del lenguaje donde las sociedades construyen sus visiones de la realidad. Los únicos mundos que podemos conocer son los mundos que compartimos en el lenguaje. El lenguaje es un proceso interactivo, no un receptor pasivo de verdades preexistentes. *El lenguaje no refleja la naturaleza; el lenguaje crea la naturaleza que conocemos.* El significado no lo da una palabra, sino una palabra en relación con su contexto. Por ello el significado preciso de una palabra, siempre es indeterminado y potencialmente diferente, es algo a negociar entre dos o más conversadores. Reconocer esto abre un camino de oportunidades de cambio en psicoterapia.

3.- Las realidades se organizan y mantienen a través de las historias: las narrativas tienen un papel central en organizar, mantener y hacer circular el conocimiento de nosotros mismos y nuestros mundos. Para dar sentido a su vida, las personas enfrentan la tarea de ordenar su experiencia de los acontecimientos en secuencias a través del tiempo de tal forma que consigan un reconocimiento coherente de sí mismo y del mundo que les rodea. Este recuento adopta una forma que es la de la auto-narrativa.

4.- No hay verdades esenciales: ya que no podemos conocer objetivamente la realidad, todo lo que podemos hacer es interpretar la experiencia. No hay por tanto realidades únicas. Vivimos en un multiverso de significados, por oposición a un universo de verdades únicas e inmutables (B. Rodríguez Vega, 2001).

Desde este punto de vista, lo que se ofrece a los ojos del terapeuta-observador no es la realidad de un paciente o una familia, o algo que deba ser descubierto por él y puesto al servicio del paciente, sino el resultado de la interacción de éstos con ese mismo terapeuta. Es una situación que ha sido co-construida por ambos, y que, hubiera sido diferente si el terapeuta o el contexto hubieran sido distintos. Entendemos entonces la psicoterapia como la apertura de una de las (distintas) posibilidades de solución de un problema. En cuanto a los medios de intervención se abre paso el interés por la formulación de preguntas útiles y la creación de un medio terapéutico que facilite la tarea de construir experiencias alternativas. La alianza terapéutica deja de ser

considerada un medio para permitir la aplicación de una técnica para pasar a ser considerada en sí misma, como un instrumento de cambio.

En base a las ideas construccionistas, el pensamiento postmoderno y cuestiones relacionadas con el uso del poder, White y Epston (M. White & Epston, 1980) iniciaron el desarrollo de la terapia narrativa de la que también se nutre la perspectiva que estamos abordando. Para White y Epston, las personas dan sentido a sus vidas y relaciones relatando su experiencia y, al interactuar con otros en la representación de estos relatos, modelan sus propias vidas y relaciones. Las personas experimentan problemas cuando las narraciones dentro de las que relatan su experiencia –y/o dentro de las que su experiencia es relatada por otros- no representan suficientemente sus vivencias. Habrá, por tanto, aspectos significativos de su experiencia vivida que contradigan estas narraciones dominantes. Un resultado aceptable de la terapia sería la identificación o generación de relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados que las personas experimentarán como más útiles, satisfactorios y con final abierto.

### **3.- LA CONFLUENCIA EN LA CONSIDERACIÓN DE LA PSICOTERAPIA COMO UNA PRÁCTICA NARRATIVA**

También desde los años 80 del pasado siglo se ha producido una confluencia de psicoterapeutas provenientes de diferentes escuelas (psicoanalistas (Lester Luborsky, Barber, & Diguier, 1992), terapeutas cognitivos (Ó. F. Gonçalves & Machado, 1999; O. F. Gonçalves, 1994; Lopes et al., 2014), experienciales (Elliott & Greenberg, 2007), sistémicos (K. Gergen, 2005; Sluzki, 1992; M. White & Epston, 1980) en la idea de que su trabajo podría comprenderse mejor desde los conceptos desarrollados para dar cuenta de la actividad narrativa (Fernandez Liria & Rodríguez Vega, 2001, 2005, 2012). Es común a todos estos modelos el cuestionamiento de la posibilidad de acceder a través del conocimiento a la naturaleza de una realidad independiente del observador, el conceder gran importancia al contexto social y cultural como constructor de realidad en la que nos movemos, y el conceptualizar el lenguaje también como determinante y constituyente de esa realidad. El enunciado básico sería que la realidad se construye a través del lenguaje y la descripción narrativa en el campo intersubjetivo entre los seres humanos (B Rodríguez Vega, Bayón Pérez, Palao Tarrero, & Fernández Liria, 2014).

La narrativa es un género literario que tiene como objeto producir emociones en el lector (o destinatario) mediante el desarrollo de una trama (una relación de sucesos significativos) que evoca un mundo, en el que participan unos personajes, definidos por esa misma trama. El objetivo de la narrativa no es relatar unos hechos sino evocar un mundo para producir unas emociones. Por eso se juzga la obra narrativa en término de emociones. Actualmente, no hay ninguna definición acordada universalmente de la "narrativa", pero en términos generales, una narración es una historia de una secuencia de eventos que se producen en el tiempo y se organizan en una secuencia

de comandos. A través de las narraciones, los seres humanos dan sentido a lo que les sucede (Clandinin & Connelly, 2000; B Rodríguez Vega et al., 2014).

Para algunos autores integradores, la óptica de las narrativas ha servido como metateoría capaz de integrar aportes provenientes de diversas teorías (Fernandez Liria & Rodríguez Vega, 2001). La óptica de las narrativas no se refiere a una forma particular de hacer psicoterapia sino a un modo de entender la práctica psicoterapéutica en general. La narrativa es un proceso psicoterapéutico básico en el sentido de que toda terapia consiste en la narración de historias. Pretende proporcionar un lenguaje común para dar cuenta del modo de actuar de psicoterapias basadas en principios teóricos y desarrolladas a través de estrategias y técnicas muy diferentes y cuyos practicantes pueden prestar o no atención a la naturaleza narrativa de su quehacer. Narrativa es la forma de organizar nuestra experiencia a través del lenguaje. Según ella, lo que lo que los terapeutas de cualquier orientación hacen con sus pacientes es establecer una conversación, de unas características especiales, que permita transformar la narrativa del paciente sobre la que se basa la demanda, una narrativa impregnada -y estancada - por el problema por el que se consulta, en una narrativa en la que el problema puede ser resuelto. Desde esta perspectiva, lo que las diferentes orientaciones ofrecen son moldes, sobre los que se puede construir esa narrativa alternativa mediante la conversación terapéutica.

La óptica de las narrativas aplicada a la práctica psicoterapéutica, permite desarrollar un lenguaje común para psicoterapeutas inicialmente de diferentes orientaciones, y, con él, poner de relieve los factores comunes a todas ellas, elegir en función de las características específicas de la pareja irrepetible encarnada por cada terapeuta y cada paciente estrategias y técnicas que puedan haber sido desarrolladas por terapeutas de diferentes orientaciones y, en general, desarrollar un criterio para acompañar la narrativa del paciente y guiar su transformación mediante la conversación terapéutica (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2005).

La elección de las narrativas como marco desde el que abordar el tema de la psicoterapia responde a una concepción de tal actividad y de los trastornos mentales que tiene que ver con una concepción general del ser humano: el ser humano, desde que lo es, accede a su realidad a través del lenguaje. Lo que llamamos trastornos mentales son narrativas que producen sufrimiento evitable (como sucede con lo que en su momento se llamaron trastornos neuróticos) o evocan mundos no compartibles con los del resto de los miembros de la comunidad y que impiden, por tanto las actividades de cooperación o enfrentan al sujeto con el resto de sus integrantes (como sucede con lo que llamamos trastornos psicóticos).

La psiquiatría pretende una intervención sobre estas narrativas "indeseables" para la generación de narrativas alternativas a través de un proceso de comunicación interpersonal (en el caso de las psicoterapias) o de otros medios de actuación sobre el

organismo. Adoptar la óptica de las narrativas significa, por tanto, fundamentalmente, buscar los instrumentos para conceptualizar e intervenir sobre los trastornos mentales, no en el terreno de las ciencias naturales forzando, en la extrapolación, conceptos y principios, sino en el de la actividad narrativa.

Esta idea supone revisar los fundamentos de nuestra teoría y nuestra práctica, abriendo la posibilidad de considerar que lo que cada una de las escuelas de psicoterapia ofrece es un molde concreto sobre el que construir comentarios al discurso del paciente (remitiéndolo a esquemas cognitivos, historias familiares o procesos de adquisición de hábitos) Supone reorientar, por ejemplo, las lecturas y los procedimientos de adquisición de habilidades para las personas que tratan de acceder a la condición de psiquiatras, que pasarían, de este modo, a deber más a disciplinas más literarias, a las que los psiquiatras del pasado hubieron de acceder como por casualidad. Supone abrir nuevos procedimientos de evaluación de nuestra actividad, menos restringidos a los modelos concretos de comentario que ofrecen cada una de las escuelas psicopatológicas y establecer la posibilidad de una metodología común de evaluación de resultados intervenciones de distinto tipo. Supone abrir una vía de entender la alta respuesta al placebo obtenida en algunos ensayos (no es lo mismo ser una carga para la familia y un inútil que sufrir una enfermedad que se puede curar con un fármaco y ha sido certificada por un experto armado de multitud de instrumentos).

Esta óptica nos abre la posibilidad de ser creativos y de explorar la posibilidad de introducir conceptos e instrumentos inusuales en la práctica de la psicoterapia. Ofrece también un marco de referencia teórico capaz de explicar cómo actúan las intervenciones basadas en las diferentes escuelas teóricas y de ordenar su utilización con nuestros pacientes (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2005).

### **3.- EL MÁSTER DE PSICOTERAPIA PERSPECTIVA INTEGRADORA DE LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ DE HENARES**

La consideración de la actividad psicoterapéutica como una actividad narrativa, desarrollada a través de una conversación entre terapeuta(s) y paciente(s) ofrece un marco teórico, o, como algunos autores prefieren decir, metateórico, desde el que es posible esta integración (Fernandez Liria & Rodríguez Vega, 2005; Montesano, 2012; Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2012).

El máster de Psicoterapia Integradora de la Universidad de Alcalá de Henares pretende ser integrador desde el principio. No sólo un modelo que incluye ideas principios o procedimientos provenientes de varias escuelas: no sólo un sistema resultante de una integración. Es un modelo activamente integrador en la medida en la que está pensado para ser capaz de integrar nuevos elementos siempre que el trabajo terapéutico pueda beneficiarse de ello.

El programa de la UAH que da acceso al título de máster en “Psicoterapia, perspectiva integradora”, y que desarrolla las enseñanzas contenidas en este texto, consta de 600 horas, distribuidas a lo largo de tres cursos académicos. Los dos primeros cursos exigen un número importante de horas de presencia física. El programa va dirigido a médicos, (psiquiatras con más frecuencia), y psicólogos, (psicólogos clínicos con mayor frecuencia) y a residentes de psicología clínica o de psiquiatría que tengan práctica clínica.

Lo mismo que la práctica clínica con pacientes, el entrenamiento de futuros terapeutas busca ir cambiando narrativas desde el punto de vista del contenido (a través de un aprendizaje en el que predominan las habilidades cognitivas) pero también busca la toma de conciencia y el cambio en paralelo de actitudes, emociones o el desarrollo de la capacidad auto-observadora (aprendizaje en el que predomina lo experiencial como ruta de acceso al conocimiento).

Es decir que en cada curso del programa se podría señalar la presencia de una dimensión más cognitiva que transcurre entremezclándose junto a otra dimensión más experiencial.

Para conseguir esto, los métodos docentes están basados, además de en clases magistrales, en seminarios de discusión de lecturas, visionado de entrevistas clínicas grabadas en vídeo, participación en talleres y grupos experienciales y en la supervisión como herramientas fundamentales del aprendizaje.

El programa considera la psicoterapia como un proceso que se desarrolla en una serie de fases (indicación, fases iniciales, fases intermedias y fase de terminación). Cada una de estas fases plantea una serie de problemas específicos.

En el primer curso del programa formativo se hace especial hincapié en situar la propuesta integradora basada en la construcción de narrativas terapéuticas en su contexto cultural. Se introduce al participante en un pensamiento narrativista que integra la búsqueda del cambio a través de métodos sociales y psicológicos, pero también a través de métodos somatosensoriales basados en el procesamiento



neurobiológico de la experiencia. En este mismo año, se revisan las propuestas de los principales modelos teóricos de psicoterapia vigentes: modelo psicodinámico, cognitivo, conductual, humanístico, sistémico. Se entrena al participante en el método de formulación de casos en psicoterapia y en el manejo de las principales habilidades de entrevista psicoterapéuticas.

Dentro de la dimensión de aprendizaje experiencial, en este primer año el foco se centra en el desarrollo progresivo del Yo observador a través de la presentación de casos propios en supervisión y la participación en grupos de supervisión donde es un compañero el que presenta el caso. El alumno también participa en grupos centrados en la Adquisición de Rol de Terapeuta (Grupos ART) y en seminarios dedicados a la toma de conciencia de sus propias redes relacionales (grupos basados en el trabajo con la familia de origen del terapeuta), y al entrenamiento en técnicas de regulación emocional basada en la atención plena.

En el segundo año se profundiza y se entrena una propuesta integradora basada en la construcción de narrativas terapéuticas. En este curso los contenidos se centran en aprender a hacer un contrato, detectando la pauta problema que el consultante trae y partiendo de ella buscando la de-construcción de dicha pauta. Para ello la terapeuta se pregunta si ha de iniciar ese trabajo desde una perspectiva de primera persona (centrándose en las emociones, sensaciones corporales, biografía etc..) desde una perspectiva de segunda persona (centrándose en las relaciones de duelo, de disputa, la relación con el terapeuta) o desde una perspectiva de tercera persona (desde la narrativa dominante social, de género, cultura etc..). Trabajar desde una u otra perspectiva lleva a proponer diferentes técnicas, muchas de las cuales no son estrictamente del campo narrativo, sino que provienen de otros modelos pero que se utilizan desde una comprensión diferente. Se discute también la aplicación de esta forma de trabajo para el caso de la depresión, la psicosis y el trauma. Todo lo anterior se complementa con la participación del alumno en un aula virtual dedicada al trabajo en situaciones de duelo y al trauma y en un foro de discusión de lecturas.

Desde el punto de vista del trabajo experiencial, la alumna sigue participando en experiencias de supervisión, grupos ART, seminarios centrados en diferentes aspectos del trabajo con la persona del terapeuta y técnicas basadas en atención plena y regulación emocional.

Tanto en el primero como en el segundo año, la evaluación del progreso del alumno se hace a través de su implicación y calidad en la participación en las supervisiones, grupos ART y otros seminarios y a través de dos exámenes multitest, la entrega de dos casos cuyo nivel de desarrollo se va adecuando al nivel de formación del alumno, y la presentación oral final de la memoria de un caso.

Durante el tercer año, el participante en el programa, ya sin una exigencia de presencia física, se compromete a presentar su trabajo clínico basado en los conocimientos adquiridos a través de cuatro trabajos con pacientes, en formato individual, familiar o grupal. Se pide también el desarrollo de un trabajo de reflexión teórico que desafíe los

límites del campo de la psicoterapia y busca inspiraciones nuevas en otras disciplinas (desde la astronomía a la literatura o el cine). A lo largo de todo el programa formativo se da especial importancia a la toma de conciencia del cuidado personal (Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2012).

#### **4.- METODOLOGÍA CUALITATIVA EN INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA. LA TEORÍA FUNDAMENTADA**

La metodología cualitativa es esencial para las ciencias de la salud porque permite estudiar aspectos que no podrían ser investigados con otras metodologías como conductas, valores, actitudes, expectativas, interacción entre las personas, impacto del sufrimiento, factores económicos, sociales, culturales y políticos que influyen en la salud y la enfermedad. Permite dar voz a las personas, generar hipótesis, dar sentido a cuestiones complejas,... La metodología cualitativa cuestiona la identificación de realidad y ciencia exclusivamente con lo cuantificable dado que esta visión limita la comprensión de realidades complejas (Berenguera et al., 2014). Sin embargo, como afirman Munarriz y San Juan, la fascinación por el número domina nuestra especialidad (Munarriz & San Juan, 2001). El uso de metodología cuantitativa ha contribuido a la consideración de la psiquiatría como una disciplina científica rigurosa, ha restado disputas más basadas en diferencias de escuela que en pruebas y ha aportado un buen conjunto de datos que permiten falsar hipótesis sobre la génesis, desarrollo, identificación y manejo de los trastornos mentales. Sin embargo, esta orientación, llevada a sus extremos con el reduccionismo biológico, no ha estado exenta de problemas. Para Bracken et al (Bracken et al., 2012), la Psiquiatría ha estado hasta ahora guiada por un paradigma tecnológico que, aun no ignorando aspectos como significados, relaciones y valores, los ha mantenido como asuntos secundarios. El predominio de este paradigma ha llevado a entender los sistemas clasificatorios, modelos causales de conocimiento del sufrimiento mental y encuadre del cuidado psiquiátrico como una serie de intervenciones discretas que pueden ser analizadas y medidas generalmente de forma cuantitativa e independiente del contexto. El “paradigma tecnológico” trabaja con una orientación positivista e implica las siguientes asunciones:

- Los problemas de salud mental son causados por mecanismos o procesos defectuosos de alguna clase, implicando sucesos fisiológicos o psicológicos anormales que ocurren dentro del individuo.
- Estos mecanismos o procesos pueden ser modelados en términos causales. No son dependientes del contexto.
- Las intervenciones tecnológicas son instrumentales y pueden ser diseñadas y estudiadas independientemente de relaciones y valores.

Estos autores señalan que el paradigma tecnológico no ha producido los resultados esperados. Señalan que la psiquiatría se enfrenta a dos retos que no puede ignorar:

- Un cuerpo creciente de evidencia empírica apunta a la importancia primaria de los aspectos no específicos del cuidado a la salud mental. Explican, por ejemplo, que en el tratamiento de la depresión la relación entre la alianza terapéutica y

el resultado parece muy fuerte en las diferentes modalidades de tratamiento y presentaciones clínicas.

- Consideran imprescindible la colaboración con los movimientos de usuarios, pero la colaboración auténtica con los movimientos de usuarios de servicios solamente puede ocurrir cuando la Psiquiatría esté preparada para moverse más allá de la primacía del paradigma tecnológico. Consideran que el progreso real en nuestro campo vendrá de un re-examen fundamental de todo lo que es el cuidado a la salud mental y un replanteamiento de cómo el conocimiento genuino y experto puede ser desarrollado en el campo de la salud mental.

Aunque los problemas de salud mental tienen una dimensión biológica indudable, en su misma naturaleza alcanzan más allá del cerebro e implican dimensiones sociales, culturales y psicológicas. Si se trata de trabajar en un modo basado en la evidencia y de forma colaborativa con los usuarios de servicios, se necesita una psiquiatría que sea intelectual y éticamente adecuada para ocuparse de la clase de problemas que se le presentan (Bracken et al., 2012). Bradley Lewis, en este mismo sentido, considera que en este momento el paradigma dominante en psiquiatría, y concretamente el excesivo peso que se ha otorgado en el mismo a los abordajes farmacológicos, está siendo objeto de críticas procedentes de muchos sectores que recuerdan a las que sirvieron de motivación para el cambio del sistema de atención a la salud mental en los años 60 y 70. Invita a los psiquiatras a utilizar para entender la situación de la disciplina los mismos instrumentos que los psiquiatras narrativistas utilizan para intentar ayudar a sus pacientes a dar sentido a sus experiencias. Se trataría de entender que es lo que nos permite utilizar metáforas de cerebros rotos, conflictos inconscientes, distorsiones cognitivas o disfunciones familiares para dar cuenta de nuestro trabajo y, desde allí ser capaces de construir una historia alternativa, una nueva identidad narrativa. El autor recalca que lo que propone no es el abandono de los modelos biológicos sino el reconocimiento de que todos los modelos pueden ser útiles (Lewis, 2014). Al mismo tiempo que se produce esta reflexión crítica de los profesionales sobre su práctica, se desarrollan los modelos de recuperación (Division of Clinical Psychology, 2014) y los movimientos de usuarios y ex usuarios de salud mental que reivindican su propia voz, el conocimiento por la experiencia (Correa Urquiza, 2010) y una escucha que no cosifique (Stastny, Lehmann, & Aderhold, 2007).

En este paisaje de *crisis* del reduccionismo biológico, recuperación de valores, de saberes “profanos” y empoderamiento de las personas que padecen sufrimiento psíquico, cobra todo su sentido la investigación cualitativa.

#### **DIFERENCIAS EN INVESTIGACIÓN CUANTI Y CUALITATIVA**

Es en el contexto descrito en el que se produce un aumento de la investigación cualitativa en salud mental. Resumimos las diferencias globales entre ambas metodologías en la tabla 3. Las técnicas cualitativas pretenden responder a por qué o

cómo, más que cuántas veces o cuánto. Producen datos descriptivos basados en las propias palabras de las personas o en la observación de su conducta. El objetivo es el desarrollo de conceptos que nos ayuden a entender los fenómenos sociales en su ambiente natural, ofreciendo el adecuado énfasis a los significados, experiencias y puntos de vista de los participantes.

	CUALITATIVO	CUANTITATIVO
<b>TIPO DE RAZONAMIENTO</b>	Inductivo	Deductivo
<b>ELEMENTOS BÁSICOS DE LA DEFINICIÓN</b>	Palabra	Número
	Entender	Explicar
	Describir	Contar
	Qué?	Cuánto?
	Significados	Hechos
	Relativismo	Objetividad
<b>OBJETIVO</b>	Generar hipótesis	Falsar hipótesis
<b>RESULTADOS</b>	Iluminar una situación para crear un entendimiento más profundo	Aceptar o rechazar una teoría
<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	Cualitativo, flexible	Cuantitativo, riguroso
	Conceptualización	Análisis estadístico
	Generar	Comprobar
	Muestro teórico	Muestreo aleatorio
	Validez	Fiabilidad
	Ámbito natural	Ámbito experimental
	Abierto, integrador	Controlado, reduccionista
	Observación, entrevista	Experimento, encuesta
<b>ACERCAMIENTO A VALIDACIÓN</b>	La verdad vista como subjetiva y socialmente construida	La verdad vista como objetiva y universal
<b>CARACTERÍSTICAS</b>	Subjetividad	Objetividad
	Apertura	Clausura
	Pertinencia	Representatividad
	Intensidad	Extensión
	Profundidad	Cobertura
	Discursos	Hechos
	Comprensión	Medición
<b>ACTITUD DEL INVESTIGADOR</b>	Sensible al contexto	Insensible al contexto
	Inmerso en la praxis	Externo a la praxis
	Subjetividad	Objetividad
	Comprometido	Neutral

Tabla 3. Diferencias investigación cuali-cuantitativa. Modificado de (Munarriz & San Juan, 2001)

### METODOLOGÍA CUALITATIVA EN PSICOLOGÍA

En las últimas décadas se observa un impulso investigador hacia las aproximaciones cualitativas en las áreas de desarrollo de las ciencias sociales (Trinidad Requena, Carrero Planes, & Soriano Miras, 2006) en general y de la psicología en particular (Carrera-Fernandez, Guardia-Olmos, & Pero-Cebollero, 2012).

Carrera et al (Carrera-Fernandez, Guardia-Olmos & Pero-Cebollero, 2012) revisan el número de publicaciones de investigaciones en psicología que han utilizado metodología cualitativa y encuentran que el número ha ido aumentando exponencialmente desde 1990 hasta nuestros días (figura 5). Analizan las publicaciones que se encuentran en la base de datos de investigación de la *Web of Science* (WoS), dentro del *Institute for Scientific Information* (ISI), y, de 45305 artículos que cumplen sus criterios de búsqueda, 6283 (13.87%) corresponden a publicaciones

sobre algún aspecto de la psicología estudiado con metodología cualitativa. Los métodos más utilizados fueron el análisis de contenido, la teoría fundamentada y el análisis del discurso (tabla 4).

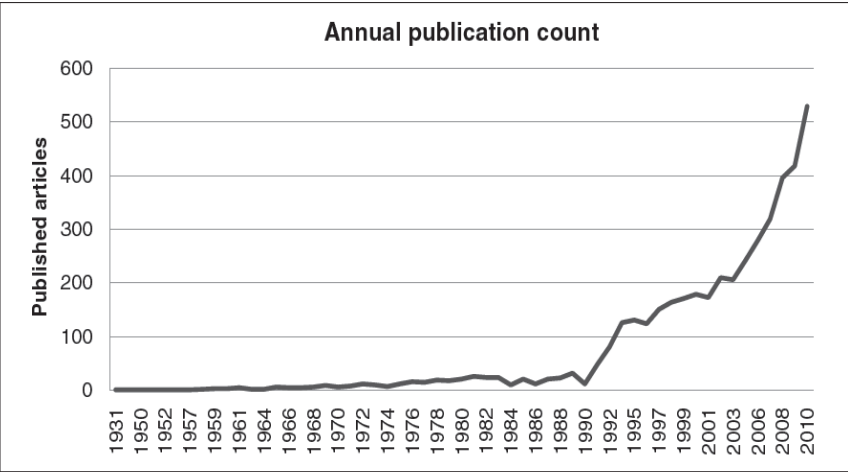


Figura 5. Artículos publicados con metodología cualitativa desde 1930 a 2010. Tomado de (Carrera-Fernandez, Guardia-Olmos, & Pero-Cebollero, 2012)

Keyword in TOPIC	Publications	Publications in psychology	Percentage
Conversation analysis	1201	246	20.48
Discourse analysis	3435	668	19.45
Metaphorical analysis	24	7	29.17
Psychoanalytically informed analysis	1	0	0
Semiotic analysis	243	15	6.17
Analytic induction	72	14	19.44
Framework analysis	199	19	9.55
Grounded theory	4629	743	16.05
Interpretative phenomenological analysis	374	201	53.74
Template analysis	82	9	10.98
Thematic analysis	1865	243	13.03
Theory-led thematic analysis	1	0	0
Attributional analysis	235	178	75.74
Comprehensive process analysis	18	11	61.11
Consensual qualitative research	138	104	75.36
Content analysis	11,888	1827	15.37
Logical analysis	529	54	10.21
Protocol analysis	1267	157	12.39
Q-methodology	287	61	21.25
Repertory grid analysis	30	8	26.67
Task analysis	972	306	31.48
Action research	3662	404	11.03
Co-operative inquiry	28	1	3.57
Ethnography	7086	308	4.35
Ethnomethodology	528	67	12.69
Feminist research	512	83	16.21
Media framing analysis	3	2	66.67
Narrative analysis	760	115	15.13
Phenomenological methods OR phenomenological analysis	1486	304	20.46
Process evaluation	1145	82	7.16
Rapid assessment	2560	43	1.68
Visual methodologies OR visual methodology	45	3	6.67
Total	45,305	6283	13.87

Tabla 4. Número total de publicaciones con metodología cualitativa presente en WoS e ISI a mayo de 2011. Tomado de (Carrera-Fernandez et al., 2012)

Gergen, Josselson y Freeman (K. Gergen, Josselson, & Freeman, 2015) saludan lo que llaman la nueva ola de la investigación cualitativa puesta de manifiesto en el campo de la Psicología por la reciente creación de la *Society for Qualitative Inquiry in Psychology*, el cambio de la denominación de la sección quinta de la Asociación de Psicólogos Americanos que ha pasado a llamarse *Division of Quatitative and Qualitative Methods* y la aparición de la nueva revista de la APS *Qualitative Psychology*. Consideran que este movimiento supone una expansión y enriquecimiento de la investigación en Psicología. Ponen en relación este crecimiento tanto con la reactivación de los movimientos por el cambio social que se han sucedido desde los años sesenta y los movimientos críticos en la Psicología como con el debilitamiento de las visiones más positivistas de la ciencia interesadas sólo en las relaciones causa-efecto. También han contribuido a este movimiento el enorme desarrollo de los métodos cualitativos en otros campos de las ciencias sociales y el gran desarrollo de la comunicación global. Gergen et al (K. J. Gergen, Josselson, & Freeman, 2015), desde la perspectiva que denominan como *pragmatismo reflexivo*, afirman que cualquier forma de conocimiento conlleva valores

implícitos y privilegia unas formas de vida frente a otras. Señalan que hay una larga y fructífera tradición de investigación cualitativa en psicología pero que la hegemonía del conductismo llevó a un estrechamiento de los objetivos y el campo de la Psicología, lo que la hizo desaparecer como sospechosa de falta de cientificidad. Consideran que ambas aproximaciones, cuantitativa y cualitativa, pueden ser complementarias y citan tres tradiciones que consideran que están siendo, de algún modo, reactualizadas: la hermenéutica, la construccionista y las basadas en la praxis.

1. En línea con la tradición hermenéutica muchos investigadores cualitativos retoman la distinción de Dilthey entre explicación y comprensión para considerar insuficientes los modos de conocimiento que no consideran los aspectos subjetivos de la experiencia vivida por los otros. La nueva ola de la investigación cualitativa pretende convertir la subjetividad misma en objeto de indagación científica, lo que ha supuesto hacer visibles los aspectos morales y políticos y ha convertido en un objetivo la lucha contra las fronteras que separan a las personas en función del género, la raza, la clase social orientación sexual, capacidades u otras características. Otra de las consecuencias de este giro ha sido el desarrollo de múltiples metodologías entre las que los autores destacan las derivadas de las narrativas y la autoetnografía.
2. Desde el construccionismo social se asume que todo conocimiento se basa en asunciones y valores negociados socialmente en una comunidad históricamente determinada. Lo que llamamos *conocimiento* no es tanto un reflejo del mundo como un juicio sobre el mismo basado en los valores y necesidades de una determinada comunidad. Esta perspectiva difiere de la positivista clásica por un lado en que no considera una naturaleza inmutable susceptible de observación sino que considera el comportamiento humano como algo altamente maleable que se modifica por el hecho de ser observado, y, por otro, en que no cree posible una observación neutra, desprovista de valores. Con este punto de partida se han desarrollado formas de investigación cualitativa como el análisis del discurso, investigación sobre el habla o autoetnografía.
3. Los autores citan a Marx y Dewey y su concepción del conocimiento como algo al servicio de la búsqueda de un objetivo, como antecedentes de la investigación acción que se inicia con Kurt Lewin. Según ellos las propuestas en este sentido se han multiplicado con la nueva ola de investigación cualitativa. Entre los ejemplos de los desarrollos recientes deudores de esta tradición destacan el de la Medicina Basada en las Narrativas y su intento de incorporar el punto de vista del paciente.

Gergen et al (K. Gergen et al., 2015) señalan que se ha producido una importante expansión de los objetivos potenciales de la psicología y una invitación a confeccionar a medida las prácticas de investigación. La adopción de un punto de vista teórico determina la metodología a usar. Pero el uso de unas u otras metodologías influye en los desarrollos teóricos posibles. La preocupación por el uso pragmático del lenguaje



ha conducido a teorizaciones sobre la comunicación entre culturas, ha dado lugar a nuevas teorías sobre el funcionamiento mental y ha alimentado la formación del movimiento de “psicología del discurso”. Los métodos narrativos han estimulado las exploraciones teóricas de la memoria personal, los métodos interpretativos han estimulado la discusión de los aspectos morales de la investigación en psicología; el reconocimiento de los métodos indígenas ha conducido a la valoración de las teorías psicológicas de otras culturas; los métodos observacionales han producido nuevas concepciones sobre las relaciones infantiles; los estudios de casos han dado lugar a ideas más complejas sobre el cambio terapéutico; los métodos etnográficos han sido vitales para el desarrollo de la psicología cultural.

La expansión de la investigación cualitativa pretende ser inclusiva y aboga no por la confrontación sino por la confluencia con otras formas de hacer en investigación, por el uso de métodos mixtos y por una apertura a múltiples culturas y a la construcción de un conocimiento global. De igual manera, se ha producido un rechazo progresivo de la tajante distinción establecida en la tradición empirista de la Psicología entre el científico observador y los sujetos observados y su corolario de autoritarismo. El objetivo ha dejado de ser conocer *sobre* para pasar a ser conocer *con* y eso ha modificado las relaciones entre el científico y la sociedad.

Los autores afirman que se ha levantado una brisa que trae una visión más pluralista e inclusiva en Psicología y advierten acerca de algunas tareas pendientes. Por un lado queda por determinar si este tipo de trabajo puede reclamar para sí el estatuto de científico. Para que lo haga es preciso que se desarrolle una visión más amplia de la ciencia que reconozca que poner a prueba hipótesis es sólo una de las formas posibles de acceso al conocimiento. Además está la dificultad tanto para formarse como para presentar trabajos de investigación o publicar investigaciones cualitativas que desincentivan este tipo de trabajo (K. Gergen et al., 2015).

#### **EVALUACIÓN. ¿QUÉ ES EXCELENTE EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA?**

Entre los retos importantes que plantea la expansión de otras metodologías de investigación está la evaluación de la calidad de estas investigaciones. ¿Cómo valorar y juzgar una investigación realizada con metodología cualitativa, qué es excelente en este área? Gergen (K. J. Gergen, 2014) se sitúa en lo que le parece una transición que están viviendo la Psicología y las ciencias sociales en general al pasar de una visión completamente dominada por la visión de la ciencia empírica a una más pluralista en la que tienen cabida perspectivas, puntos de vista y propósitos distintos para guiar el trabajo de investigación y se pregunta por si pueden articularse unos criterios de excelencia para ésta. Parece claro que los criterios que permiten evaluar la calidad de la investigación cuantitativa no sirven para la cualitativa.

Se han hecho varias propuestas para valorar la calidad y excelencia de investigaciones realizadas con metodología cualitativa (Denzin & Lincoln, 2011; Devers, 1999; Elliott,

Fischer, & Rennie, 1999; Fossey, Harvey, McDermott, & Davidson, 2002; M. M. Gergen & Gergen, 2000; Guba & Lincoln, 1994; Jeanfreau & Jack, 2010; Lietz & Zayas, 2010; Maxwell, 2011; Janice M Morse, 2003; Reicher, 2000).

Guba y Lincoln (Guba & Lincoln, 1994) proponen que la integridad de los resultados de investigación cualitativa depende de la credibilidad (confianza en la “verdad” de los hallazgos), transferibilidad (mostrar que los hallazgos son aplicables en otros contextos), confianza (mostrar que los hallazgos son consistentes y pueden ser repetidos) y confirmabilidad (los resultados del estudio están conformados por los encuestados y no por sesgos del investigador o por otros intereses). Proponen técnicas para mejorar cada uno de estos cuatro puntos, como la reflexividad del equipo o la triangulación. Yardley (Yardley, 2000) propone unos criterios de evaluación que están relacionados con la sensibilidad al contexto y el papel del investigador en el mismo, la minuciosidad en la recogida y análisis de los datos, la reflexividad del equipo investigador y la importancia de la investigación en términos de utilidad práctica y teórica. Otros autores (M. Miles & Huberman, 1994; M. Patton, 1999; Popay, Rogers, & Williams, 1998) abundan en la selección de criterios que puedan definir la excelencia en investigación cualitativa. Con el objetivo de formular y definir las normas para la presentación de informes de investigación cualitativa, preservando la flexibilidad necesaria para adaptarse a diferentes paradigmas, enfoques y métodos, O’Brien et al (O’Brien, Harris, Beckman, Reed, & Cook, 2014) repasaron las directrices, estándares y criterios de evaluación crítica para la investigación cualitativa mediante la búsqueda en *PubMed*, *Web of Science* y *Google* hasta julio de 2013 y elaboraron las normas para la Investigación Cualitativa (SRQR) que se compone de 21 puntos. Los autores definen y explican los elementos clave de cada tema y dan ejemplos de artículos publicados recientemente para ilustrar las formas en las que se puedan cumplir las normas. Abarcan aspectos que van desde la identificación en el título de la aproximación cualitativa o el método de recogida de datos, la formulación del problema y el propósito de la investigación en la introducción, múltiples aspectos de la metodología (aproximación cualitativa, características de los investigadores y experiencia, relación con los participantes, contexto, estrategia de muestreo, instrumentos para la recogida de datos, proceso y análisis de los datos y utilización de técnicas para mejorar la confiabilidad), síntesis e interpretación de los datos y relación con datos empíricos en los resultados e integración con el trabajo previo, implicaciones, transferibilidad, contribución y limitaciones en las conclusiones.

Tong, Sainsbury y Craig (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007) desarrollan un checklist para estudios cualitativos que hayan utilizado grupos focales o entrevistas en profundidad. Los criterios incluidos en COREQ, una lista de 32 ítems, pueden ayudar a los investigadores a informar de los aspectos importantes del equipo de investigación y reflexividad, diseño y contexto del estudio, resultados, análisis e interpretaciones.

Plataformas como *BioMed Central*, que permite la publicación y acceso en abierto a más de 200 publicaciones científicas revisadas por pares también han acogido criterios de excelencia para la publicación de artículos que utilizan metodología cualitativa. En el caso de Bio Med Central, son los criterios RATS, modificados de Clark (Clark, 2003). RATS hace referencia a:

- R.- Relevancia del estudio. ¿Es relevante desde el punto de vista de la clínica, la salud pública, la política de salud?
- A.- *Appropriateness*. Pertinencia de la metodología cualitativa. ¿Es la metodología cualitativa la mejor aproximación para los objetivos del estudio?
- T.- Transparencia de los procedimientos. Referido a aspectos relacionados con el muestreo, reclutamiento, recolección de datos, papel de los investigadores y aspectos éticos.
- S.- Solidez del enfoque interpretativo. ¿Es el tipo de análisis el apropiado para el tipo de estudio?, ¿se presentan las interpretaciones claramente y están basadas en la evidencia?, ¿son las citas utilizadas apropiadas y efectivas?, ¿se comprobó la fiabilidad de los datos y la interpretación?

En nuestro medio, Gaceta Sanitaria ha elaborado normas para la publicación de artículos que utilizan metodología cualitativa (Briones, Benjumea, Goicolea, Mateo, & Penalva, 2013; Vives-Cases, Domínguez Berjón, & Borrell, 2013) que hacen referencia a la relevancia y consistencia del estudio.

Gergen (K. J. Gergen, 2014) considera que estos criterios de calidad en investigación cualitativa no proporcionan pautas satisfactorias. Plantea que probablemente no es posible hacerlo, pero hace unas consideraciones que pretenden ser esclarecedoras. Comienza sugiriendo 5 alternativas a las asunciones y objetivos de la investigación empírica tradicional que en lugar de pretender poner a prueba hipótesis para mejorar nuestra capacidad de predicción y control persiguen otros objetivos como: indagar en la estructura del significado de los seres humanos; liberar a los lectores de convenciones opresoras; dar voz a minorías oprimidas; revelar formas de vida cultural a través de revelaciones personales y actuar para cambiar la sociedad.

Repasa las principales corrientes de la investigación cualitativa (fenomenología, análisis del discurso, análisis narrativo, autoetnografía y acción investigación) y revisa las aportaciones a la búsqueda de la excelencia propias de cada una de las *comunidades de práctica* (Lave & Wenger, 1991) que se corresponden con los cinco enfoques anteriormente citados. Por el interés que tiene para la metodología de este trabajo de investigación, recogemos sus propuestas en cuanto a análisis del discurso y narrativas:

#### 1. El análisis del discurso

Hay muchos enfoques Como el principal objetivo del análisis crítico del discurso es la liberación de las convenciones uno de los principales criterios de excelencia es el poder retórico de la crítica. Aquí no se trata de buscar una Verdad sino resultados útiles de acuerdo con unos valores. Ello ha obligado a buscar alternativas a la validez objetiva que se han llamado *validez interpretativa*, *validez transformacional*, o *validez catalítica*. En esta perspectiva una marca de excelencia es que el investigador incluya una reflexión crítica sobre el carácter de construcción de su investigación y que encuentre el modo de invitar al lector a un diálogo reflexivo sobre la práctica de la investigación

## 2. El estudio de narrativas

La necesidad de que las narrativas seleccionadas sean representativas hace que algunos de los criterios del enfoque positivista sean de aplicación. En este caso a esto se añade una dimensión ética que implica mostrar respeto y honrar la voz de los representados

Gergen se pregunta si se pueden generar criterios más allá de cada *comunidad* particular. Considera que los intentos de hacerlo han dado lugar a posiciones positivistas o postpositivistas (categoría en la que analiza las propuestas de Saldaña (Saldaña, 2013) o Fossey (Fossey et al., 2002). Para Gergen hay que ser cautelosos y sería más útil acordar una serie de criterios muy generales que especifiquen mínimamente la clase de actividades que deben incluirse en el amplio espectro de la investigación cualitativa. Pone como ejemplos cuestiones como si la investigación contribuye a nuestra capacidad de entendimiento, enlaza con diálogos relevantes en el campo, es riguroso en su diseño y su forma de llevarlo a cabo y está escrito de un modo coherente e inteligible. Gergen alerta de las múltiples formas en las que unos criterios semejantes podrían convertirse en restricciones al conocimiento y recomienda huir de la *metodolatría*, invertir la óptica tradicional y empezar por plantear cuáles son los objetivos que pretendemos lograr para preguntarnos luego qué prácticas de indagación nos facilitarán el conseguirlos (K. J. Gergen, 2014). Concluye que estamos en una situación de transición después de casi un siglo de dominio de la ciencia empírica en Psicología y que van a coexistir distintos paradigmas y ninguno va a poder reclamar la supremacía. Su opinión es que habrá que seguir dialogando pero es preciso renunciar a disponer de unos criterios unívocos de excelencia. Si existen, sin embargo, criterios compartidos por diferentes comunidades; si las comunidades son estables, pueden llegar a ser claros y estar localmente legitimados. Cuando los acuerdos en el seno de las comunidades son frágiles y los límites de las mismas porosos, hay que estar abiertos a una continua reflexión sobre los criterios. Considera que el pragmatismo reflexivo puede ser una buena aproximación a la indagación y la evaluación. La primera pregunta es si las prácticas en cuestión efectivamente contribuyen a lograr los propósitos y, luego si están suficientemente claros cuáles son los valores que se sustentan y los que se sustituyen.

Aun de acuerdo con Gergen en que lo que debe guiar la elección del método de investigación es el propósito de la misma y que la excelencia está relacionada con poder contestar esa pregunta de investigación, hemos decidido someter este estudio a los criterios RATS (Clark, 2003) que aparecen en el anexo 1. Hemos optado por estos criterios por el rigor con el que hay que argumentar la relevancia del estudio, la pertinencia de la metodología cualitativa, la transparencia en el procedimiento y la solidez de la aproximación interpretativa.

#### **GRUPOS FOCALES O GRUPOS DE DISCUSIÓN**

En nuestro medio se reconoce a Jesús Ibañez, junto con Alfonso Ortí, Ángel de Lucas, José Luis de Zárraga y Francisco Pereña como “inventores” del grupo de discusión (Pérez Andrés, 2002). En palabras de Jesús Ibañez *las llamadas técnicas cuantitativas investigan el sentido producido (los hechos). La técnica del grupo de discusión investiga el proceso de producción de sentido, que no es más que la reproducción de la unidad social de sentido, y en ello reside su valor técnico* (Ibañez, J citado en (Pérez Andrés, 2002).

El grupo focal es una técnica de investigación cualitativa. Un grupo focal consiste en una entrevista grupal dirigida por un moderador a través de un guión de temas o de entrevista. Se busca la interacción entre los participantes como método para generar información. El grupo focal lo constituyen un número limitado de personas: entre 4 y 10 participantes, un moderador y, si es posible, un observador. A través de él se consigue información en profundidad sobre lo que las personas opinan y hacen, explorando los porqués y los cómo de sus opiniones y acciones. Los grupos focales utilizan explícitamente la interacción del grupo como parte del método. Esto significa que en lugar de que el investigador pida a cada persona que responda a una pregunta, se anima a los participantes a hablar el uno con el otro: hacer preguntas, intercambiar anécdotas y comentar experiencias y puntos de vista. El método es particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas y se puede utilizar para analizar no sólo lo que las personas piensan, sino cómo piensan y por qué piensan de esa manera (Kitzinger, 1995). No se obtienen cifras ni datos que nos permitan medir aspecto alguno. Se trabaja con la información que se expresa en los discursos y conversaciones de los grupos. El lenguaje es el «dato» a analizar, comprender e interpretar. Algunos autores señalan que estos métodos consiguen «reducir la incertidumbre» con la que a menudo trabajamos o ayudan a la comprensión profunda de lo obvio (Prieto Rodríguez & March Cerdá, 2002).

El trabajo en grupo también ayuda a los investigadores a aprovechar las diferentes formas de comunicación que usan las personas en el día a día, incluyendo chistes, anécdotas, bromas y discusiones. El acceso a tal variedad de comunicación es útil porque el conocimiento y las actitudes de las personas no se encapsulan en su totalidad en respuestas razonadas a preguntas directas. En este sentido, los grupos

focales alcanzan lugares a los que otros métodos no pueden llegar, revelando dimensiones de comprensión que a menudo permanecen sin explotar por medio de técnicas de recolección de datos más convencionales (Kitzinger, 1995).

Debus y Porter (Debus & Porter/Novelli, 1988) han escrito, entre otros, sobre la técnica de grupo focal, sus orígenes, aplicaciones y utilidades en la investigación de servicios sanitarios, explicando los aspectos básicos de la técnica y señalando sus ventajas y limitaciones.

Prieto y March resumen el paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales:

1. La muestra estructural, o muestreo sistemático, de los grupos focales. La muestra estructural no tiene representatividad estadística (los resultados que se obtengan no van a presentar ningún proceso de inferencia), lo que quiere indicar es que los distintos perfiles que la componen están formados por personas que van a «representar» a su grupo o población de referencia.
2. A partir de los perfiles se selecciona a los participantes en los grupos focales, mediante un procedimiento aleatorio, un informante clave o un método mixto.
3. Composición interna de cada grupo focal. Todos los participantes de un grupo focal comparten ciertas características que hacen que puedan hablar sobre un tema o experiencia común sin que la presencia de algunos inhiba la opinión de otros. Por esto se dice que los grupos focales deben ser homogéneos intragrupalmente. La homogeneidad busca la interacción de los participantes y que las opiniones que se expresan puedan ser discutidas y matizadas en función de las visiones y perspectivas de otros participantes. Los criterios de homogeneidad variarán en función del tema sobre el que gire la entrevista.
4. ¿Cuántos grupos focales? La mayoría de los autores señala que es necesario un mínimo de 2 grupos por segmento definido para poder comprobar que los resultados que se obtienen en un grupo se ratifican en el otro grupo del mismo segmento. Esto es lo que se llama «saturación» de la información. Es el momento de la investigación en el que las opiniones de los participantes se repiten, son redundantes y hacer un grupo más no va a aportar información nueva (Prieto Rodríguez & March Cerdá, 2002).

#### **LA TEORÍA FUNDAMENTADA (*GROUNDLED THEORY*)**

Desde el pragmatismo reflexivo, Gergen señalaba más arriba la pregunta *¿qué objetivo pretendo conseguir?* para elegir el método de investigación. Charmaz (Charmaz, 2012) considera que la teoría fundamentada da herramientas para responder al "por qué" de una postura interpretativa. La teoría fundamentada propone construir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos obtenidos en el campo de estudio, y no de supuestos a priori, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes. La emergencia de significados desde los datos, pero no de

los datos en sí mismos, hace de la Teoría Fundamentada una metodología adecuada para el conocimiento de un determinado fenómeno social (Cuñat Giménez, 2007; Tweed & Charmaz, 2012).

La publicación de Glaser y Strauss en 1967, *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research* (Glaser & Strauss, 1967), supone el origen formal de la metodología de la teoría fundamentada si bien sus orígenes pueden rastrearse en la metodología analítica subyacente y en los procedimientos de análisis cualitativo inductivo descubiertos en los años 50 y 60 por investigadores y estudiantes del Departamento de Sociología y del Consejo de Investigación Social Aplicada de la Universidad de Columbia (Trinidad Requena et al., 2006).

Glaser define en 1992 y posteriormente en 2002 (Glaser, 1992, 2002) la aproximación de la teoría fundamentada como *una metodología de análisis, unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos, sistemáticamente aplicados, para generar una teoría inductiva sobre un área sustantiva. El producto de investigación final constituye una formulación teórica, o un conjunto integrado de hipótesis conceptuales, sobre el área sustantiva que es objeto de estudio*. El mismo autor señala que el tema central en las teorías fundamentadas es facilitar un análisis cualitativo de cualquier tipo de datos (ya sean cuanti o cualitativos) en contraste con otros tipos de investigación cualitativa que parten de una descripción conceptual empírica y preconcebida de los datos obtenidos. La contribución de la teoría fundamentada al análisis cualitativo dirige la atención hacia el proceso de conceptualización basado en la emergencia de patrones sociales a partir de los datos de investigación. Este proceso cumple dos requisitos: los conceptos son abstractos en relación con el tiempo, los lugares y las personas y, en segundo lugar, los conceptos son perdurables en su alcance teórico (Trinidad Requena et al., 2006). Dentro de los tipos de análisis cualitativos, Tesch sitúa la teoría fundamentada, o análisis constructor de teoría, dentro del análisis interpretacional (Tesch, 1990). La teoría fundamentada, para Charmaz, es un método sistemático de análisis y recolección de datos para el desarrollo de teorías de rango medio. Este método comienza pero no termina con la investigación inductiva. Es un método comparativo, iterativo e interactivo. El énfasis en la teoría fundamentada está en el análisis de los datos; Sin embargo, el análisis de los primeros datos informa a la recogida de datos. La mayoría de los investigadores que utilizan teoría fundamentada siguen un enfoque iterativo: hacen muchas comparaciones, construyen poca teoría. Pero este es el potencial (Charmaz, 2012).

Si volvemos a la definición de Glaser, hace referencia a una metodología y a un resultado. A esta metodología, los autores la denominan “método comparativo constante”, búsqueda de semejanzas y diferencias a través del análisis de los incidentes contenidos en los datos. Comparando dónde están las similitudes y las diferencias de los hechos, el investigador puede generar conceptos y sus

características, basadas en patrones de comportamiento que se repiten. La metodología abarca la fase de recogida de datos dada la estrecha conexión y el proceso continuo que los resultados iniciales de los análisis tienen para la selección de nuevos informadores y, de modo general, en la producción de nueva información relevante en el campo de estudio. La finalidad de la teoría fundamentada es la emergencia de teoría inductiva sobre un área sustantiva. Es decir:

- Se genera y emerge del campo
- Está fundamentada en el área sustantiva
- Se desarrolla inductivamente

Dado que la finalidad es la emergencia de teoría inductiva en un nivel conceptual enraizado en los datos de campo, el producto final lo constituye una formulación teórica. La formulación teórica no consiste en la descripción de lo que está pasando, sino en la emergencia de un conjunto de hipótesis conceptuales que pueden dar cuenta de la variedad de los acontecimientos y sucesos descritos (Trinidad Requena et al., 2006).

Para Lazarsfeld (Lazarsfeld, 1984), la fase creativa del trabajo empieza en el instante en que, después de observar una serie de fenómenos dispares, intenta descubrir en ellos un rasgo característico fundamental y explicar así las regularidades constatadas. Desde 1992, con la publicación de Glaser de *Basics of grounded theory analysis*, se hacen evidentes al menos dos versiones de la teoría fundamentada: una centrada en la construcción de teoría formal emergente -glaseriana- y otra orientada a un trabajo de investigación centrado en la descripción interpretativa -straussiana- (Trinidad Requena et al., 2006). Charmaz (Charmaz, 2012) afirma que la teoría fundamentada tiene algunas características que lo distinguen de otras formas de análisis cualitativo. Este método:

- Proporciona herramientas explícitas para el estudio de procesos.
- Promueve la apertura a todas las posibles interpretaciones teóricas.
- Fomenta el desarrollo de interpretaciones tentativas acerca de los datos a través de la codificación y categorización.
- Construye un control sistemático y refinado de las categorías teóricas mayores.

#### **ELEMENTOS DE LA TEORÍA FUNDAMENTADA**

Cuando se utiliza la metodología de la teoría fundamentada, las relaciones entre las teorías y los métodos llegan a estar estrechamente integradas. Las relaciones empíricas se crean entre la teoría que está construyéndose y los datos que la explican, así como en el proceso inductivo por el que estos últimos generan los niveles teóricos conceptuales. Las explicaciones iniciales que se van generando a partir del muestreo teórico (muestreo teórico significa muestro para el desarrollo de una categoría, no para la representación de la población) llegan a ser hipótesis que guían al investigador



en la selección de los grupos comparativos en el campo de estudio para descubrir más ideas y conexiones a partir de los datos. Los datos ofrecen la evidencia empírica necesaria para las deducciones posteriores, y el analista toma estas directrices para la emergencia de categorías o propiedades relevantes. Si las hipótesis deducidas no se ajustan a los datos, no se fuerzan sino que se descartan y otras emergen, en su lugar, a través del análisis comparativo constante. Este método, por tanto, subraya y asume que la interpretación de los patrones ha de ser fundamentada e investigada, tanto como los patrones mismos. Las interpretaciones no pueden justificarse a través de un marco teórico externo a los datos (Trinidad Requena et al., 2006). Por sus características, la teoría fundamentada requiere iniciar la generación de teoría sin hipótesis ni ideas preconcebidas sobre el área sustantiva objeto de estudio. Algunos autores recomiendan, por tanto, iniciar el estudio sin una revisión previa de la literatura (Cuñat Giménez, 2007). Otros autores, sin embargo, consideran que es preferible someter las teorías previas a un análisis crítico riguroso, más que ignorarlas o negarlas (Henwood & Pidgeon, 2003). En la figura 6 podemos ver un esquema del proceso investigador.

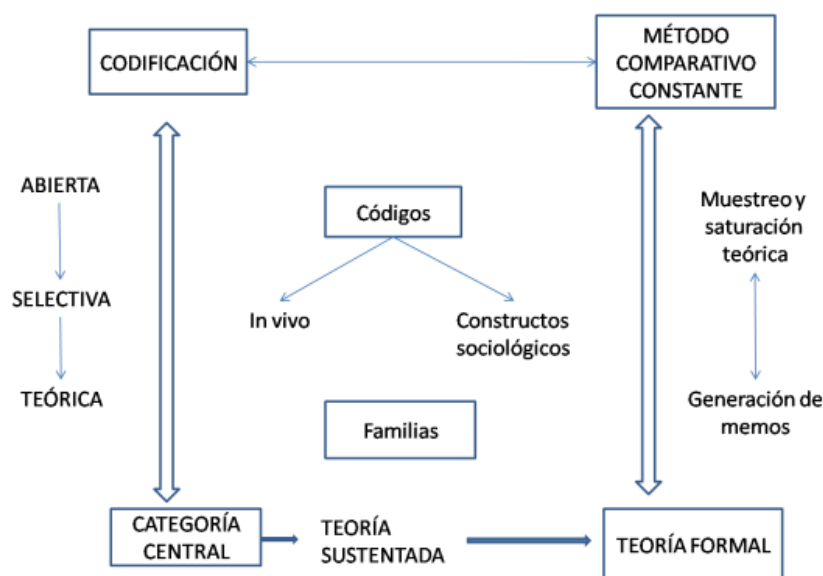


Figura 6. Elementos de la teoría fundamentada. Tomado de (Trinidad Requena et al., 2006)

Las directrices de la teoría fundamentada llevan a la revisión constante en cada fase de la investigación. El desarrollo teórico de categorías es una parte central del proceso analítico. Los investigadores que utilizan teoría fundamentada construyen categorías a partir de los datos, comprueban sus características y las saturan a partir de los datos. Además, buscan la variación entre estas categorías y sus relaciones (Charmaz, 2012). Las estrategias principales para desarrollar la teoría fundamentada son dos, el muestreo teórico y el método comparativo constante:

- El muestreo y la saturación teórica: en el muestreo teórico, las unidades que van a conformar el trabajo de campo se van generando en torno al desarrollo de la investigación. La recogida y el análisis de los datos se encuentran interconectados de modo que a través del análisis de los datos conocemos que nuevos grupos, informantes o escenarios deben explorarse para lograr la progresiva densificación y emergencia de la teoría formal. El objetivo es hallar información relevante para la teoría que se está buscando más que el número correcto de unidades o su elección al azar. Del descubrimiento de incidentes (parte de la unidad de muestreo que puede ser considerada como analizable separadamente) y su saturación comienzan a inferirse nuevos códigos y propiedades. El muestreo teórico no acaba hasta que dejan de surgir nuevos conceptos, es decir, hasta que se saturan los datos. La saturación teórica se alcanza cuando el investigador entiende que los nuevos datos comienzan a ser repetitivos y dejan de aportar información novedosa.
- El método comparativo constante: pretende generar teoría a partir del análisis comparativo y sistemático de los incidentes. La comparación constante es la búsqueda de semejanzas y diferencias a través del análisis de los incidentes contenidos en los datos. Comparando dónde están las similitudes y las diferencias de los hechos, el investigador puede generar conceptos y sus características, basadas en patrones de comportamiento que se repiten. Este método pretende hallar regularidades en torno a procesos sociales. El método comienza con una comparación incidente a incidente, construyendo tantas categorías como sean necesarias. Esto permite emerger tanto las categorías como sus propiedades asociadas. Se originan, en un primer momento, diferentes categorías a priori inconexas pero conforme se establecen no solo las categorías sino las propiedades que las forman, se interconectan todas ellas, formando lo que se denomina el núcleo de la teoría emergente (Trinidad Requena et al., 2006). A través del método comparativo constante, el investigador simultáneamente codifica y analiza datos para desarrollar conceptos. Mediante la comparación continua de incidentes específicos de los datos, el investigador refina esos conceptos, identifica sus propiedades, explora sus interrelaciones y los integra en una teoría coherente.

Todos los conceptos se agrupan en categorías descriptivas. Se reevalúan por sus interrelaciones y a través de una serie de pasos analíticos son gradualmente incluidos en categorías más altas o categorías centrales que sugieren una teoría emergente.

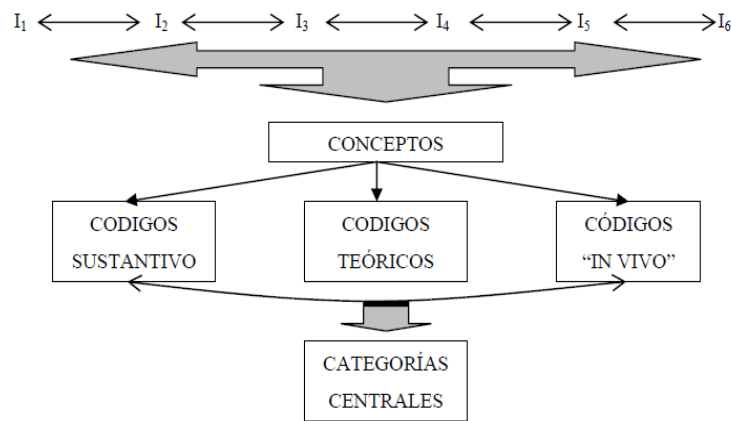


Figura 7. Proceso de generación de categorías centrales. Tomado de (Cuñat Giménez, 2007)

Los códigos conceptuales representan la relación entre los datos y las teorías. Inicialmente se obtienen fragmentando los datos (I en la figura 7), comparándolos y posteriormente agrupándolos en conceptos que, a partir de un proceso de abstracción darán lugar a los diferentes tipos de códigos. A partir de cada uno de los códigos conceptuales generados, de sus propiedades y por comparación entre ellos, se generan categorías centrales.

Los códigos in vivo proceden directamente del lenguaje empleado por los informantes. Los códigos sustantivos surgen directamente a partir de los datos empíricos originales del campo de estudio, mientras que los códigos teóricos se generan a partir de la clasificación, ordenación e integración de los memos en la teoría. Los memos son la escritura de ideas teóricas sobre los códigos y sus relaciones tal como le surgen al analista mientras codifica. Estas notas ayudan a configurar el mapa de la teoría emergente y son usadas para identificar conceptos y sus propiedades.

El nivel final en el proceso de desarrollo de la teoría es la construcción de categorías centrales. A través del proceso de codificación y abstracción de los datos pasamos a un orden más alto o categorías centrales que el investigador tiene que justificar como la base de la teoría emergente. Tiene un significado teórico y está respaldada por los datos (Cuñat Giménez, 2007).

## 5.- JUSTIFICACIÓN

La psicoterapia sola o en combinación con psicofármacos constituye el tratamiento de primera elección para una cantidad importante de estos trastornos y un elemento coadyuvante de primera magnitud en la práctica totalidad del resto (M. J. Lambert & Ogles, 2004). Es preferida a otras modalidades de intervención por tres cuartas partes de los pacientes (McHugh, Whitton, Peckham, Welge, & Otto, 2013).

La psicoterapia consta entre las competencias exigibles a los psiquiatras según la Sección de Psiquiatría Unión Europea de Médicos Especialistas (Union Européenne des Médecins Spécialistes, 2005) y es una de las competencias básicas de los psicólogos clínicos (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

En nuestro medio se exige formación en psicoterapia en los programas de las especialidades de Psiquiatría (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008) y Psicología Clínica (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Se hace necesario promover tanto dentro de los planes de formación especializada contemplados en el Programa MIR y PIR, como en los Planes de Formación Continuada para profesionales de la Salud Mental la formación en técnicas de psicoterapia (Union Européenne des Médecins Spécialistes, 2005).

Sin embargo, la formación en psicoterapia para los residentes es muy escasa por no decir inexistente en buena parte de las unidades docentes en nuestro país. Donde existe no está estructurada y no existe un sistema fiable de acreditación.

En la mayoría de los modelos psicoterapéuticos la supervisión se considera un componente imprescindible, para algunos autores piedra angular, de la formación y desarrollo profesional en psicoterapia (S Wheeler & Richards, 2007). A diferencia de la terapia, en la supervisión el objetivo no es tanto incidir directamente sobre el bienestar del paciente, sino influir positivamente sobre la capacidad del supervisando para llevar a cabo una terapia eficaz con el consultante. El efecto de la supervisión se valora según la capacidad que tenga para el cambio de alguna de las características del terapeuta (el nivel de pericia o alguna habilidad) lo que, a su vez, se espera que repercuta en el bienestar del paciente. Es decir que la evaluación de la supervisión no se hace directamente sobre los resultados de la terapia (B Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2014).

Existen distintos modelos de supervisión en función tanto de las posiciones teóricas de los autores como la técnica, foco y metodología de la supervisión (J. Bernard & Goodyear, 2004). Desde la óptica de las narrativas, el modelo de supervisión integradora basada en la construcción de narrativas terapéuticas señala que el énfasis ha de ponerse en *“cómo pensar”* más que en *“qué es lo que hay que pensar”* (Jc Norcross & Halgin, 1997). Desde esta perspectiva, los conflictos emocionales y

cognitivos que una actitud abierta y flexible puede generar emulan los conflictos de la vida real que los pacientes traen a la terapia. Podría promover con naturalidad y coherencia actitudes en el terapeuta que se han relacionado con buenos resultados terapéuticos como es la curiosidad, la flexibilidad cognitiva o la aceptación de la experiencia del otro. El objetivo de la supervisión, desde este punto de vista, es entrenar a los clínicos a *reconocer y adaptarse a las necesidades de sus pacientes desde una posición de comodidad y con una actitud de potenciar su empoderamiento* (B Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2014).

La situación de la supervisión en distintos lugares del mundo es dispar (Pr Weerasekera, 2013; S Wheeler & Richards, 2007). MacDonald y Ellis (MacDonald & Ellis, 2012) llevaron a cabo una revisión exhaustiva de la investigación centrada en la supervisión en psiquiatría entre los años 2009 y 2011, que amplían a otras profesiones relacionadas con la salud mental. Aunque consideran que es necesaria más investigación en este campo para delimitar el concepto, determinar sus componentes, valorar la efectividad, conocer la formación que debe tener el supervisor, etc, observan que en los últimos años se ha producido un aumento de los estudios que tienen la supervisión como terreno de investigación.

Desde el año 1997 se viene realizando de forma ininterrumpida, dentro de los títulos propios de la Universidad de Alcalá de Henares, el máster en Psicoterapia Integradora que ha jugado un papel importante en la sistematización de la formación de psicoterapeutas para el sector público (Fernandez Liria & Rodríguez Vega, 2005). En él han trabajado 19 supervisores (que lo son también de residentes en sus respectivos centros) y han pasado 426 alumnos. Son cursos que están pensados para terapeutas que ejercen en el sector público y los docentes son generalmente personas que desarrollan su práctica en este medio.

Lo que nos proponemos con este trabajo es profundizar en el conocimiento de la supervisión en psicoterapia desde una perspectiva integradora basada en la construcción de narrativas terapéuticas. Nos fundamentamos para ello en el discurso de personas que hablan de ella desde su experiencia como supervisores o como terapeutas en proceso de formación.



## **HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**





## HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Este estudio constituye un proceso inductivo, abierto a priori a cierta indeterminación metodológica (la propia del muestreo teórico, la saturación de los datos y la comparación constante) y va al encuentro del significado que generen los propios participantes. No hay hipótesis de partida que deban ser falsadas, sino que se espera conseguir que la hipótesis o teoría objeto de estudio emerja de los datos en base a la aplicación del método de la teoría fundamentada.

### OBJETIVO GENERAL:

Inferir la teoría subyacente a la práctica de la supervisión en supervisores y psicoterapeutas integradores que trabajan en un sistema público de atención a la salud mental.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Analizar el discurso sobre la práctica y la experiencia de la supervisión en supervisores y terapeutas y señalar aspectos comunes y diferencias en el discurso de ambos en torno a:
  1. Aspectos generales de la supervisión
  2. Expectativas
  3. Roles
  4. Proceso de la supervisión
  5. Efectividad de la supervisión
2. Inferir la teoría que subyace a la práctica y la experiencia de la supervisión de psicoterapia integradora desde la óptica de las narrativas en este grupo de supervisores y terapeutas.



## **MATERIAL Y MÉTODO**



## 1.- MATERIAL Y MÉTODO DE ESTUDIO

### SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

El grupo de investigación se plantea la posibilidad de contar con la práctica totalidad de los supervisores del Máster de Psicoterapia Integradora del curso 2013-2014, así como con los alumnos o hacer un muestreo. Se toma la decisión de no hacer un muestreo sino convocar, en diferentes momentos, a toda la población de estudio de ese curso. Se pensaba que posiblemente el discurso se saturaría antes de analizar todos los grupos de cada clase (supervisores; terapeutas alumnos de 1er curso; terapeutas alumnos de 2º curso), pero se decide contar con todos los posibles dada la dificultad para cambiar actividades de día si hubiera sido necesario hacer más.

Se convoca a todos los psicoterapeutas que actúan como supervisores en el Máster en Psicoterapia Integradora, título propio de la Universidad de Alcalá de Henares, a una jornada sobre supervisión el 12 de diciembre de 2013 (ver programa de la jornada en anexo 2). Se forman 4 grupos focales, de una hora y media de duración, con un guión establecido previamente por el equipo investigador. El guión pretende únicamente que no se dejen aspectos que se consideran importantes sin cubrir, pero se fomenta la participación y la elaboración de discurso en grupo, no la contestación de un cuestionario. No se sigue necesariamente el orden del guión ni se presupone relación jerárquica entre las preguntas. Se pide exhaustividad, no consenso, con el objetivo de saturar el discurso.

#### GUIÓN GRUPOS SUPERVISORES

##### 1. Previas

Buenos días, soy..... y voy a actuar como moderadora de este grupo. En el máster de psicoterapia Integradora damos mucha importancia a la práctica de la supervisión y estamos pensando en la mejor manera de organizarla. Para ello, nos interesa mucho recoger vuestras opiniones y expectativas sobre la supervisión. Pensamos que, además, grabar esta sesión podría sernos útil para investigar sobre la supervisión.

No buscamos un consenso, sino recoger la diversidad de opiniones y puntos de vista sobre cada una de las preguntas. Esto es una conversación pero vamos a proponer unas preguntas que guiarán la conversación para cubrir todos los temas importantes.

Sólo un par de reglas de funcionamiento:

- cada uno habla desde su experiencia
- no buscamos consenso sino ser exhaustivos. Si tienes otra opinión, por favor dila

Muchas gracias por dejarnos grabar

1. Qué es para cada uno de vosotros la supervisión?
  - a. Cuáles son las funciones y roles del supervisor
2. ¿Qué creéis que esperan de cada uno de vosotros las personas que supervisan con vosotros? ¿qué expectativas que a veces han surgido consideráis que no puede cubrir la supervisión?
3. Sobre qué aspectos os centráis más frecuentemente cuando actuáis como supervisores?
  - a. Alianza, técnicas, psicopatología...
4. ¿Cuál es para cada uno de vosotros el o los métodos o técnicas de supervisión que preferís o usáis más frecuentemente, si lo tenéis? ¿hay otros métodos que utilicéis en alguna ocasión aunque sea menos frecuentemente? ¿Podrías decir por qué?
5. ¿Encontráis que supervisáis de modo diferente en contexto individual y grupal?
6. ¿Qué os parece que hace que una supervisión sea efectiva?
7. ¿Cuales son para cada uno de vosotros las cualidades de un supervisor efectivo?
8. ¿Cómo sabes si la supervisión es efectiva?

Se convoca a todos los alumnos del Máster en Psicoterapia Integradora, título propio de la Universidad de Alcalá del curso 2013-2014, el sábado 22 de febrero de 2014. Se

sustituye una de las actividades programadas en el máster por los grupos focales. Se informó previamente a los alumnos y la actividad inicialmente programada fue recuperada otro día, con el acuerdo de todos los participantes. Los grupos focales se forman con alumnos de primer curso, por una parte, y alumnos de segundo por otra. El guión, previamente establecido por el equipo de investigación, es común para todos los grupos de psicoterapeutas. Como hemos dicho, pretende conseguir que no se dejen aspectos sin cubrir, pero no es un formulario. Se potencia la participación y elaboración de discurso grupal. No se sigue necesariamente el orden del guión ni se presupone relación jerárquica entre las preguntas. Se pide exhaustividad, no consenso, con el objetivo de saturar el discurso.

#### **GUIÓN GRUPOS SUPERVISIÓN CON PSICOTERAPEUTAS**

##### **1. Previas**

Buenos días, soy..... y voy a actuar como moderadora de este grupo. En el máster de psicoterapia Integradora damos mucha importancia a la práctica de la supervisión y estamos pensando en la mejor manera de organizarla. Para ello, nos interesa mucho recoger vuestras opiniones y expectativas sobre la supervisión. Pensamos que, además, grabar esta sesión podría sernos útil para investigar sobre la supervisión.

No buscamos un consenso, sino recoger la diversidad de opiniones y puntos de vista sobre cada una de las preguntas. Esto es una conversación pero vamos a proponer unas preguntas que guiarán la conversación para cubrir todos los temas importantes.

Sólo un par de reglas de funcionamiento:

- cada uno habla desde su experiencia
- no buscamos consenso sino ser exhaustivos. Si tienes otra opinión, por favor dila

Muchas gracias por dejarnos grabar

1. Qué es para cada uno de vosotros la supervisión?
  - a. Cuáles son las funciones y roles de la supervisión
2. ¿Qué esperas del supervisor? y ¿qué expectativas que a veces te han surgido no han sido cubiertas por la supervisión?
3. ¿Qué crees que el supervisor espera de ti?
4. ¿Qué aspectos supervisas con más frecuencia cuando propones un caso para supervisar?
  - a. Alianza, técnicas, psicopatología, aspectos transferenciales...
5. ¿Cuál es tu método y técnica de supervisión frecuente y preferida, si lo tienes? ¿hay otros métodos que utilices en alguna ocasión aunque sea menos frecuentemente? ¿Podrías decir por qué?
6. ¿Encuentras que eres supervisada de modo diferente en contexto individual y grupal?
7. ¿Qué os parece que hace que una supervisión sea efectiva?
8. ¿Cuáles son para ti las cualidades de un supervisor efectivo?
9. ¿Cómo sabes si la supervisión es efectiva?

Se conforman 2 grupos de alumnos del máster de Psicoterapia Integradora de 2º curso y 4 de 1º.

En todos los casos, supervisores y terapeutas, se recogen datos sociodemográficos (edad, género), datos sobre la orientación psicoterapéutica, años de experiencia profesional y permiso para grabar los grupos (anexo 3).

## **2.- ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Los grupos se registran en vídeo, se transcriben y se utiliza para el análisis cualitativo de los datos el programa de análisis de datos cualitativos Atlas-Ti (versión 7).

Se ha decidido la utilización de este paquete informático porque permite trabajar con gran cantidad de documentos primarios en distintos formatos (audio, vídeo, texto) y facilita el análisis cualitativo de grandes cuerpos de datos textuales.

Este programa no automatiza el proceso de análisis cualitativo, pero agiliza la fragmentación, etiquetado de los textos y posterior localización de las citas, así como la creación de códigos y categorías (agrupación de varios códigos en función de las relaciones que se establezcan entre ellos). La mínima unidad de texto que codifica es de un carácter y la codificación es no jerárquica e in vivo.

La codificación abierta consiste en leer el texto y sacar a la luz las ideas y significados subyacentes que contienen estos textos. Se trata de un proceso minucioso, en el que se analiza palabra por palabra el texto. Se fragmenta el texto, se asignan códigos, se examinan códigos con el mismo o un significado próximo y se establece un concepto, al principio con carácter provisional. Al avanzar el análisis se van modificando los conceptos del plano teórico, según se amplían los significados que se encuentran al incluir nuevos datos que proceden del nivel textual. Los códigos se agrupan en categorías que se configuran como agrupaciones de códigos con relación entre ellos (forman parte de, son condición necesaria para, excluyen a...) De esta manera, con la repetición del proceso, se va infiriendo la teoría subyacente.

Las nomenclaturas de los sistemas de categorías (códigos, categorías, subcategorías, etc.) varían según los autores y los trabajos. En este estudio diferenciamos entre código y categoría. Denominamos códigos a las temáticas unitarias cuyo significado se desprende de fragmentos de texto. Llamamos categorías a los temas principales; las categorías están compuestas por varios códigos y su relación entre ellos. Entre los códigos y las categorías están las subcategorías, que enlazan unas con otras, ayudando a articular los resultados. Esta misma nomenclatura ha sido empleada por el equipo investigador en otros trabajos (Orgaz Barnier, 2010), (Beatriz Rodríguez Vega et al., 2012).

Nivel conceptual			Nivel textual
Categoría	Subcategoría	Código	Fragmento de texto
			Fragmento de texto
			Fragmento de texto
		Código	Fragmento de texto
			Fragmento de texto
		Código	Fragmento de texto
			Fragmento de texto
	Subcategoría	Código	Fragmento de texto
		Código	Fragmento de texto

Tabla 5. Nomenclatura de los sistemas de categorías

#### **CODIFICACIÓN. MÉTODO COMPARATIVO CONSTANTE**

La codificación se realiza entre dos investigadores, realizando memorándums donde recogen las decisiones de codificación con el objetivo de aumentar la fiabilidad de la

misma (J. M. Morse, 2015). Realizada una primera codificación por dos investigadores (Dr. Alberto Fernández Liria y Lic. Ana Moreno), se revisa una y otra vez por el equipo investigador (Dres. Carmen Bayón, Alberto Fernández Liria, Beatriz Rodríguez Vega y Lic. Ana Moreno) para asegurar la fidelidad de la codificación a los fragmentos de texto, en un proceso iterativo constante. Posteriormente se discuten las codificaciones y relaciones entre ellas para pasar de un análisis textual a un nivel mayor de ordenación: categorías y subcategorías. Nuevamente, este es un proceso repetido y provisional hasta que el grupo investigador considera establecida y bien fundamentada una categoría. Posteriormente se alcanza un nivel mayor de abstracción, estudiando las relaciones entre categorías, para inferir la teoría fundamentada. Este proceso se realiza mediante encuentros semanales de dos horas de duración y el uso del correo electrónico para seguir trabajando los conceptos elaborados en cada encuentro.

#### **TRIANGULACIÓN.**

Denzin (citado en (Betrián Villas, Galitó Gispert, García Merino, Jové Monclús, & Maraculla García, 2013) define la triangulación en investigación como *“la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos o métodos de investigación en el estudio de un fenómeno singular”* y su objetivo es limitar los posibles sesgos que la visión de un único investigador o un único método de trabajo pudiera conllevar. En este trabajo hemos utilizado varios métodos de triangulación (o triangulación múltiple en palabras de Denzin):

1. *Triangulación de fuentes de datos* que consiste en la consideración del punto de vista de los distintos grupos que conforman la realidad objeto de estudio. En nuestro estudio, hemos considerado el punto de vista de los investigadores, de los supervisores y de los terapeutas en formación.
2. *Triangulación de investigador* que supone la participación de varios investigadores en el proceso y cuyo objetivo es compensar el sesgo potencial derivado del análisis de los datos desde una única perspectiva. Como señalamos en el proceso de codificación y método comparativo constante, han participado cuatro investigadores en el análisis de los datos.
3. *Triangulación teórica* aplicando en la investigación las distintas teorías existentes sobre un tema con el objeto de encontrar los aspectos complementarios aplicables al tema de investigación que aportan las distintas perspectivas. En nuestro estudio hemos comparado los resultados obtenidos con la bibliografía disponible sobre supervisión en psicoterapia, estableciendo similitudes y diferencias.
4. Finalmente, la *triangulación metodológica* consiste en la combinación de varios métodos de recogida y análisis de datos para acercarse a la realidad investigada. Esta no ha sido utilizada por el equipo investigador.



### 3.- DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Se realizaron un total de 10 grupos focales:

- Cuatro grupos de alumnos del Máster de Psicoterapia Integradora de Primer curso
- Dos grupos de alumnos del Máster de Psicoterapia Integradora de Segundo curso
- Cuatro grupos de supervisores del Máster de Psicoterapia Integradora

Sus datos sociodemográficos, experiencia profesional y orientación teórica pueden verse en la siguiente tabla:

	n	edad	Género	Profesión	Años de práctica profesional	Años de práctica de supervisión	Orientación
<b>SUPERVISORES</b>	16	Media 50.31 (41-58) $\sigma$ :5.839 Mediana 51	M: 11 H: 5	Psiquiatra:15 Psicóloga: 1	Media: 22.5 (12-349) $\sigma$ : 6.38 mediana: 22	Media: 15 (10-30) $\sigma$ : 6.38 mediana:15	Dinámica:1 Sistémica:3 Integradora:13 Cog cond:0 Narrativa:5 Otras:3
<b>TERAPEUTAS PRIMER CURSO</b>	21	Media: 28 (25-39) $\sigma$ : 2.96 mediana: 27	M: 17 H:4	MIR psq: 16 PIR:2 Psc:2 Psc clínico:1	Media: 2.20 (0-5) $\sigma$ : 1.165 mediana: 2		Dinámica:1 Integradora:4 Narrativa:1 Sin determinar:14
<b>TERAPEUTAS SEGUNDO CURSO</b>	8	Media: 27.2 (24-34) $\sigma$ : 3.93 Mediana:27	M: 7 H: 1	MIR psq: 6 PIR:2 Psc:1	Media: 3 (2-5) $\sigma$ : 1.1 Mediana: 2.5		Integradora:6 Narrativa: 1 Otras: 1 Sin determinar:3

Tabla 6. Características de la población de estudio

La suma de orientaciones teóricas declaradas y el número de personas no coincide. Esto se produce porque puede elegirse más de una orientación. Las orientaciones simultáneas más repetidas han sido integradora y narrativa.



## RESULTADOS



De análisis del discurso elaborado en los grupos se obtienen un total de 142 códigos. Mediante un proceso de comparación constante (descrito más arriba), relación entre códigos para llegar a conceptos, reelaboración de conceptos para llegar a categorías y subcategorías, finalmente, agrupamos los datos en 5 categorías y 17 subcategorías:

1. Aspectos generales de la supervisión
  - a. Definición
  - b. Funciones
  - c. Justificación
  - d. Límites
2. Roles del supervisor
3. Expectativas
  - a. Sobre el supervisor y la relación supervisor-terapeuta
  - b. Sobre el contenido de la supervisión
  - c. Sobre el estilo del supervisor
  - d. Sobre la adaptación del supervisor
  - e. Lo que se espera del terapeuta
  - f. Lo que no se puede esperar de la supervisión
4. Proceso de la supervisión
  - a. Tipo de supervisión
  - b. Estructura y dinámica
  - c. Técnicas de la supervisión
5. Supervisión efectiva
  - a. Resultado en supervisión
  - b. Supervisión efectiva
  - c. Requisitos de la supervisión efectiva
  - d. Cómo saber si la supervisión ha sido efectiva

El listado completo de códigos puede verse en el anexo 4. El total de los fragmentos de discurso puede verse en el anexo de citas, organizado siguiendo las categorías y subcategorías que aparecen más arriba. No se añaden códigos nuevos a partir del tercer grupo de terapeutas ni del tercero de supervisores por lo que se entiende saturado el discurso.



## 1.- ANÁLISIS DEL DISCURSO

### 1.1.- ASPECTOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN

#### 1.1.1.-CONCEPTO DE SUPERVISIÓN

##### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

Creación de un espacio compartido, un proceso que se produce en un contexto de aprendizaje entre una persona que ejerce el rol de supervisor y una o un grupo de personas que ejercen el rol de terapeutas y que proporciona una experiencia:

##### **P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:1 (13:13)**

Para mí la supervisión es el llevar un caso con el que tenga dificultades, o con el que esté bloqueada en algún momento, que no sé por dónde tirar y tener a una persona un poco experta que me ayude a reflexionar, a pensar, a abrir más campo.

Esta experiencia permite al terapeuta que pide ayuda con las dificultades:

- Ver la práctica clínica desde fuera, lo que facilita darse cuenta de elementos relacionados con el paciente, el terapeuta, la relación entre ambos y el contexto en el que se produce esa práctica.

##### **P 9: Grupo Terapeutas 1º-1 - 9:2 (9:9)**

Es un espacio en el que tú presentas un caso en el que tienes unas ciertas dificultades y en el que crees que los compañeros te pueden ayudar, en cosas que no has visto, en cosas que te has quedado atascado. Y sobre todo a nivel de transferencia y tal... de lo que despierta, de regulación emocional y lo que despierta en ti este caso y por qué te resulta tan difícil.

##### **P12: Grupo Terapeutas 2º-2 - 12:5 (19:19)**

... para mí tiene el matiz, un poco diferenciando con una sesión clínica, que incluye más aspectos propios de ti como terapeuta también. Un poco el desempeño, qué cosas pueden estar fallando y todas ellas no tienen por qué ser clínicas, de "uso esta terapia o no", sino en el proceso buscar cosas que te pueden ir mejor, pero teniéndote en cuenta a ti también, no sólo al paciente.

- El empoderamiento del terapeuta a través del refuerzo de fortalezas y apoyo en las dificultades, facilitándole una base segura en la que poder contener la angustia y regularse emocionalmente.

##### **P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:7 (24:24)**

Sí, un medio donde trabajar eso, no sólo cómo estás con el paciente, sino cómo estás contigo mismo y tu propia evolución. Y también no sólo atascos o sólo dificultades en ese momento, sino también se pueden señalar cosas positivas que estás haciendo y tú mismo no te habías dado cuenta ni de que lo estabas haciendo.

##### **P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:55 (374:374)**

Y que alguien te pregunte: "¿cómo te sientes tú respecto a esto?". Todo el rato pensando cómo se sienten los demás, pero y tú.

Fortalecido el terapeuta, empoderado, la supervisión facilita construir una visión nueva en la que el terapeuta se siente capaz de aplicar técnicas aprendidas, cambiar el modo de actuar o tolerar mejor la incertidumbre.

##### **P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:93 (357:357)**

... salir animado, salir con ganas de "voy a probar esto, voy a hacer tal, ahora lo veo desde otro punto de vista y eso me puede servir", te da como más fuerza para seguir después.

##### **P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:12 (36:36)**

Yo también añadiría, un poco de la mano de lo de tranquilizarse, que aporta seguridad. Porque sí que cuando estaba revisando el caso, la sensación de que estaba fallando por muchos lados, y luego al exponerlo y después de la sesión de supervisión es como decir "bueno, pues sí que es verdad que había cosas que se pueden mejorar, o que puedo hacer de otra manera, pero en otras cosas sí que estaba más o menos bien encaminada".

La supervisión tiene también un componente evaluador sobre la evolución del terapeuta (en el caso de terapeutas en formación) y sobre su práctica clínica.

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:40 (230:230)**

... en general que la supervisión es exponerse. Expones un caso clínico pero te expones a ti mismo también, y eso hay que tenerlo en cuenta.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:6 (18:18)**

Esa parte que a lo mejor en un contexto más de la rotación, o con adjuntos que te están supervisando directamente y como que te están evaluando en lo que estás haciendo, aquí yo creo que tenemos más confianza en cómo pasar a ese lado, y me parece buena cosa.

Los terapeutas se plantean también la necesidad de supervisar todos los casos durante el periodo formativo:

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:3 (13:13)**

Yo creo que no tiene por qué haber dificultad, simplemente el hecho de tener otra visión diferente a la del terapeuta ¿no? Muchas veces desde fuera ves cosas que en el proceso de la terapia, el terapeuta no puede apreciar. Es más desde ese camino, no sé...

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:5 (17:17)**

Yo creo que la necesidad de supervisión debería de ser para todos los pacientes, tengas dificultad o no la tengas, porque a lo mejor uno no está planteando una dificultad porque piensa que lo está haciendo muy bien y un observador externo o alguien a quien cuentas el trabajo que estás haciendo con el paciente puede detectar cosas que tú ni siquiera habías detectado ya sea porque todo va bien, pues incluso por algo personal tuyo, o porque ese paciente contigo no se comporta igual que con otro profesional que también lo atiende. Pienso que lo ideal, que a veces evidentemente no es posible es que todos los pacientes que estén haciendo psicoterapia tuviesen una supervisión.

Los terapeutas señalan lo que de exposición personal tiene la supervisión.

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:47 (301:301)**

Que te hagan dudar sin hacerte sentir un imbécil

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:40**

... en general que la supervisión es exponerse. Expones un caso clínico pero te expones a ti mismo también, y eso hay que tenerlo en cuenta.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:63**

Pero claro, eso... Cuanto más te expones, también... Cuanto más muestras pues más se te puede luego devolver.

#### LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

Creación de un espacio compartido, un proceso que se produce en un contexto de aprendizaje entre una persona que ejerce el rol de supervisor y una o un grupo de personas que ejercen el rol de terapeutas y que proporciona una experiencia:

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:7 (60:60)**

Yo creo que la supervisión lo que intenta proporcionar es una experiencia, es una experiencia que lo que tiene que hacer es permitir aprender. En ese sentido, yo creo que está, bueno, pues, lo de enseñar y lo que decías tú, es enseñar pero no es que tú les cuentes, es que tú des ocasión de que



la gente pueda aprender a partir, efectivamente, de poder mirar desde fuera la práctica que tienes con el paciente. Entonces, pues, se refiere, efectivamente, al paciente, al terapeuta, a la relación entre el paciente y el terapeuta y yo creo que a la relación entre el supervisor y el terapeuta. Entonces, yo creo que tiene ese aspecto que tiene que ver con el aprendizaje más que con la enseñanza, pero sí con el aprendizaje

Esta experiencia permite al terapeuta que pide ayuda con las dificultades:

- Ver la práctica clínica desde fuera, lo que facilita darse cuenta de elementos relacionados con el paciente, el terapeuta, la relación entre ambos y el contexto en el que se produce esa práctica.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:1 (30:30)**

... grupo de discusión o de ganar perspectiva sobre un caso. O a ayudar al otro a que reflexione sobre el caso, y que intente encontrar sus salidas

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:4 (34:34)**

Tu estás clavado en una manera de entender el caso y alguien te ofrece una mirada nueva. Para mí eso es supervisar, es la mirada externa que te ayuda a reorientar las cosas

- El empoderamiento del terapeuta a través del refuerzo de fortalezas y apoyo en las dificultades, facilitándole una base segura en la que poder contener la angustia y regularse emocionalmente.

**P 1: Grupo Supervisores 1 - 1:24 (88:88)**

Yo creo que la seguridad. El ir aportando seguridad al supervisado, en el sentido de apoyar mucho aquellos aspectos que tú veas que son fortalezas de esta persona y que vaya ganando en seguridad, creo que es uno de los aspectos...

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:26 (44:44)**

... espacio de visión alternativa, o de base segura o de cuidar. Tú hablabas más de la visión alternativa, igual yo también.

**P 2: Grupo Supervisores 2 - 2:10 (50:50)**

Yo creo que es la creación de un espacio donde la cantidad de verbos que pueden aparecer ahí son espectaculares: desde dar seguridad, un espacio de confianza, de orden, de regulación...

Construir una visión nueva en la que el terapeuta empoderado se siente capaz de aplicar técnicas aprendidas, cambiar el modo de actuar o tolerar mejor la incertidumbre.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:5 (50:50)**

Me sugiere más como mirar desde fuera y más la idea de apoyar, ¿no?, como de ayudar a descubrir. Y apoyar en el sentido ese, de que alguien pueda exponer las ideas que tiene acerca de un paciente, un caso, de una situación, y tener un grupo, o una persona en la que apoyarse para seguir encontrando ideas diferentes acerca del trabajo.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:39 (192:192)**

creo que la técnica también les ayuda a ellos a ir formándose como terapeutas y también a disminuir un poco el nivel de incertidumbre. Al final la supervisión disminuye mucho, actúa disminuyendo eso, empoderando al terapeuta.

La supervisión tiene también un componente evaluador sobre la evolución del terapeuta (en el caso de terapeutas en formación) y sobre su práctica clínica.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:11 (83:85)**

... una de las cosas para las que sirve la supervisión es para evaluar al terapeuta.

3: Sí, vamos, no es el compo..., es un componente menor, o sea, que para mí la idea fundamental

es que es una experiencia que te permite mirar de otro modo tu trabajo y tanto desde fuera.

#### CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Terapeutas y supervisores coinciden en definir la supervisión como un espacio compartido que permite ver la práctica desde fuera, reforzar fortalezas y contener la angustia. Desde ahí, el terapeuta puede cambiar el modo de actuar y tolerar mejor la incertidumbre. Coinciden también en que la supervisión permite la evaluación del terapeuta.

#### DIFERENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Tanto en los grupos de supervisores como en los de terapeutas aparece la supervisión de casos en los que se tienen dificultades. Sin embargo, en los grupos de terapeutas surge también la necesidad de supervisar todos los casos durante el periodo formativo.

Tanto en los grupos de supervisores como en los de terapeutas se señala que, a diferencia de otras actividades de formación como la sesión clínica, la supervisión incluye como foco a la persona del terapeuta (en este sentido, se trata de una actividad experiencial): en su desempeño profesional, en la potenciación de fortalezas que le faciliten el trabajo con el sufrimiento, en el reconocimiento de puntos débiles que puedan dificultárselo o dañarle, en cómo le afecta personalmente el trabajo con personas que sufren. En este sentido, se considera imprescindible la creación de un ambiente o base segura desde la que poder trabajar estos aspectos. Este aspecto de base segura es recogido en los grupos de supervisores y terapeutas, pero se hace mayor hincapié en los grupos de supervisores. En los grupos de terapeutas se señala más la exposición como un factor a tener en cuenta (y que tendrá matices distintos en la supervisión grupal y en la individual).

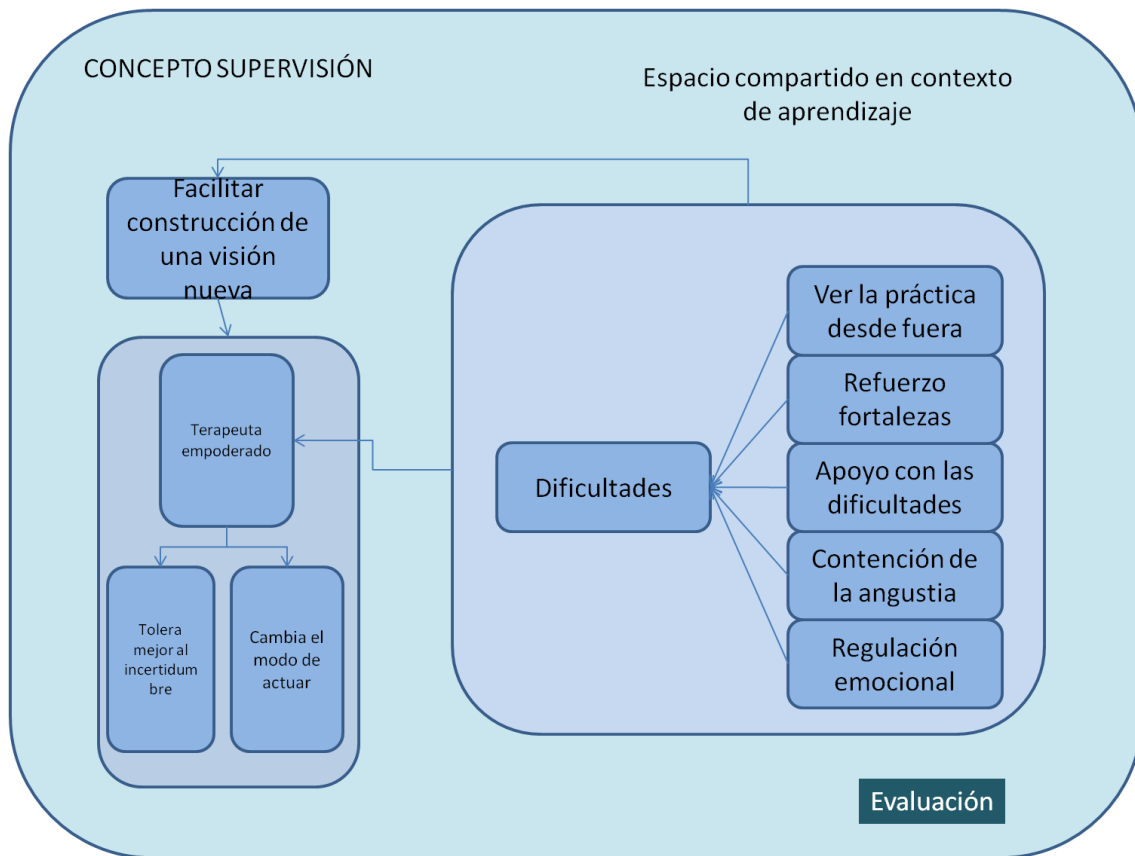


Figura 8. Concepto de supervisión

### 1.1.2 FUNCIONES DE LA SUPERVISIÓN

#### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

##### FACILITAR UNA MIRADA EXTERNA

Ver desde otro lugar/ver desde lejos. Mirada externa desde otro lugar sobre la historia del paciente y lo que despierta en el terapeuta que ayuda a reflexionar. Otros, desde fuera, pueden ver aspectos que uno mismo no ve y pueden ofrecer una comprensión distinta a la del terapeuta.

#### **P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:4 (13:13)**

... una posibilidad de reorientar el caso. Al ponerlo en el exterior, volverlo a plantear, pues te hace verlo desde otro punto de vista, más contando con los puntos de vista del resto de los compañeros que te pueden hacer ver cosas que tú no has visto por muchos motivos.

#### **P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:3 (17:17)**

... te aporta puntos de vista que tú no te estás planteando. Te aporta una visión más de conjunto, te aporta puntos de vista que tú no te estás planteando, porque a mí me da la impresión de que te metes en algo de tu propia trayectoria, y a veces cosas que tú descartas desde el principio no las retomas y ellos te hacen referencia a cosas laterales que te ayudan mucho. A veces no laterales, sino plantearte las cosas diferentes cuando estás perdido.

La mirada externa también facilita a la terapeuta una perspectiva de la escena terapéutica que, por participar de ella, puede no tener a menos que se aleje de la misma. Al alejarse, la escena se amplía incluyendo, entre otros, al terapeuta.

#### **P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:11 (27:27)**

... es como abrir la ventana, o sea, a lo mejor estás viendo por un esto así, y de pronto pues, ves más. No es tanto como decirte lo que tienes que hacer, sino un poco como abrir más la ventana.

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:6 (40:40)**

Pero y qué hay de mí en todo esto, y en la relación, porque hay una relación entre los dos. Entonces, en ese momento en el que en la relación hay más ojos, yo creo que quizás sí sirve mucho de ayuda para poner los ojos no sólo en el paciente sino en mí.

El supervisor puede ofrecer una mirada distinta porque su implicación emocional es distinta a la del terapeuta. Y es una mirada experta.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:12 (64:64)**

Te hace ver otro punto de vista. Es otra persona, con otras experiencias, otra historia... A lo mejor, no está implicada en la terapia, entonces se queda fuera. No tiene esa implicación emocional que el terapeuta tiene.

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2 - 12:4 (19:19)**

un proceso en el que tú como terapeuta solicitas ayuda con alguien que es más experto

En los grupos de terapeutas aparece con frecuencia la importancia de la mirada del compañero en las supervisiones grupales: la universalidad en las dificultades surge como elemento que contribuye a contener la angustia y a validar al terapeuta:

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:23 (53:53)**

Muchas veces en las aportaciones de compañeros que tienen las mismas inseguridades que yo, que tienen el mismo nivel, muchas veces también saco mucho. Y entonces, dentro de todas las supervisiones que hemos visto aquí, me han gustado mucho más las de los supervisores que hacen que el resto de compañeros participe. Más que una conversación tenida entre el supervisor y el que supervisa [...] me gusta que genere que todo el mundo participe.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:69**

Los iguales, porque desde tu posición de igual se ven antes dificultades o casos similares y lo pueden compartir. El supervisor no porque sí que está en una posición complementaria, más experto en, no sé, sabe más.

x: Yo creo que también al ser un grupo, lo que tú dices, con compañeros, como que decías tú también, cuando los compañeros asentían y como que te das cuenta pues de que tus inseguridades también las tienen otros compañeros y bueno, no es tanto como de que te den la palmadita en la espalda, sino bueno, pues también de sentirte como más seguro. No es las debilidades como algo malo sino bueno, pues como algo que puede pasar y de lo que puedes sacar...

#### COMPONENTE DOCENTE

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:2 (12:12)**

Yo lo veo como una oportunidad de aprender, de tener nuevas perspectivas, incluso un poco de ayudarte a manejar pacientes, aportar...desapartarte un poco de casos que puedes estar haciendo mal... por lo que me ha servido a mí.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:1 (8:8)**

Yo veo la supervisión como una forma de orientación y a la vez de formación, ahora que soy residente. Entonces la veo como orientación en casos en los que no sabes mucho cómo actuar y también que sirve para los siguientes casos.

#### CONOCIMIENTO TÉCNICO

El componente docente varía en relación con la experiencia del terapeuta, desde aspectos más teóricos y una actitud más directiva por parte del supervisor a otros más relacionados con la persona del terapeuta o con la relación terapéutica.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:13 (35:35)**

Tiene una visión formativa también. Tú aprendes cuando estás exponiendo el caso y cuando lo

exponen tus compañeros también te sirve para eso, ¿no? Para entrenarte más y aprender de otros casos que no has podido o no has tenido tiempo tú todavía de encontrártelos.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:5 (18:18)**

a parte un poco de centrar la supervisión en qué vas a hacer con ese paciente, cómo puedes ayudarle de una mejor forma de cara a tu papel como terapeuta, revisas un poco lo que decías, ¿no? Lo que has estado haciendo hasta ese momento y cómo te planteas, cómo quieres seguir a partir de entonces, cómo te has colocado delante del paciente, la relación que has establecido con él, un poco cómo te ha afectado también esa relación a nivel personal. Y eso yo creo que ha sido a mí lo que más me ha ayudado en las supervisiones que hemos hecho.

**AUTOCONOCIMIENTO: NOMBRAR, ORDENAR, REFLEXIONAR. SEÑALAR FORTALEZAS**

Importancia en la supervisión de señalar fortalezas del terapeuta para incrementar su seguridad en el desempeño de este rol.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:7 (24:24)**

Sí, un medio donde trabajar eso, no sólo cómo estás con el paciente, sino cómo estás contigo mismo y tu propia evolución. Y también no sólo atascos o sólo dificultades en ese momento, sino también se pueden señalar cosas positivas que estás haciendo y tú mismo no te habías dado cuenta ni de que lo estabas haciendo.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:12 (36:36)**

Yo también añadiría, un poco de la mano de lo de tranquilizarse, que aporta seguridad. Porque sí que cuando estaba revisando el caso, la sensación de que estaba fallando por muchos lados, y luego al exponerlo y después de la sesión de supervisión es como decir "bueno, pues sí que es verdad que había cosas que se pueden mejorar, o que puedo hacer de otra manera, pero en otras cosas sí que estaba más o menos bien encaminada".

Organizar datos recoge ideas como organizar la información relacionada con el caso (en relación a la formulación) y con el proceso terapéutico. Ayuda a nombrar.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:5 (15:15)**

Yo lo que sí que me di cuenta es que al supervisar mi caso, el hecho de re-elaborar otra vez la historia y presentarlo a supervisión, hace que al volver a contar esa historia la veas desde otro punto de vista y al contarla en supervisión también te aporta muchos más datos o cosas que no veías.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:71 (250:250)**

El orden que tú le has podido dar mientras preparas el caso, como dándole muchas vueltas, estaba ahí desordenado, o estaba ahí revuelto, confuso y la supervisión lo que te dio quizá fue un poco por ahí, además de todo lo que hemos hablado, pero ese trabajo que normalmente hacemos de preparación también lo conseguiste ahí.

Reflexión incluye dos miradas: una hacia atrás, reflexionar sobre el caso y lo ya hecho y otra hacia el futuro, para organizarse o para encontrar otras vías.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:18 (48:48)**

Estructurar. Yo lo veo también como la entrevista y que no pase a lo mejor veinte minutos o una hora y no hayas avanzado nada en ninguna dirección. O sea, tener la reflexión previa antes de enfrentarte al paciente y decir "esto es lo que quiero trabajar", pues para ir consiguiendo unos objetivos e ir avanzando. En ese sentido.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:3 (14:14)**

... también un espacio, pienso yo, para reflexionar, para darte la oportunidad de pararte y pensar. Muchas veces en el día a día no puedes dedicarle tanto tiempo.

**COMPONENTE DE ATENCIÓN Y CUIDADO PARA EL TERAPEUTA**

En los grupos de terapeutas, contener la angustia aparece como una necesidad relacionada con el cuidado del cuidador. Se demanda un espacio de reconocimiento

personal donde el terapeuta es atendido en tanto persona, no sólo como instrumento para el cambio del paciente. Demanda ser visto, ser escuchado, ser contenido. La propia angustia: dificultad que puede llevar al bloqueo y al contagio emocional.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:2 (9:9)**

Es un espacio en el que tú presentas un caso en el que tienes unas ciertas dificultades y en el que crees que los compañeros te pueden ayudar, en cosas que no has visto, en cosas que te has quedado atascado. Y sobre todo a nivel de transferencia y tal... de lo que despierta, de regulación emocional y lo que despierta en ti este caso y por qué te resulta tan difícil.

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:54 (358:358)**

¡Qué bien que alguien que me comprende me va a permitir parar y hablar no sólo del paciente sino de mí! Es que en nuestro trabajo estamos tan a menudo pensando en el paciente, intentando mirar al otro, lo consigamos o no, que tener esos espacios en los que yo me paro y también se está un poco pendiente de mí, independientemente de esas cosas que decimos que probablemente en algunas se puedan dar, que a lo mejor si sales más tocado, o que a lo mejor no sientes que te han comprendido tanto. Pero, en general, yo sí lo entiendo como que es un espacio en el que es probable que se favorezca eso, el cuidarme a mí también.

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:56 (378:378)**

Siempre es el paciente, el paciente, todo el día escuchando y hablando y yo hay veces que estoy saturadísima. Que me gusta también que alguien me hable a mí y yo poder hacer un silencio y escuchar.

**ABRIR LA POSIBILIDAD DE CAMBIAR EL MODO DE ACTUAR**

Cambiar el modo de actuar es uno de los componentes de la supervisión que se señalan en los grupos de terapeutas. Este código aparece asociado a otros. Probablemente sería un código de *resultado* que requeriría para su aparición la combinación de otros códigos de *proceso* –haber podido desarrollar una visión nueva o ampliada del caso, sentirse apoyado, conocer mejor fortalezas y debilidades, contener la angustia, ampliar el conocimiento de técnicas... -.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:93 (357:357)**

Yo creo que salir con buena sensación es más salir con una visión más optimista, o salir animado, salir con ganas de “voy a probar esto, voy a hacer tal, ahora lo veo desde otro punto de vista y eso me puede servir”, te da como más fuerza para seguir después.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:1 (8:8)**

Yo veo la supervisión como una forma de orientación y a la vez de formación, ahora que soy residente. Entonces la veo como orientación en casos en los que no sabes mucho cómo actuar y también que sirve para los siguientes casos.

Cambiar el modo de actuar hace referencia a hacer cosas distintas (más relacionado con la técnica).

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1 - 9:16 (44:44)**

Y yo creo que también saber por qué haces las cosas y en qué dirección vas, porque no puedes ponerte delante de un paciente y no saber qué hacer, no saber hacia dónde ir. Si tienes unas pautas o un esquema. Eso sí lo decían, no sé, explicaban al principio, si tienes un marco teórico en el que trabajar, sabes qué estás haciendo, el hecho de saber qué estás haciendo

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:44 (233:233)**

Me parece que debería ser algo que hayas intentado hacer, qué cosas has intentado hacer con ese paciente que no han funcionado, y que te llesves de aquí algo nuevo, o nuevo o algo diferente que puedas empezar a trabajar

**COMPONENTE DE EVALUACIÓN**

En los grupos de terapeutas, la función evaluadora de la supervisión aparece más

claramente en el contexto laboral. Incluso en ese contexto, muy poco fundamentada.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:6 (18:18)**

Esa parte que a lo mejor en un contexto más de la rotación, o con adjuntos que te están supervisando directamente y como que te están evaluando en lo que estás haciendo, aquí yo creo que tenemos más confianza en cómo pasar a ese lado, y me parece buena cosa.

LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

FACILITAR UNA MIRADA EXTERNA

Ver desde otro lugar/ver desde lejos. Mirada externa desde otro lugar sobre la historia del paciente y lo que despierta en el terapeuta que ayuda a reflexionar. Otros, desde fuera, pueden ver aspectos que uno mismo no ve y pueden ofrecer una comprensión distinta a la del terapeuta. La mirada externa también facilita al terapeuta una perspectiva de la escena terapéutica que, por participar de ella, puede no tener a menos que se aleje de la misma. Al alejarse, la escena se amplía incluyendo, entre otros, al terapeuta.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:5 (32:32)**

Hay un otro que mira desde fuera esa historia y trata de motivarle, ayudarlo, ayudarlo a reflexionar

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:21 (32:32)**

Sería ayudarlo a pensarlo de otra manera, desde otras perspectivas, a sentirlo de otra manera también. A ver qué sentimientos tienen ahí de un tipo o de otro, sentirlo de otra manera, como menos pesada, o más abierta, o con menos sentimientos negativos cuando los hay, o menos estar ahí demasiado prepotente. Sí, pensarlo, sentirlo, ver otras perspectivas distintas. Sobre todo poder llegar a una visión distinta de lo que le pasa al paciente y de cómo estar con él.

En los grupos de supervisores, esa mirada externa incluye, entre otras cosas, la transmisión de un saber por la experiencia que no es posible transmitir en otras actividades docentes.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:21 (76:76)**

Sí, pero es que es difícil definirlo como función porque es transmitir lo intransmisible, es transmitir un poco tu experiencia

El supervisor puede ofrecer una mirada distinta porque su implicación emocional es distinta a la del terapeuta.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:14 (34:34)**

Lo importante es muchas veces que tú estás clavado en una manera de entender el caso y alguien te ofrece una mirada nueva

La mirada del compañero: los supervisores se colocan en ocasiones en situación de ser supervisados por otros compañeros. En esta supervisión inter pares están de forma distinta a como lo haría un terapeuta en formación y esperan cosas distintas. Esperan “pensar juntos”

**3: Grupo Supervisores 3- 3:29 (60:60)**

Casi sería “vamos a pensar juntos” a lo mejor, los más veteranos. Porque a veces tenemos también supervisión entre compañeros, que es más vamos a pensar juntos, a ver qué se te ocurre a ti, a ver cómo me va esto. Entramos en un proceso de reflexión conjunta. Se piensa mejor con alguien.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:137 (82:8)**

Lo que estaba pensando yo es que lo que espera el residente, bueno, el terapeuta joven, digamos, y lo que espera el supervisor. La pregunta son las dos cosas. Con esto que comentábamos de la supervisión entre pares, también, si tú me vienes a contar una cosa, tú esperas algo de esta conversación, pero yo también espero que tú no te coloques en el papel que se coloca el R1, ¿verdad?

COMPONENTE DOCENTE

Aunque la supervisión no se produce únicamente en ámbitos de formación, en estos tiene un componente docente fundamental. El componente de aprendizaje de la supervisión está relacionado con la adquisición de conocimientos teóricos y con el autoconocimiento.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:2 (21:21)**

Yo creo que el supervisor ocuparía un poco la posición de ayuda en el aprendizaje, de ser capaz de motivar, de ayudar en el aprendizaje.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:8 (60:60)**

Es enseñar pero no es que tú les cuentes, es que tú des ocasión de que la gente pueda aprender a partir, efectivamente, de poder mirar desde fuera la práctica que tienes con el paciente. Entonces, pues, se refiere, efectivamente, al paciente, al terapeuta, a la relación entre el paciente y el terapeuta y yo creo que a la relación entre el supervisor y el terapeuta. Entonces, yo creo que tiene ese aspecto que tiene que ver con el aprendizaje más que con la enseñanza, pero sí con el aprendizaje

CONOCIMIENTO TÉCNICO

El componente docente varía en relación con la experiencia del terapeuta, desde aspectos más teóricos y una actitud más directiva por parte del supervisor a otros más relacionados con la persona del terapeuta o con la relación terapéutica.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:21 (145:145)**

Necesita más conocimientos técnicos y, a lo mejor, tira más de más actividad por parte del supervisor, en el sentido de intervenciones concretas, más sugerencias, más bibliografía. Que cuando un supervisor supervisa a alguien más experto, se centra más en el proceso o una dificultad personal con el paciente, conocimientos técnicos yo creo que hay menos. Es más discutir lo experiencial y alguna vez sacar visiones nuevas de lo que está pasando.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:69 (155:155)**

[...] Si la supervisión es una experiencia que te tiene que poner en disposición de aprender, es posible que, en lo que puede tener que aprender una persona que está empezando, haya mucho de conocimientos, ¿no?, o de reflexión sobre la naturaleza de lo que estás haciendo, "¿te das cuenta?"[...] cuando estás supervisando a alguien que tiene mucha más experiencia, lo que tienes es que poder facilitarle, a lo mejor, que se dé cuenta de que este paciente en este momento, por lo que sea, te está sacando de quicio y te está haciendo perder esto. Que entonces lo que tiene es que mirar para dentro, para darse cuenta de lo que de éste caso concreto le ha descolocado. Entonces yo creo que ésa es la diferencia. aquí no estás...yo creo que, al final...En un caso, hay una cosa que tiene mucho más que ver con un aprendizaje sobre la psicoterapia en general; y, en el otro caso, te vas desplazando a algo que tiene mucho más que ver con un aprendizaje sobre lo que te sucede en un caso particular.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:50 (255:255)**

Y para enseñar una técnicas también.

AUTOCONOCIMIENTO: NOMBRAR, ORDENAR, REFLEXIONAR. SEÑALAR FORTALEZAS

En los grupos de supervisores se hace referencia a la importancia en la supervisión de señalar fortalezas del terapeuta para incrementar su seguridad en el desempeño de este rol.



**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:24 (88:88)**

Yo creo que la seguridad. El ir aportando seguridad al supervisado, en el sentido de apoyar mucho aquellos aspectos que tú veas que son fortalezas de esta persona y que vaya ganando en seguridad, creo que es uno de los aspectos...

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:28 (187:187)**

Que hay otras necesidades, además de las informativas, en el terapeuta principiante, que tienen que ver con que alguien confíe en ti, aunque no sepas. Que te ayude a saber más, pero también a confiar en lo que haces. Y a ver que hay cosas de las que haces, aunque no tengan que ver con un conocimiento teórico o técnico, que son buenas. Y que no hace falta saber mucho para tener curiosidad por el paciente, por la historia, más allá del diagnóstico, por cómo es, por qué le sugiere, por cómo se siente con él. Todos esos aspectos, creo que tienen que estar ahí también.

Los supervisores añaden el matiz de utilizar las fortalezas del terapeuta para trabajar sus dificultades.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:78 (345:345)**

Yo en los últimos años a lo mejor a lo que le estoy dando también más importancia es a empezar también desde la fortaleza. Esto que enseña Ángeles, el reconocimiento de tu capacidad porque si no se hace más difícil el conseguir eso, ¿no? Si no, es "soy pequeñito, tú eres la persona que sabe y la que me va a ayudar" y tal. Entonces, el reconocer cuáles son tus recursos como terapeuta, que no quiere decir que no reconozcas las dificultades, sino utilizar los recursos para ir a las dificultades.

Organizar datos recoge ideas como organizar la información relacionada con el caso (en relación a la formulación) y con el proceso terapéutico. Ayuda a nombrar.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:12 (48:48)**

Yo lo veo más como ordenación de datos, o como una reorganización de datos

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:37 (182:188)**

O la situación esta de ¿pero realmente, con este con el que llevas 15 sesiones, cuál es el acuerdo? Y no hay acuerdo.

3: El tiempo de objetivos, qué se busca

1: No hay contrato, no hay objetivo...

5: O por qué vino, son cosas que hay que rescatar, es una cosa muy básica.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:43 (285:285)**

Se ordenen, se ordenen, se pongan en palabras.

Reflexión incluye dos miradas: una hacia atrás, reflexionar sobre el caso y lo ya hecho y otra hacia el futuro, para organizarse o para encontrar otras vías, cada uno las suyas.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:20 (30:30)**

O a ayudar al otro a que reflexione sobre el caso, y que intente encontrar sus salidas

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:127 (975:975)**

Acompañar en la reflexión a nivel interno, en el proceso de reflexión conjunta, de lo que tú sabes que puede ser distinto de lo que sabe el otro, pero sin tener que solucionarlo todo. Para eso tienes que escuchar, claro.

**COMPONENTE DE CUIDADO DEL TERAPEUTA**

En los grupos de supervisores, la angustia a contener está relacionada con la que produce no saber y el trabajo clínico con el sufrimiento psíquico, con ser testigo del sufrimiento de otro y del propio sufrimiento.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:9 (38:38)**

Es una ayuda, una ayuda a la angustia, al no saber, al pensar que alguien... o sea, ayudarlo quizá, ayudar a la persona también a estar más segura, siempre que otro te aporte algo, ganas en seguridad.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:25 (34:34)**

Yo con el tiempo me sale más cuidar al que viene a supervisar.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:115 (812:812)**

Que el otro tolere la incertidumbre y manejarse con la impotencia a veces de pacientes jodidos.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:27**

Porque toda las ansiedades del comienzo, el miedo, la inseguridad...

2: "¿Qué hago con esto?".

4: No sé...

5: Pero tiene más que ver con la tarea de aprender a ser terapeuta. Y también con lo que le pasa al paciente.

4: Pero que no es sólo información técnica y aprendizaje sobre psicoterapia..

Aparece también en relación con el momento vital del terapeuta, pero solo en los grupos de supervisores:

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:8 (44:44)**

Yo lo que estoy viendo cada vez más, como estoy en la unidad de agudos, y llevo unos cuantos años allí. Viniendo, R1, recién empezados en todo y aterrizando en la planta, además de todo esto que decís -todo lo que surge en relación a qué hacer con el paciente, cómo manejar, cómo intervenir, o sea, la parte más clínica o práctica-, pero sobre todo en las dificultades que le surgen en lo que les toca en lo personal.

No es sólo contener: es proporcionar una base segura para que el terapeuta pueda aprovechar la sesión de supervisión y pueda continuar su trabajo y es ayudarle a conseguir una mejor regulación emocional. Tiene una función de cuidado del terapeuta.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:6 (35:35)**

O a regularse emocionalmente, siempre estamos con la reflexión.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:38 (247:251)**

5: Sí, hay muchas veces que lo que te piden implícita o explícitamente es "no sé qué me pasa con este paciente, me siento muy mal"...

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:48 (309:309)**

El apoyo tiene que ver también con las emociones, el apoyo es el apoyo a lo que estás haciendo y es el apoyo de "entiendo lo que te está pasando, no te preocupes". Vamos, que eso es muy frecuente.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:58 (381:381)**

Y la supervisión no te quita la incertidumbre. Tendría que prepararte para tolerarla, que es distinto.

ABRIR LA POSIBILIDAD DE CAMBIAR EL MODO DE ACTUAR

Cambiar el modo de actuar es uno de los componentes de la supervisión que se señalan tanto en los grupos de supervisores como en los de terapeutas. Este código aparece asociado a otros. Probablemente sería un código de *resultado* que requeriría para su aparición la combinación de otros códigos de *proceso* –haber podido desarrollar una visión nueva o ampliada del caso, sentirse apoyado, conocer mejor fortalezas y debilidades, contener la angustia, ampliar el conocimiento de técnicas... -.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:65 (405:415)**

[si el terapeuta sale pensando] "No me había dado cuenta de.., qué mala leche, pero voy a ver si...".

Cambiar el modo de actuar recoge dos aspectos en los grupos de supervisores: hacer

cosas distintas (más relacionado con la técnica) y estar de manera distinta (más relacionado con el desarrollo del rol de terapeuta).

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:21 (32:32)**

Sería ayudarle a pensarlo de otra manera, desde otras perspectivas, a sentirlo de otra manera también. A ver qué sentimientos tienen ahí de un tipo o de otro, sentirlo de otra manera, como menos pesada, o más abierta, o con menos sentimientos negativos cuando los hay, o menos estar ahí demasiado prepotente. Sí, pensarlo, sentirlo, ver otras perspectivas distintas. Sobre todo poder llegar a una visión distinta de lo que le pasa al paciente y de cómo estar con él.

COMPONENTE DE EVALUACIÓN

La función evaluadora de la supervisión aparece en los grupos pero está menos fundamentada (citado en menos grupos y menos veces). Aun detectando la función evaluadora sobre el terapeuta en formación que tiene la supervisión, es la función más costosa para el supervisor.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:9 (61:61)**

... es decir, tiene ese aspecto que yo creo que es, por lo menos a mí, ese aspecto que tiene que ver más con la evaluación que hay en la supervisión, desde luego a mí es el que más me cuesta. Yo creo que, en general, nos cuesta a todas porque, como terapeutas, tenemos que no juzgar, pero, como supervisores, sí tiene que haber algo de juicio.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:11 (83:85)**

Una de las cosas para las que sirve la supervisión es para evaluar al terapeuta.

3: Sí, vamos, no es el compo..., es un componente menor, o sea, que para mí la idea fundamental es que es una experiencia que te permite mirar de otro modo tu trabajo y tanto desde fuera.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:16 (115:115)**

Yo creo que lo que tú dices de la supervisión en grupo, yo creo que, de algún modo, demuestra que el hecho de que el supervisor no ostente una relación de autoridad con el terapeuta es una ventaja. O sea, que determinado tipo de cosas te las señale tu [...] a veces es más fácil de aceptar que si te las señala alguien que puede parecer que te está juzgando. El hecho de que ese componente evaluativo, en la supervisión, aunque tenga un papel muy pequeño, pero, si en la fantasía es muy grande.

En ocasiones, se menciona en los grupos de supervisores para rechazarla.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:82 (453:453)**

Hay que enseñarles a eso. Quiero decir, no es un tribunal, es otra historia, que se supervise.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:1 [ (42:42)**

Porque en la supervisión puede ser que juzguen tu trabajo, ¿no?, que era lo que yo viví.

Los supervisores consideran que los terapeutas tienen la expectativa de no ser juzgados y posiblemente este factor dificulta la función evaluadora

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:59 (370:378)**

Y yo creo que dentro de este espacio el vínculo me parece también otra de las dimensiones básicas para trabajar. Que el vínculo sea un vínculo de confianza, de apoyo, de...

4: De no crítica...

2: De cariño, de aceptación incondicional

4: Porque yo creo que eso lo agradecen un montón los resis, el que no pongas en crítica ninguna intervención que hacen.

2: De aceptación incondicional.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:4 (42:42)**

El tema de que el otro no se sienta juzgado, para que le permita poder seguir hablando, trabajando o contando lo que hace, en vez de contar lo que el otro quiere que oiga

Evaluar y juzgar no son sinónimos (evaluar: estimar los conocimientos, aptitudes y rendimiento de los alumnos; juzgar: dicho de la persona que tiene autoridad para ello: Deliberar acerca de la culpabilidad de alguien, o de la razón que le asiste en un asunto, y sentenciar lo procedente), pero en los textos sí aparecen en ocasiones como equivalentes.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:9 (61:61)**

Como supervisores de personas que van a ser terapeutas, o sea, tenemos que no juzgar unas cosas, pero que sí juzgar otras, porque, al final, la supervisión es algo que es necesario para capacitarte como terapeuta, o sea, volvemos y la conclusión podría ser, "dedícate a otra cosa", ¿no? Es decir, tiene ese aspecto que yo creo que es, por lo menos a mí, ese aspecto que tiene que ver más con la evaluación que hay en la supervisión, desde luego a mí es el que más me cuesta. Yo creo que, en general, nos cuesta a todas porque, como terapeutas, tenemos que no juzgar, pero, como supervisores, sí tiene que haber algo de juicio.

CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Supervisores y terapeutas señalan los mismos componentes de la supervisión: mirada externa, componente docente (técnico y autoconocimiento), apertura de la posibilidad de cambiar el modo de actuar y componente de restauración o apoyo.

DIFERENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Sobre la mirada externa:

- Los supervisores señalan la posibilidad de transmitir una mirada externa marcada por la experiencia, un saber no transmisible en otras actividades docentes.
- Los terapeutas señalan la importancia de la mirada del igual. La universalidad contiene y valida.

Sobre el autoconocimiento, terapeutas y supervisores señalan la importancia de reforzar las fortalezas del terapeuta. Pero los supervisores añaden el matiz de señalar las fortalezas para trabajar desde ahí las dificultades.

Sobre cambiar el modo de actuar: en los grupos de supervisores, hace referencia a hacer cosas distintas y estar de manera distinta, más relacionado con el desarrollo del rol de terapeuta. Este último aspecto no es contemplado en los grupos de terapeutas.

Sobre la función de cuidado del terapeuta. Los terapeutas demandan una mirada sobre su persona, no únicamente en relación con su función de instrumento para el cambio del paciente. Demandan ser vistos, escuchados, contenidos. En los grupos de supervisores se recoge la respuesta a esa demanda de cuidado relacionada con la angustia que surge al ser testigo del sufrimiento de otro y del propio. Relacionada también con el momento vital del terapeuta.

Sobre la función de evaluación: para los terapeutas está relacionada con la supervisión en el contexto laboral. Los supervisores la señalan como la función más difícil para

ellos. En ocasiones la rechazan y temen que la evaluación pueda verse como un juicio sobre la persona del terapeuta.

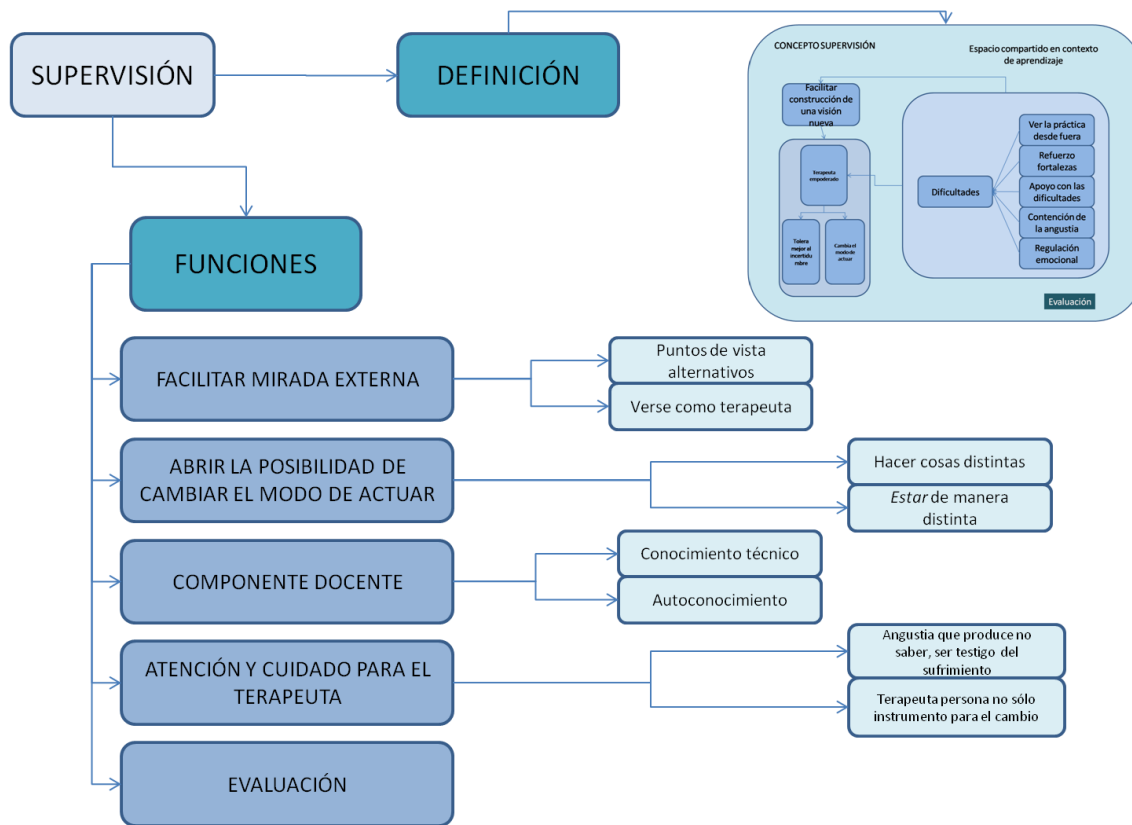


Figura 9. Funciones de la supervisión

### 1.1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA SUPERVISIÓN

La necesidad de supervisión aparece en relación a las dificultades del que la está ejerciendo durante el proceso psicoterapéutico. Los códigos que explican la necesidad de supervisión están muy relacionados con aquellos que explican sus funciones: así, una función es facilitar una mirada externa y la justificación de esta función es que desde dentro de la relación es complicado conseguir esa mirada.

#### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

Ayuda para ver: dificultad para conseguir por uno mismo una mirada distinta y/o en perspectiva sobre el paciente, el terapeuta y la relación entre ambos. Una mirada no implicada en el caso.

- Ayuda para verse como terapeuta, globalmente, con errores y fortalezas

#### P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:5

Yo creo que la necesidad de supervisión debería de ser para todos los pacientes, tengas dificultad o no la tengas, porque a lo mejor uno no está planteando una dificultad porque piensa que lo está haciendo muy bien y un observador externo o alguien a quien cuentas el trabajo que estás haciendo con el paciente puede detectar cosas que tú ni siquiera habías detectado ya sea porque todo va bien, pues incluso por algo personal tuyo, o porque ese paciente contigo no se comporta igual que con otro profesional que también lo atiende. Pienso que lo ideal, que a veces evidentemente no es posible es que todos los pacientes que estén haciendo psicoterapia tuviesen una supervisión.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:13 (66:66)**

A mí me ha pasado igual, de estar mi compañera en consulta conmigo y decirme, “pero y ¿cómo no has aprovechado eso que te ponía? Vamos te daba un material el paciente y lo has dejado pasar...”. Y no me he dado cuenta en el momento, pero luego comentándolo con ella, pues sí que he visto. Ah, pues a lo mejor es que me hacía sentir incómoda a mí, o ... también le hace a uno darse cuenta de cosas que le pasan incluso a uno mismo y que eso no lo ves. Eso no es tan fácil verlo tú como el observador.

- Ayuda para ver alternativas o puntos de vista

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:12 (64:64)**

Te hace ver otro punto de vista. Es otra persona, con otras experiencias, otra historia... A lo mejor, no está implicada en la terapia, entonces se queda fuera. No tiene esa implicación emocional que el terapeuta tiene.

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:3 (17:17)**

Te aporta puntos de vista que tú no te estás planteando. Te aporta una visión más de conjunto, te aporta puntos de vista que tú no te estás planteando, porque a mí me da la impresión de que te metes en algo de tu propia trayectoria, y a veces cosas que tú descartas desde el principio no las retomas y ellos te hacen referencia a cosas laterales que te ayudan mucho. A veces no laterales, sino plantearte las cosas diferentes cuando estás perdido.

Ayuda para hacer: Sentirse bloqueado. Aporta un matiz distinto a lo que el terapeuta no puede ver. Los terapeutas justifican la necesidad de supervisión en momentos en que se produce una situación de impasse en la terapia, cuando el terapeuta se siente bloqueado,

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:8 (23:23)**

Yo creo que es eso también, de ver distintas perspectivas, pues las formas en las que se puede... tú a lo mejor estás un poco bloqueado hacia la compañera y un poco a lo mejor te mueves en el mismo círculo y no sabes salir de ahí, porque estás un poco bloqueado por tus emociones, por tus vivencias y a veces que otra persona, o bueno, mucho mejor si son otras personas, pues te dan un enfoque distinto, te pueden hacer un poco salir de ese bloqueo y a lo mejor ver alternativas que ni te habías planteado.

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:1 (13:13)**

Para mí la supervisión es el llevar un caso con el que tenga dificultades, o con el que esté bloqueada en algún momento, que no sé por dónde tirar y tener a una persona un poco experta que me ayude a reflexionar, a pensar, a abrir más campo.

Ayuda para desidentificarse: Necesidad de encontrar la distancia emocional que permita no confundirse con el paciente.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:2 (12:12)**

Yo lo veo como una oportunidad de aprender, de tener nuevas perspectivas, incluso un poco de ayudarte a manejar pacientes, aportar...desapartarte un poco de casos que puedes estar haciendo mal... por lo que me ha servido a mí.

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:5 (38:38)**

... diferenciar qué es lo que es del paciente y qué es lo mío. Yo creo que sí, que también es el objetivo de la supervisión, que muchas veces no lo tenemos tan en cuenta nosotros.

**LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES**

Ayuda para ver: Lo que el terapeuta no puede ver. Dificultad para conseguir por uno mismo una mirada distinta y/o en perspectiva sobre el paciente, el terapeuta y la relación entre ambos.. Una mirada no implicada en el caso.

- Ayuda para ver alternativas o puntos de vista

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:14 (34:34)**

Lo importante es muchas veces que tú estás clavado en una manera de entender el caso y alguien te ofrece una mirada nueva

- Ayuda para verse como terapeuta

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:30 (197:197)**

Al estar fuera, vas pivotando por diferentes lugares y vas diciendo muchas veces, como espejo retrovisor, lo que el otro no puede ver, lo sacas. Muchas veces desde fuera ves cosas que en el proceso de la terapia, el terapeuta no puede apreciar

Ayuda para hacer: Cuando el terapeuta se siente bloqueado. Aporta un matiz distinto a lo que el terapeuta no puede ver. Los supervisores explican la necesidad de supervisión en momentos en que se produce una situación de impasse en la terapia, cuando el terapeuta se siente bloqueado por múltiples razones

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:36 (176:176)**

A veces, la falta de experiencia y las ganas de aprender les hacen meterse en historias, en relaciones terapéuticas o en cosas que son imposibles. Y acaban frustrados porque no les sirve lo que están aprendiendo. Esta parte que tiene que ver también con los límites de lo que quieren, o de lo que esperan.

**P 1: Grupo Supervisores 1 - 1:114 (46:56)**

5: No, pero la docencia, a lo mejor, en un sentido muy amplio de aprendizaje, no la docencia de pasar a... Si tú estás bloqueada y viene otra mirada nueva...ya es un aprendizaje. Yo creo que es más en ese sentido.

3: Yo lo veo más como ordenación de datos, o como una reorganización de datos.

5: O desbloqueo, ¿no? A veces es que estamos en contacto....

3: Desbloqueo

5: Plof, plof, plof, no somos capaces de...estás demasiado...

3: Sí, y no ves...

Ayuda para desidentificarse: Necesidad de encontrar la distancia emocional que permita no confundirse con el paciente.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:16 (62:62)**

También: ayuda a ver el caso tomando una distancia emocional, que yo creo que es importante y a la vez te permite desechar o ampliar la información que te van aportando

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:21 [ (32:32)**

Sería ayudarlo a pensarlo de otra manera, desde otras perspectivas, a sentirlo de otra manera también. A ver qué sentimientos tienen ahí de un tipo o de otro, sentirlo de otra manera, como menos pesada, o más abierta, o con menos sentimientos negativos cuando los hay, o menos estar ahí demasiado prepotente. Sí, pensarlo, sentirlo, ver otras perspectivas distintas. Sobre todo poder llegar a una visión distinta de lo que le pasa al paciente y de cómo estar con él.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:42 (215:215)**

... al final también es necesario que tomes conciencia de que resulta que estás ahí con la figura de tu padre mezclándola con este caso o lo que sea,

**CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS**

Terapeutas y supervisores encuentran las mismas necesidades que justifican la supervisión: no poder ver (desde fuera), sentirse bloqueado o sobreimplicado.

## DIFERENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

No hemos encontrado diferencias en los grupos de supervisores y terapeutas en cuanto a la justificación de la supervisión.

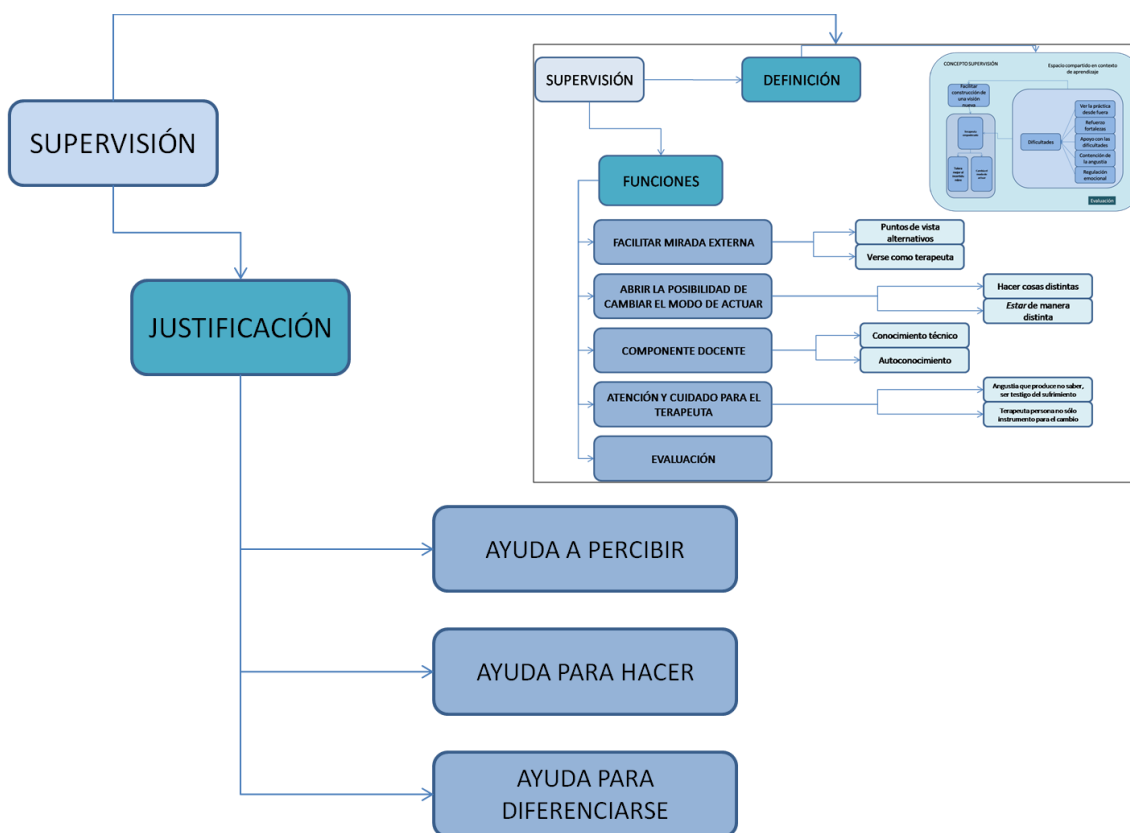


Figura 10. Justificación de la supervisión

### 1.1-5 LÍMITES DE LA SUPERVISIÓN

Aunque no hubo ninguna pregunta explícita sobre límites de la supervisión, qué no es, ambos grupos produjeron discurso sobre esto.

#### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

La supervisión no es una actividad que proporcione soluciones unívocas, que diga lo que tiene que hacer cada terapeuta con cada caso, en cada momento concreto:

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:23 (62:62)**

Yo era algo que pensaba que iba en ese camino. Un problema, un caso, una dificultad, y una respuesta.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:25 (66:66)**

... al principio que te esperas que te de la solución o que te diga cómo hacer.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:35 (105:105)**

No, pero me parece bien que no la den, porque luego creo que no vale para nada, que no sirve de nada, que otro te diga "haz esto, haz esto, haz esto", porque luego haces dos cosas, ya has terminado la lista, y con qué te quedas. Vas a volver a estar solo y esperando otra vez que esa aportación venga de fuera, en vez de intentar hablar y sacar cosas conjuntamente.

#### LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES



La supervisión limita fundamentalmente con la tutoría y el consejo, otras actividades que terapeuta y supervisor pueden hacer juntos cuando comparten entorno laboral:

Distinta de la tutoría del residente

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:23 (36:36)**

Yo tengo la sensación que depende mucho del contexto. Yo lo que llevo haciendo más años supervisando residentes y no sé si soy un supervisor de psicoterapia o lo que intento por lo menos el año que están conmigo, hay una parte que es casi enseñar una profesión, o una tarea, y eso implica un montón de tareas que tienen que ver el tema institucional, entender el lugar en el que está el residente, ayudar un poco a pensar sobre el paciente, no sé cómo decirlo. Es un poco este tipo de herramientas de que tenga un poco capacidad de reflexión. Y yo creo que tiene que ver mucho también con acompañar al momento del residente que van pasando por etapas muy distintas: llegan al centro, empiezan a tener una relación prolongada con unas personas a las que no conoce, por lo menos allí en Leganés, que vienen desde agudos, es un marco diferente. Yo creo que ahí muchas veces se pierden. Entonces es casi más esa parte, yo siento, que no sé si es algo muy técnico, el que me siento más o menos capaz de hacer.

Distinta del consejo, la consulta al adjunto en situaciones de toma de decisiones clínicas

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:44 (357:357)**

Yo es que, me parece que, diferenciaría un poco estos dos ámbitos. O sea, el ámbito este, por ejemplo...Cuando tú estás hablando a mí me resuena mucho a urgencias, me resuena mucho a centro de urgencias, que lo hay que tomar es una decisión "lo vamos a ingresar, lo vamos a ingresar, le damos el alta, hacemos no sé qué". Pero yo esta parte la estaba entendiendo más como distinta a esa parte de toma de decisiones clínicas. Entonces en la parte de urgencias, yo estoy totalmente de acuerdo contigo, a mí me parece que verle la cara al paciente, ver tú al paciente, si el paciente es complicado, me parece que es importante. Pero yo, esta parte que estamos comentando aquí, me parecía más una cosa más de psicoterapia, que creo que no es lo que hacemos en una urgencia.

Tampoco proporciona una receta mágica

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:41 (303:303)**

Yo lo veo muy en el sentido de R1, que es tener en la cabeza todos los cajoncitos diagnósticos y que tú le digas cuál es la receta mágica para saber si es un trastorno bipolar o una esquizofrenia. Es esa especie de cosa de "¿dónde puedo encontrar cómo hago o como ayudo a un diagnóstico?". Y entonces transmitir que es que no trabajamos con diagnósticos en ese estilo que busca la pregunta, que cuando tenga en qué cajoncito lo coloco, ya tengo el resto definido. Yo creo que hay mucho de pedir eso, "¿dónde está el libro gordo que me va a decir qué diagnóstico...?".

CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Supervisores y terapeutas limitan la supervisión, señalando que no facilita ni una fórmula mágica ni un manual de instrucciones.

DIFERENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Los supervisores, además, separan la supervisión e otras actividades que pueden hacer junto con los terapeutas pero que no son supervisión: tutoría y consejo.

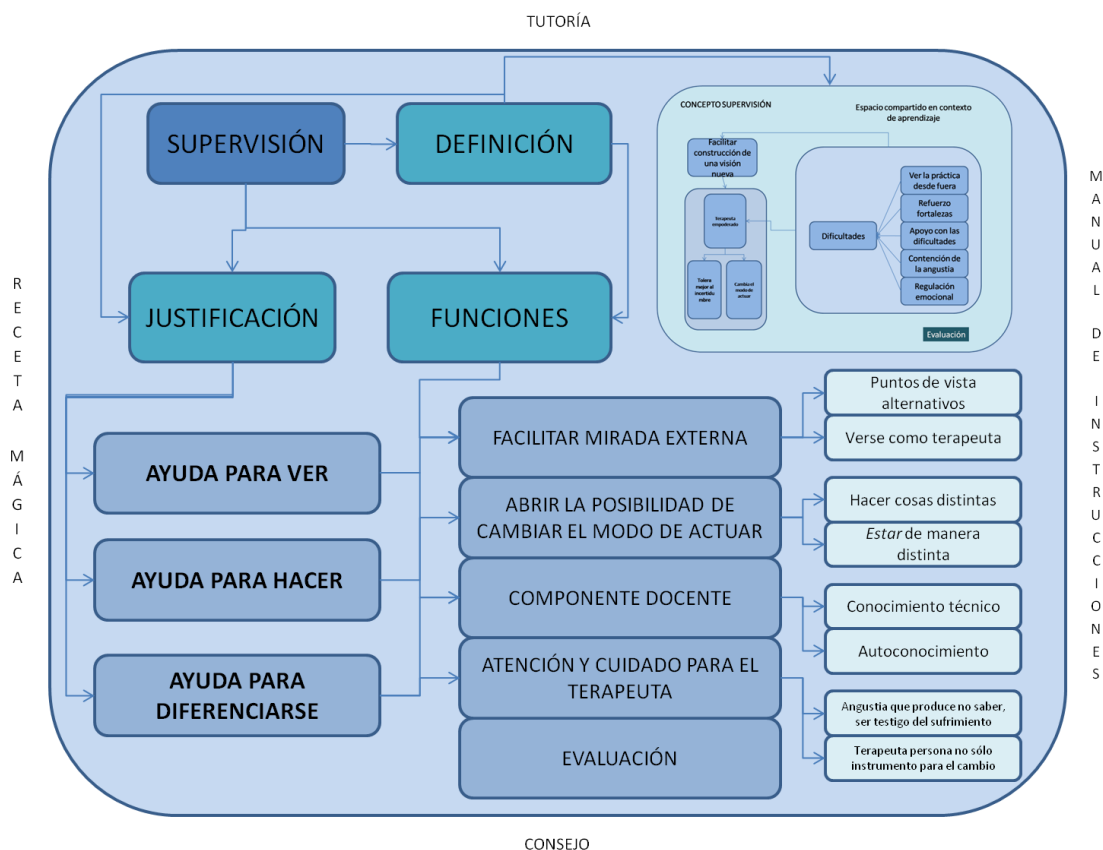


Figura 11. Aspectos generales de la supervisión

### 1.1 RESUMEN DE ASPECTOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN

La supervisión es la creación de un espacio compartido, un proceso que se produce en un contexto de aprendizaje entre una (o varias) persona (s) que ejerce (n) el rol de supervisor y una o un grupo de personas que ejercen el rol de terapeuta y que proporciona una experiencia que permite al terapeuta que pide ayuda con las dificultades:

1. Ver la práctica clínica desde fuera, lo que facilita darse cuenta de elementos relacionados con el paciente, el terapeuta, la relación entre ambos y el contexto en el que se produce esa práctica.
2. El crecimiento del terapeuta a través del refuerzo de fortalezas y apoyo en las dificultades, facilitándole una base segura en la que poder exponerse, contener la angustia y regularse emocionalmente.
3. Construir una visión nueva en la que el terapeuta empoderado se siente capaz de aplicar técnicas aprendidas, cambiar el modo de actuar o tolerar mejor la incertidumbre .
4. La supervisión tiene también una función de evaluación sobre la evolución del terapeuta (en el caso de terapeutas en formación) y sobre su práctica

clínica.

La supervisión tiene varias funciones:

- facilita una mirada externa, que ofrece una visión distinta del paciente, incluye al terapeuta y tiene la característica de ser una mirada no implicada emocionalmente en la escena terapéutica.
- Tiene una función docente, especialmente importante en la supervisión de terapeutas en formación, que está relacionada con la adquisición de conocimientos técnicos y el autoconocimiento. Ambos, conocimientos técnicos y autoconocimiento, se potencian a través de la organización de datos, ayudar a nombrar, reflexión.
- Tiene una función de atención y cuidado para el terapeuta: proporciona una base segura en la que el terapeuta puede contener la angustia. Los supervisores ponen esto en relación con ser testigo del sufrimiento del otro. Los terapeutas señalan que la angustia puede llevar al bloqueo y al contagio emocional, lo que añade un motivo más para cuidar al cuidador.
- Abre la posibilidad de cambiar el modo de actuar: hacer cosas distintas pero también “estar” de una manera distinta.
- Tiene una función de evaluación que los supervisores señalan como la más complicada para personas que, como terapeutas, se han entrenado para no juzgar. Temen que la evaluación se confunda con un juicio.

La supervisión se justifica en base a:

- Ayuda a percibir: existe una dificultad para conseguir por uno mismo una mirada distinta y/o en perspectiva sobre el paciente, el terapeuta y la relación entre ambos.
- Ayuda para hacer: algunas situaciones en las que el terapeuta se siente bloqueado se benefician de esa mirada no implicada en la terapia.
- Ayuda para desidentificarse: la supervisión ayuda a encontrar una distancia emocional que permita al terapeuta no confundirse con el paciente, evitar el contagio emocional.

Los supervisores separan la supervisión de otras actividades que pueden hacer junto con los terapeutas pero que no son supervisión: tutoría y consejo. Supervisores y terapeutas señalan que la supervisión no facilita ni una fórmula mágica ni un manual de instrucciones.

		Aspectos comunes a SUPERVISORES Y TERAPEUTAS	Aspectos distintos en SUPERVISORES	Aspectos distintos en TERAPEUTAS
Definición	Espacio compartido en contexto de aprendizaje		Más hincapié en la creación de una base segura	Más hincapié en lo que la supervisión tiene de exposición para el terapeuta
	que permite, respecto a las dificultades	Ver la práctica desde fuera		
		Refuerzo de fortalezas		
		Apoyo con las dificultades		
		Contención de angustia		
		Regulación emocional		
				Los terapeutas se plantean si supervisar sólo casos en los que tienen dificultades o todos los casos
	Facilita construir una visión nueva	Terapeuta empoderado		
Funciones de la supervisión	Facilitar una mirada externa	Cambia el modo de actuar		
		Tolera mejor la incertidumbre		
		Permite la evaluación del terapeuta		
		Ofrecer una visión distinta del paciente		
		Ofrecer una mirada que incluye al terapeuta		
		Ofrecer una mirada no implicada emocionalmente en la escena terapéutica		
			Transmitir experiencia	Lo que aporta la mirada del compañero que está pasando por lo mismo (la universalidad contiene y valida)
	Abrir la posibilidad de cambiar el modo de actuar	Hacer cosas distintas		
			“Estar” de manera distinta	
	Función docente	Conocimiento técnico		
		Facilitar autoconocimiento: Señalamiento de fortalezas Organización de datos, ayudar a nombrar Reflexión	Señalar fortalezas para trabajar desde ahí las dificultades	
	Función de atención y cuidado para el terapeuta	Función de cuidado del terapeuta	la angustia a contener está relacionada con la que produce no saber y el trabajo clínico con el sufrimiento psíquico, con ser testigo del sufrimiento de otro y del propio sufrimiento. También en relación con el momento vital del terapeuta	El terapeuta demanda ser visto como persona, escuchado, contenido, respetado. La propia angustia: dificultad que puede llevar al bloqueo y al contagio emocional.
			Proporcionar una base segura para que el terapeuta pueda aprovechar la sesión de	

			supervisión y pueda continuar su trabajo y es ayudarle a conseguir una mejor regulación emocional.	
	Función de evaluación		La función más difícil para el supervisor	Aparece relacionada con el contexto laboral
Justificación de la supervisión	Ayuda para ver	Puntos de vista o alternativas		
		Verse como terapeuta		
	Ayuda para hacer	Terapeuta bloqueado		
	Ayuda para separarse	Encontrar una distancia emocional que permita no confundirse con el paciente		
Límites de la supervisión		Manual de instrucciones, receta mágica	Distinto de la tutoría y el consejo	
		<b>Aspectos comunes a SUPERVISORES Y TERAPEUTAS</b>	<b>Aspectos distintos en SUPERVISORES</b>	<b>Aspectos distintos en TERAPEUTAS</b>

Tabla 7. Aspectos generales de la supervisión; aspectos comunes y distintos encontrados en el discurso de supervisores y terapeutas

## 1.2.- ROL DEL SUPERVISOR

La pregunta que se realizó en los grupos tiene un matiz diferencial en los grupos de supervisores y en los de terapeutas. A los terapeutas se les pregunta por los roles /funciones de la supervisión, de la actividad a la que denominamos supervisión. El análisis de este discurso se presenta en el apartado definición, funciones de la supervisión. En los grupos de supervisores se preguntó por los roles del supervisor. En estos grupos hubo discurso centrado en la actividad denominada supervisión (y, por tanto, analizado en el apartado definición, componentes de la supervisión) pero también en las distintas actividades que el supervisor considera que tiene que realizar durante la supervisión que es lo que se analiza aquí.

La supervisora facilita el crecimiento del terapeuta.

### **P 3: Grupo Supervisores 3- 3:58 (327:327)**

Es una forma de pensar lo que tú enseñas. O de relacionarte, o de preguntarte.

El supervisor desempeña roles relacionados con:

- Propiciar la **generación de un clima** que posibilite la colaboración supervisor-terapeuta. Clima de confianza y apoyo, en el que el supervisor mantiene una actitud no crítica, cercana, de aceptación. Señala fortalezas, contiene la angustia, aporta seguridad y ayuda a tolerar la incertidumbre

### **P 1: Grupo Supervisores 1- 1:29 (109:115)**

4: Habría que darle confianza con el supervisor, pero no siempre confianza con el paciente porque puede estar haciéndolo fatal y no le puedes reforzar eso. Sí que habría que crear un clima emocional bueno con él.

5 : De cercanía.

4: De cercanía y de..., pero si lo está haciendo fatal pues no le puedes tampoco reforzar.

5: Claro, si lo está haciendo fatal no le puedes... Pero habrá que hacerlo eso, que sea capaz de ver que lo está haciendo fatal sin que se bloquee.

### **.1. Apoyo**

#### **P 1: Grupo Supervisores 1- 1:18 (68:68)**

Apoyo, ¿no? Apoyo en sentido amplio.

#### **P 4: Grupo Supervisores 4- 4:50 (321:321)**

claro que algo puedes apoyar, es decir, claro, o sea, tú no....Puedes apoyar... Claro, la historia es "si tú lo que quieres es trabajar en esto, vas a tener que plantearte cosas". Eso es apoyar.

### **.2. No juicio, aceptación**

#### **P 2: Grupo Supervisores 2- 2:36 (150:152)**

De aceptación del otro, y de no juzgar. Yo antes juzgaba mucho.

#### **P 2: Grupo Supervisores 2- 2:59 (370:378)**

Y yo creo que dentro de este espacio el vínculo me parece también otra de las dimensiones básicas para trabajar. Que el vínculo sea un vínculo de confianza, de apoyo, de...

4: De no crítica...

2: De cariño, de aceptación incondicional

### .3. Explicitar fortalezas y recursos

#### **P 2: Grupo Supervisores 2- 2:74 (542:542)**

O qué aspectos a rescatar también, todo esos recursos que tiene el supervisando y poder rescatarlos y explicitarlos.

#### **P 3: Grupo Supervisores 3- 3:60 (345:345)**

Yo en los últimos años a lo mejor a lo que le estoy dando también más importancia es a empezar también desde la fortaleza [...] el reconocer cuáles son tus recursos como terapeuta, que no quiere decir que no reconozcas las dificultades, sino utilizar los recursos para ir a las dificultades. Es un camino, al final. Lo que estamos hablando es eso.

### .4. Ayudar a tolerar la incertidumbre

#### **P 4: Grupo Supervisores 4- 4:58 (381:381)**

Y la supervisión no te quita la incertidumbre. Tendría que prepararte para tolerarla, que es distinto.

### .5. Aceptación de límites en la relación de ayuda, disminuir la exigencia sobre el paciente, sobre sí mismo y sobre el supervisor.

#### **P 2: Grupo Supervisores 2- 2:36 (150:152)**

Tu demanda y tu duda me parecen del todo razonable y no te la voy a poder contestar. No se lo digo así, pero, esto es. Pero porque estás donde tienes que estar: dudando, pasándolo mal, o angustiado.

#### **P 3: Grupo Supervisores 3- 3:118 (836:844)**

Eso es un discurso muy repetitivo que surge cuando empiezan a supervisar.

5: Sí, y en ese sentido, me ha salido esto por lo de las supervisiones fallidas. O sea, en ese sentido, a veces que vea que tú las tienes, porque las tienes, no es que escondas nada, que se den cuenta que en el fondo tú también funcionas con incertidumbres, con faltas de certezas...

3: Con cosas que tú no puedes solucionar

5: ... impotencias, y con límites, bueno, pues yo creo que...

3: Sin achacárselo al paciente también, sabiendo que bueno, en el momento actual de nuestros conocimientos hemos llegado hasta aquí.

### .6. Contener la angustia y aportar seguridad

#### **P 1: Grupo Supervisores 1- 1:25 (90:96)**

Yo no creo que sea, que el papel de la supervisión sea sólo dar seguridad y contener sólo y contener angustias.

5: Pero es una parte.

#### **P 2: Grupo Supervisores 2- 2:49 (295:295)**

Mi objetivo de la supervisión, trato de recogerlo todo y que el tío no se vaya abierto en canal, sino reforzar.

- Favorecer el **desarrollo de la sesión** de supervisión acordando con el terapeuta un foco sobre el que trabajar, facilitando la exposición y la participación de todo el grupo cuando es supervisión grupal, moderando el grupo y cerrando la sesión con conclusiones que tienen relación con el foco acordado.

#### **P 2: Grupo Supervisores 2- 2:30 (136:136)**

A mí lo que me ayuda con esto es el tener un orden. La supervisión de una hora y media como que tenga un setting ...

4: Un contrato, un encuadre...

2: ... un contrato implícito porque si no, es verdad que yo también tengo problemas en decir, bueno, hasta dónde, hasta qué grado de afinidad y profundización emocional llevo en este contexto.

#### **P 3: Grupo Supervisores 3- 3:75 (426:426)**

También en el mismo grupo tiene que salir alguien diciendo cosas, y te colocas en vez de en una posición de supervisión quizá de moderador, de decir, "bueno, eso ahora no nos interesa, lo que vamos a hacer es seguir con este camino"

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:49 (253:253)**

en la misma sesión de supervisión también hay fases, entonces hay una primera fase que es la fase de "por qué lo traes". Y tormenta de ideas de todo el mundo cuando recibe información de "este es un señor que le pasa esto y tal". Recogida de información y tal, yo después sí que intento centrar un objetivo de la supervisión, para evitar a lo mejor esos objetivos tan mágicos, tan enormes. Sino que qué podemos aportar, y cuál es la necesidad que tú traes y tal. Y entonces hacer una especie de contrato. Y después eso continuas con las técnicas conversacionales o con técnicas no verbales también. Yo sí que utilizo también el rol-playing en las supervisiones, o la escultura. Y diría que más cuando estamos atascados en lo verbal, cuando tú estás intentando a lo mejor cuestionar una perspectiva y el otro no... O sea, no consigues transmitir. Y a veces hacerlo desde un aspecto no verbal ayuda.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:68 (423:427)**

Pero es esto que nos han enseñado de que lo mejor que puede pasar es que lo puedas contar en una frase. A mí me deja tranquila esa sensación de que, al final, después de mucha mucha información, se queda en algo concreto.

- **Desafiar las narrativas** aportadas por el terapeuta y facilitar la construcción de nuevas narrativas

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:25 (90:96)**

4: Ésa es una parte, pero tiene que haber otra. Hay que desafiar lo que te trae, ofrecerle nuevas perspectivas y que se encuentre cosas distintas, ¿no?

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:67 (420:420)**

yo creo que también uno tiene que estar atento a esta novedad. Y mi idea es que a la vez lo trate de construir el otro.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:68 (450:456)**

Lo que agradecen es, cuando está ahí, o no lo han concluido, o no lo han hecho...

2: Y se lo han dicho miles de veces, y de repente es como "ah, sí, ya lo sabía yo, joder, no soy tan torpón, esto ya lo sabía".

3: Nuevo quizá no es la palabra, es rescatar algo que está ahí que sintoniza con lo que dice, pero diferente, no sé si es, es perspectiva diferente, o visión diferente, otras gafas.

- **Favorecer la incorporación del rol del terapeuta:** Se trata de ayudar a entrenar una forma de estar, de reflexionar y facilitar la aparición de nuevas perspectivas o narrativas que ayuden al terapeuta a trabajar con el paciente y que ayuden al paciente. Para ello, tan importante es que el supervisor facilite la adquisición de técnicas como que posibilite el crecimiento del terapeuta.

.1. Facilitar el aprendizaje de técnicas

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:21 (145:145)**

Necesita más conocimientos técnicos y, a lo mejor, tira más de más actividad por parte del supervisor, en el sentido de intervenciones concretas, más sugerencias, más bibliografía.

.2. Favorecer el autoconocimiento

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:117 [ (832:832)**

Fijate, yo creo que ahí hay dos cosas, una la de aceptar los límites, lo que decías tú, y yo ahí, trabajando por ejemplo, lo vi muy claro en las supervisiones de pacientes terminales, que puede ser lo mismo que un paciente crónico que se está ensuciando todo el día, pero que al final sólo cuando en la supervisión el terapeuta acordaba, o sea, se daba cuenta, tomaba conciencia, o los participantes, de que estaba en una posición de querer devolverle la vida y



eso era imposible, entonces esa era una metáfora como muy útil para decir que sólo cuando aceptas que tú no eres omnipotente, no puedes devolverle la vida, es entonces cuando puedes empezar a ayudar. Es cuando te vuelves potente.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:118 (836:844)**

eso es un discurso muy repetitivo que surge cuando empiezan a supervisar.

5: Sí, y en ese sentido, me ha salido esto por lo de las supervisiones fallidas. O sea, en ese sentido, a veces que vea que tú las tienes, porque las tienes, no es que escondas nada, que se den cuenta que en el fondo tú también funcionas con incertidumbres, con faltas de certezas...

3: Con cosas que tú no puedes solucionar

5: ... impotencias, y con límites, bueno, pues yo creo que...

3: Sin achacárselo al paciente también, sabiendo que bueno, en el momento actual de nuestros conocimientos hemos llegado hasta aquí.

**.2.1. facilitar el desarrollo de un yo auxiliar**

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:33 (187:187)**

a medida que se progresa un poco, es lo que tú dices, la supervisión tiene que ayudar a meter la mirada dentro y a saber cuánto pasa por lo que pasa con uno mismo cuando uno está en un caso.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:59 (384:384)**

Sería también la labor como de yo auxiliar, la del supervisor, auxiliar, que te ayudo a pensar, a mí me sugiere mucho eso.

**.2.2. aumentar la capacidad reflexiva del terapeuta**

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:43 (327:327)**

Una cosa es los pequeños o grandes señalamientos, que me parece que eso es parte del trabajo. "Tú no puedes entrar al reto de un paciente narcisista", por ejemplo, eso es un señalamiento. Y otra cosa es, entre comillas, coaching, que es "la he cagado, lo he hecho fatal", "No, hombre, no, tampoco está tan mal, vamos a pensar un poco cómo lo hemos hecho".

**.2.3. favorecer autoconciencia**

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:54 (279:293)**

es como que acabas construyendo un foco de cuál es la dificultad o qué tipo de dificultad está teniendo el residente con los pacientes: lo acabas conociendo. Acabas viendo dónde está su...

1: Cuando hay continuidad con el terapeuta.

5: Con el residente, sí. Y la supervisión está guiada, pues a veces aunque te traiga un caso y a lo mejor el caso da igual, se queda atascado, pero al final lo que tú vas viendo es dónde se atasca él. Dónde se atasca el residente. Y cuando te trae el siguiente caso se atasca en lo mismo, no sé si me explico...

5: Sin darte cuenta tienes un foco de las dificultades del residente.

1: Del conflicto relacional...

5: Sí, algo así.

1: Pero fíjate, pensándolo así, realmente, en una supervisión que tenga continuidad al final el crecimiento del terapeuta, ¿tiene que ver con la toma de conciencia de sus modos de relación?

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:42 (321:321)**

... cuando yo conozco a un residente, pues ya sé en qué agujeros se mete, con qué historias. Y sí que tiene que ver con cómo es él, con cómo se vincula...Y bueno, no haces terapia, evidentemente, pero sí que le señalas su tendencia a liarse con determinado tipo de pacientes o a tratar a otros... Pero, bueno, no es una terapia personal, sino que es una forma de...

**- Monitorizar el desarrollo del terapeuta**

**.1. Evaluar el desempeño como terapeuta.**

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:98 (576:576)**

Estaba pensando yo que realmente ahí lo que te colocas también es un papel de supervisor, es que es la palabra, supervisor, como de evaluar, de monitorizar, de contrastar también con un estándar.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:9 (61:61)**

como supervisores de personas que van a ser terapeutas, o sea, tenemos que no juzgar unas cosas, pero que sí juzgar otras, porque, al final, la supervisión es algo que es necesario para capacitarte como terapeuta, o sea, volvemos y la conclusión podría ser, "dedícate a otra cosa", ¿no? Es decir, tiene ese aspecto que yo creo que es, por lo menos a mí, ese aspecto que tiene que ver más con la evaluación que hay en la supervisión, desde luego a mí es el que más me cuesta. Yo creo que, en general, nos cuesta a todas porque, como terapeutas, tenemos que no juzgar, pero, como supervisores, sí tiene que haber algo de juicio.

**.2. Evaluar la capacidad para desempeñar el rol de terapeuta**

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:99 (580:580)**

yo creo que ese sería un rol de supervisor también. Porque al final también tienes una responsabilidad sobre gente que está tratando a otra gente. Es una de las responsabilidades que tú ves, que el terapeuta tiene una crisis psicótica, pues tendrás que hacer algo de frenar y que esta persona siga tratamiento.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:100 (592:592)**

Cualquiera que intervenga con el terapeuta si ves que está desbarrando mucho es responsabilidad de actuar. Eso es una putada cuando te pasa.

**.3. Evaluar el reconocimiento de cuestiones éticas en la clínica y la actitud ante las mismas**

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:46 (387:387)**

Y, luego, me centro mucho en algo que a mí me parece que quizás sea una cosa más mía. Y es en trabajar que el terapeuta no aplique al paciente sus puntos de vista. Es decir, que diferencie perfectamente lo que es él y lo que es el otro, que no imponga, aunque sea sutilmente, sus puntos de vista. Es uno de los dos aspectos en los que yo me suelo centrar mucho. Que se cuestione, ¿no? Cosas que se dicen, a veces, sin mucho esto, pero que están transmitiendo nada más que tus pensamientos o tus deseos o tus principios.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:70 (75:81)**

En la última supervisión que tuve en el máster, la persona que presenta el caso, una persona con 20 años de evaluación, depresiva crónica, que le dan hasta TEC, que había sido abusada, este chico dice que él y su equipo y su hospital pensaron que esta situación de ser abusada, nada, que es que ella se había prestado a ello. Bueno, se organizó la de San Quintín. Entonces tuve que llamarle la atención sobre dónde, cómo hablaba, qué cosas estaba diciendo, quién iba a escuchar todo eso.

3: Pero, fíjate, yo creo que eso, no es...

2: O sea, es que, me parecía...

3: Juzgar, claro, eso es señalar que está juzgando él, ¿no? Que no tiene que juzgar porque está trabajando como terapeuta.

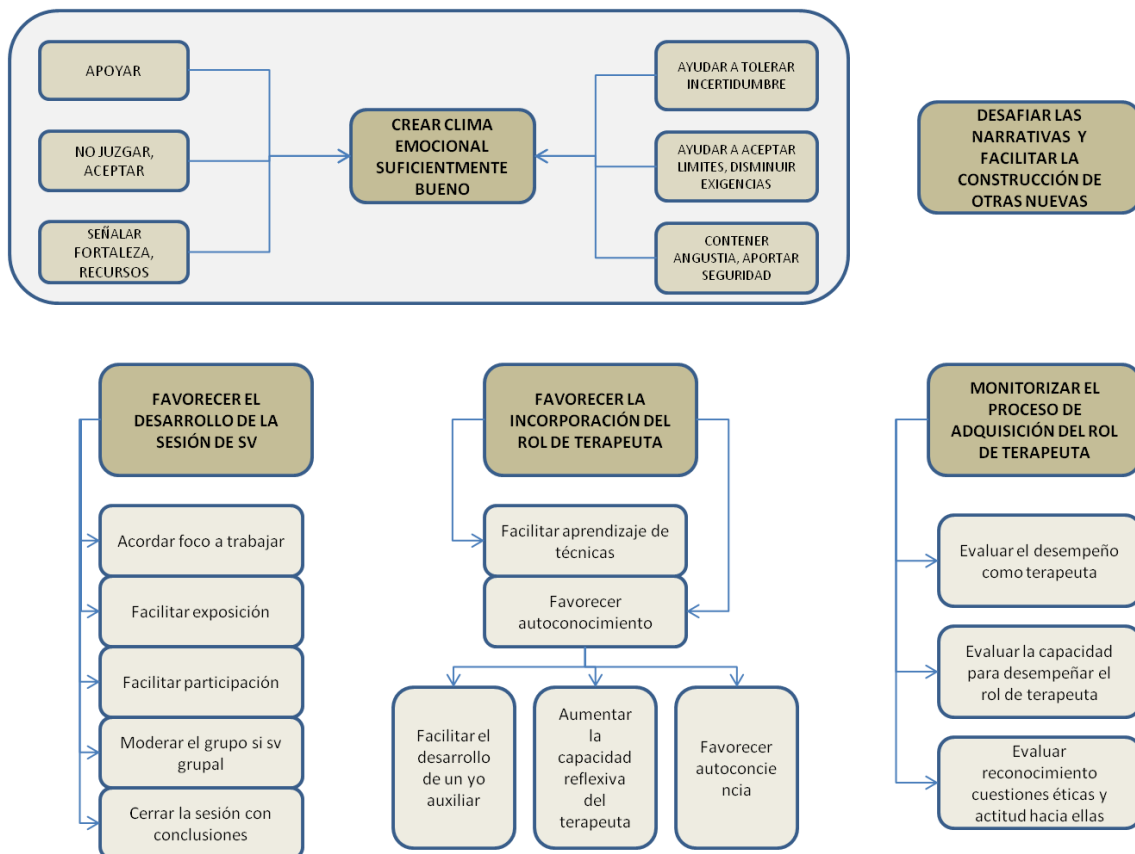


Figura 12. Roles del supervisor

6.- **Algunas variables modulan el rol del supervisor**, bien para acompasarse con la experiencia del terapeuta, en función de que la supervisión sea grupal o individual, puntual o continuada, según la relación supervisor-terapeuta y según la experiencia del supervisor.

- según la experiencia del terapeuta

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:20 (135:137)**

Yo creo que deberíamos distinguir entre una supervisión básica para personas que están comenzando y, luego, ya, una supervisión más fina, que es lo que se puede hacer a partir de segundo, que en el máster se nota mucho.

5: Si es más básica o más compleja, se exigen tareas distintas para el supervisor.

- según el tipo de supervisión

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:55 (309:309)**

Probablemente cuando tienes sólo una oportunidad en un grupo que ves una vez y no vuelves a ver, seguramente salen también los temas de relación, salen de forma diferente. Salen más puntualmente, y a lo mejor te colocas más en un rol más de experto y de técnicas, de aportar cosas. Y el otro te da lugar más a acompañamiento.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:42 (321:321)**

No, pero sí que es verdad que hay diferencia entre las supervisiones que hacemos en el máster y las que yo hago con residentes a largo plazo, esto sí que es verdad. Porque cuando yo conozco a un residente, pues ya sé en qué agujeros se mete, con qué historias. Y sí que tiene que ver con cómo es él, con cómo se vincula...Y bueno, no haces terapia, evidentemente, pero sí que le señalas su tendencia a liarse con determinado tipo de pacientes o a tratar a otros... Pero, bueno, no es una terapia personal, sino que es una forma de.

- según la relación supervisor-terapeuta

### P 1: Grupo Supervisores 1- 1:70 (572:574)

Hay gente que te cuenta una cosa y tú vas a verla y dices "ay, madre, si es que no tiene nada que ver, nada que ver".

5: No, no si eso lo he entendido. Además, eso yo creo que nos pasa a todos, que eso es así. No, pero cuando lo has dicho me ha chirriado que cómo se puede establecer una buena supervisión con alguien de quien desconfías, porque esa cosa, esa relación ya está un poco rara. Me ha resonado un poco como cuando con un paciente ya te colocas un poco en contra y piensas: "a ver cómo voy a ayudar a éste cuando estoy pensando que me la está metiendo doblada".

- según la experiencia del supervisor

### P 2: Grupo Supervisores 2- 2:18 (90:90)

Es verdad que en la supervisión podría haber un medio dirección cuando tienes menos experiencia [como supervisor] hacia la parte que te resulta más cómoda de manejar.

### P 2: Grupo Supervisores 2- 2:37 (158:158)

Yo me juzgaba, yo estaba insegura, con lo cual al otro no me podía permitir, o no me gustaba que él estuviera inseguro, con lo cual mi idea era "te voy a resolver el caso: pa-pa-pa". Claro, en una hora y media, resolver un caso... estaba yo sola, yo creo que los otros se aburrían.

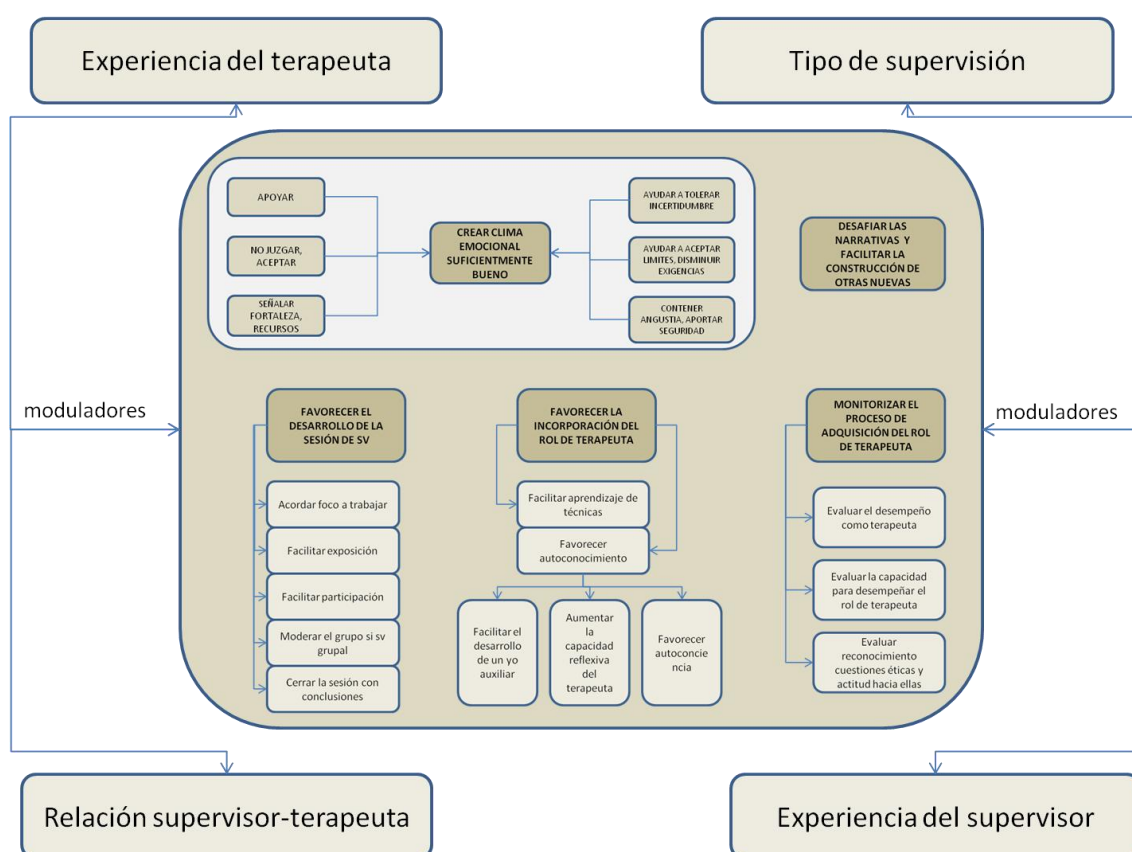


Figura 13. Roles del supervisor y moduladores de rol

## 1.2. RESUMEN SOBRE LOS ROLES DEL SUPERVISOR

La supervisora facilita el desarrollo del terapeuta. Para ello desempeña roles relacionados con:

- Propiciar la generación de un clima que posibilite la colaboración supervisor-terapeuta.
- Favorecer el desarrollo de la sesión de supervisión
- Desafiar las narrativas aportadas por el terapeuta y facilitar la construcción de nuevas narrativas
- Favorecer la incorporación del rol del terapeuta
- Monitorizar el desarrollo del terapeuta

Existen variables que modulan los roles del supervisor: la experiencia del terapeuta, el tipo de supervisión (grupal vs individual; puntual vs continuada), la relación supervisor terapeuta y la experiencia del supervisor.

ROLES DEL SUPERVISOR		
Propiciar la <b>generación de un clima</b> que posibilite la colaboración supervisor-terapeuta.	Apoyar	
	No juzgar, aceptar	
	Señalar fortalezas y recursos	
	Ayudar a tolerar la incertidumbre	
	Ayudar a aceptar de límites en la relación de ayuda, disminuir la exigencia sobre el paciente, sobre sí mismo y sobre el supervisor	
	Contener la angustia y aportar seguridad	
Favorecer el <b>desarrollo de la sesión</b>	Acordar foco a trabajar	
	Facilitar exposición	
	Facilitar participación	
	Moderar el grupo si supervisión grupal	
	Cerrar la sesión con conclusiones	
Desafiar las narrativas aportadas por el terapeuta y facilitar la construcción de nuevas narrativas		
Favorecer la <b>incorporación del rol de terapeuta</b>	Facilitar el aprendizaje de técnicas	
	Favorecer el autoconocimiento	Facilitar el desarrollo de un yo auxiliar
		Aumentar la capacidad reflexiva del terapeuta
		Favorecer la autoconciencia
<b>Monitorizar</b> el desarrollo del terapeuta	Evaluar el desempeño como terapeuta	
	Evaluar la capacidad para desempeñar el rol de terapeuta	
	Evaluar el reconocimiento de cuestiones éticas en la clínica y la actitud ante las mismas	
MODULADORES DEL ROL DEL SUPERVISOR		
Experiencia del terapeuta		
Tipo de supervisión		
Relación supervisor-terapeuta		
Experiencia del supervisor		

Tabla 8. Roles del supervisor en el discurso de los supervisores

### 1.3. EXPECTATIVAS

#### 1.3.1 LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

##### 1.3.1.1 SOBRE LO QUE ESPERAN DE LOS SUPERVISORES

1. Que el supervisor facilite una base segura, en un clima de confianza y apoyo.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:17 (49:49)**

Que tenga incluso esta actitud más de escucha, empática. O sea, de que de igual lo que te está pasando, de que estés cabreadísimo con el paciente, o que estés reproduciendo las cosas estas que te mete y que no te sientas juzgado o que es una crítica que te pueda inhibir, sino que te apoye, te entienda en eso, me parece fundamental.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:20 (49:49)**

Toda la parte de revisarse a uno mismo, ¿no? Que tiene la supervisión... Pues claro, hacer eso con cuidado [...] que tenga la habilidad de producir un clima y una relación conmigo que a mí me permita sacar esas cosas con tranquilidad. Y luego poder recoger eso y poder orientarlo y optimizarlo para el bien de la terapia y también para que tú no te dañes.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:16 (45:45)**

que te señale, te ponga nombre a cosas que tú crees que estás hablando, o haciendo cualquier cosa, sí que también vengo con la expectativa pero porque me parece fundamental para que yo también pueda tranquilizarme en la propia supervisión y expresar todo lo que me está pasando, hasta las dificultades.

2. Que refuerce las fortalezas y señale los aciertos además de los errores.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:45 (151:151)**

Y yo como expectativa, estaba pensando ahora, yo creo que a nivel personal, mi mayor expectativa cuando superviso es no irme con la sensación de que soy malísima terapeuta. Por lo menos que me digan que algo bueno puedo tener ¿sabes? [risa] Y ya luego las demás, pero la primera yo creo que es esa.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:15 (82:82)**

Yo echo un poco de menos que me diga un poco más los fallos. Siempre es ¿tu como lo harías? Pues que me diga un poco "pues esto creo que no lo has hecho bien, pues porque no has secuenciado al paciente", o no sé... Cosas que igual no me doy cuenta porque todavía no sé y siempre es el dejarte a ti. Que está muy bien para hacerte responsable del caso y para ir viendo que eres terapeuta y ..... Pero no sé, muchas veces no te dicen "oye, que esto lo has hecho mal". Y yo he agradecido mucho cuando me han hecho ver algo que hacía mal para no repetirlo.

3. Que proporcione una mirada externa

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:9 (25:25)**

Que el supervisor me diera *feedback*, me ayudara a ver cosas que a mí me estaban pasando desapercibidas y a desbloquear a lo mejor algunas cosas o algunas dificultades que tenía con el paciente y que además se había conseguido que la gente participara bastante y eso me había ayudado a plantearme el caso de otra manera.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:19 (90:90)**

como que te vas con cosas más claras. Y dices, "ah, entonces esto ¿se puede abordar desde aquí?". Como que sí que nos han abierto el trabajo.

4. Que ayude a identificar y tener en cuenta aspectos transferenciales y contratransferenciales

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:4 (23:23)**

iba un poco perdida y que sí es verdad que mi caso me enseñó bastante porque me hicieron pensar qué me podía estar a mí pasando con esa paciente. Y de alguna manera

me dieron alguna pista de cómo enfrentarme a esa paciente en mi próxima cita y de hecho, lo hice, y me quedé bastante tranquila.

#### 1.3.1.2 SOBRE LO QUE ESPERAN DE LOS SUPERVISORES EN CUANTO AL CONTENIDO DE LA SUPERVISIÓN

1. Que proporcione una receta mágica. Una expectativa identificada por supervisores y terapeutas como de los primeros inicios de la formación. Se pierde enseguida.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:23 (62:62)**

yo era algo que pensaba que iba en ese camino. Un problema, un caso, una dificultad, y una respuesta.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:25 (66:66)**

al principio que te esperas que te de la solución o que te diga cómo hacer.

2. Que proporcione pautas concretas de actuación. Como la anterior, es una expectativa que se pierde con la experiencia.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:14 (45:45)**

Tú traes un caso que te supone una dificultad o que estás un poco atascada y que no sabes por dónde seguir y sí que de alguna manera esperas pues eso, que te de más pautas, que te digan más o menos en qué línea continuar

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:10 (56:56)**

Yo creo que sin querer, vamos inconscientemente, llevamos el caso para que nos den la solución. Muchas veces llevamos el caso que tenemos superatascado o que nos ha quedado un sinsabor..Nosotros como gente inexperta y así, siempre vamos con la duda por delante y como que no lo hacemos bien, y parece que lo llevamos un poco para que nos digan qué tengo que hacer, qué me ha pasado, o...yo por lo menos, voy así. Luego las cosas pueden cambiar. Pero sí, más o menos, inconscientemente, lo llevo un poco para que me den la solución a todo esto.

3. Que enseñe técnicas

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:31 (83:83)**

Yo he supervisado en dos ocasiones y con estilos completamente diferentes. Entonces, por ejemplo mi primera supervisión fue más orientada al proceso, quizás a algunas técnicas, o qué cosas puedo intentar con el paciente probar. Y entonces a la segunda venía más con esa expectativa. Y entonces quizás a la segunda venía más con esa expectativa. Y la segunda fue más orientada a qué me estaba pasando a mí con esa paciente. Y me fui sabiendo qué me estaba pasando y cuál estaba siendo mi dificultad pero sin saber muy bien qué hacer la siguiente sesión. Entonces claro, como he tenido en este contexto sólo dos, pues mi expectativa de la segunda tenía mucho que ver con cómo había sido la primera supervisión. Y estoy pensando también los primeros aspectos que he señalado de función de la supervisión, el de más que te de herramientas o técnicas y más de que cree un clima que puedas hablar de qué te está pasando.

4. Que ayude a orientarte situándote en el proceso terapéutico con respecto al paciente

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:15 (53:53)**

Cuando llevas a un paciente yo muchas veces lo que necesito es que me busquen otra vía de salida, es el fallo que no encuentro. Es un poco lo de sacarte una visión más global, para que te guíen un poco, pero, sí que te indiquen un camino para poder seguir buscando cosas, esa es mi sensación.

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:9 (54:54)**

Yo lo que espero de la supervisión es que, dependiendo de cada caso, ser capaz de no quedarnos en lo superficial o en la queja del paciente, como nos explican, sino de

llegar al quit de la cuestión, qué es realmente lo que necesita el paciente y a mí eso me parece complicado. ¿Y qué espero del supervisor? Pues no sé, que nos guíe para conseguirlo.

## 5. Que ayude a reflexionar

### **P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:27 (70:70)**

Que no es el que da la respuesta sino el que hace las preguntas adecuadas. Me parece...

### **P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13: (393:393)**

Sugerir lo que tengo que hacer no, pero que a lo mejor me hicieran preguntas que me hicieran a mí cuestionarme de tal forma que yo descubra o identifique mi necesidad y cubrir esa necesidad que yo tengo.

## 6. Que facilite la apertura a otros puntos de vista, otras narrativas

### **P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:21 (51:51)**

Muchas veces yo he visto que también, pues eso, señalan tus puntos fuertes, no sólo los débiles y como que muchas veces te hace preguntas en las que a lo mejor tú nunca te habías parado a pensar y a raíz de ahí surgen nuevas cosas.

### 1.3.1.3 SOBRE LO QUE ESPERAN DE LOS SUPERVISORES EN CUANTO AL ESTILO DEL SUPERVISOR

Respecto al estilo del supervisor, terapeutas noveles esperan un supervisor directivo, que se centre en las dificultades concretas del caso y ocasionalmente en las dificultades del terapeuta, que modere el grupo sin perder el foco de la supervisión, y que al final de la sesión haya extraído conclusiones claras. El terapeuta espera irse de la supervisión sabiendo que hacer en la próxima sesión con el paciente.

### **P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:34**

Que te de sugerencias para trabajar que a ti no se te hayan ocurrido.

### **P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:22 (116:116)**

Que el moderador centre el debate, si se hace un debate, en el caso clínico. Y en objetivos en caso clínico, no tampoco en la teoría de la clase, porque la teoría de la clase ya la sabemos todas, sino centrarlo en el paciente, aunque no le conozca.

Terapeutas más experimentados, y en función también de variables personales, esperan más bien preguntas por parte del terapeuta que les lleven a reflexionar sobre aspectos que no se habían planteado, a cambiar su visión por otra ampliada y novedosa. Esperan hacerla suya.

### **P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:30 (83:83)**

O sea, no tanto la solución de "Bueno, con este problema que nos estás planteando que estás atascada, haz esto", sino en el camino hacia la solución, ir concretando un poquito más.

### **P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:63 (395:395)**

Más que sugerir que te ayuden a hacerte consciente tú de cosas, porque es como los niños que están aprendiendo. Si tú le dices "mira, haz esto", pues es muy fácil, pero a lo mejor el proceso que el niño tiene que hacer, pues no lo va a hacer. Nosotros estamos aprendiendo. Nos tienen que facilitar el camino, pero tampoco dárselo hecho.

### 1.3.1.4 SOBRE LO QUE ESPERAN DEL SUPERVISOR EN CUANTO A SU CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN



Los terapeutas esperan del supervisor que sea capaz de adaptarse tanto a su nivel de experiencia como a su estilo personal.

**10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:19 (49:49)**

Que el supervisor se adapte a tu forma de trabajar, creo que va muy implícito en la relación, en la propia relación de respeto, siendo una persona que ya está llevando a un paciente, pues que pueda entender, "bueno, pues lo estás haciendo así, pues yo me adapto". Bueno, pues lo estás haciendo así, pues yo me adapto. Sea el modo de lo que tenga, o lo que sea, se adapta a tu forma de enfocar el caso, a tu propia formulación, ¿no?

Sugerir, por ejemplo, una técnica desconocida por el terapeuta, puede vivirse como frustrante o como reto. Algunos esperan consejos y otros se molestarían si se los dieran.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:40 [ (131:133)**

yo creo que también la propia expectativa de "que me orienten, qué puedo hacer", está implícito en "que me orienten, qué puedo hacer que yo sepa o me sienta cómoda haciendo". Entonces, por ejemplo, yo no tengo ni idea de psicodrama, si a mí me dicen "pues vendría perfecto -lo que hablábamos ayer- pues hacer una escultura". Entonces [risas] me salgo de aquí más acojonada de lo que he entrado, claro, porque en realidad no tengo ni idea de cómo manejar eso. Generaría al final más angustia con el paciente que si me dice algo que más o menos creo que puedo manejar y creo que lo voy a poder llevar bien en una línea en la que me sienta cómoda ¿sabes? Como que va muy implícito.

5: Yo lo viviría como un reto, como diciendo. Pues sí, [risas], pero bueno... Pero sí lo seguiría viviendo como dices tú, un poco con sensación de inseguridad e intranquilidad. Pero a lo mejor eso te incentiva para intentar otras cosas con el paciente.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:57**

yo creo que en este punto de nuestra formación, un consejo no lo vería de más. "Yo esto lo haría así". Que no quiere decir que a lo mejor lo vaya a hacer uno así. Porque a lo mejor tú conoces a la paciente, sobre todo como lo hacemos así que es traer un papel y no es posible hacerlo así.

-Porque quien supervisa es un profesor y si yo lo traigo aquí será por algo, te traigo el caso por algo. Que el profesor te dijera, pues mira, yo no conozco a tu paciente, pero por lo que me cuentas, yo creo que podrías hacer esto así.

-Yo creo que también reforzarte positivamente, pues que piensas que igual alguien ha dicho que quería informárselo a su adjunta primero y ha dicho que no, que lo que ella puede aportar como persona que acaba de empezar, que también es muy positivo.

-a mí personalmente no me gusta que me den consejos.

#### 1.3.1.5 SOBRE LO QUE LOS SUPERVISORES ESPERAN DE ELLOS

- Dificultad para imaginar qué pueden esperar de ellos. Se centran en cómo presentar el caso a supervisión

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:33 (99:99)**

Eso es lo que no nos queda claro, lo que no sabemos.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:40 (220:220)**

Creo que la mayoría de los supervisores creen que la formulación es la manera de sacarle más partido. No es por hacer la formulación, sino pues por hacerte las preguntas que te hace la formulación,

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:41 (138:138)**

Yo creo que también el hecho de que el caso que llesves, pero que, tampoco he formulado, pero que sea algo que no, el caso puntual de algo que no te sirva para nada, sino que estés implicado tú de manera, más allá de que sea un caso del que tengas mucha información, sino en el que tú tienes un papel activo en esa intervención o en esa relación terapéutica, que no sea un caso sin más del que hay mucha información, pero bueno, que te sirva, que lo

vayas a aprovechar, ...

- Exponerse:

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:18 (73:73)**

Que seas capaz de exponerte un poco, de abrirte y de demostrar esa parte más débil, o no sé si débil, pero como esa parte de vulnerabilidad un poco tuya. O sea, yo creo que va a ser mucho más provechosa también la supervisión, que seas capaz de reflexionar, que vaya tirando del hilo y que tú vayas enganchando, que traigas un caso también bien estructurado, con información.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:49**

También esperan esa parte de generosidad, de abrirse y contar incluso cosas que tampoco son muy agradables para esa persona, de reconocer errores o de hablar de cosas más personales o más íntimas, que se exponga.

- Que expliciten sus expectativas:

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:53**

O igual que si tienes dudas concretas las plantees ¿no?

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:54**

Yo si estuviera supervisando a alguien, ¿en qué quieres que te ayude? Vamos a orientar un poco, igual tú también puedes plantear: "pues aquí me gustaría esto". Que suelen preguntar al principio por qué traes este caso, explica un poco qué es para ti... aunque luego surjan más cosas, pero bueno. Qué te habías planteado tú.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:55**

Claro que tú puedas expresar tus expectativas de que tú te has planteado qué dificultades tienes, o sea, por qué traes este caso

- Que estén dispuestos a cuestionarse y a hacerse preguntas:

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:20 (79:79)**

Que nos cuestionemos cosas de cómo lo estamos haciendo.

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:20 (108:108)**

yo creo que esperan eso, sobre todo que pensemos y reflexionemos y nos atrevamos a decir cómo lo ve cada uno, aunque a lo mejor varios compañeros por ahí lo hayan visto de una manera y tú lo veas de otra, pues que no te lo quedes ahí dentro, que lo saques. Y a lo mejor también esperan que no sólo llevemos estos casos más complicados en los que estamos más bloqueados, sino también otros más sencillos, que entiendo que también se puede sacar de casos en los que no te atascas tanto. Como que la supervisión no sea sólo para lo complicado.

- Participar:

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:17 (103:103)**

Supongo que esperará que participemos, por lo menos, ¿no?

- Mirar dentro:

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:23 (120:120)**

Pero yo creo que lo que quiere saber un supervisor es, cómo no, por qué nos desenvolvemos también frente a unas situaciones y por qué tan mal frente a otras. Y también, ayudándonos a nosotros a ver por qué nos desenvolvemos mal en ciertas situaciones también nos ayuda con el caso

- Disposición a escuchar cosas distintas:

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:47**

Apertura a escuchar lo que te pueda aportar tanto el supervisor como otro compañero. Que creo que es lo que pasa, pero que en cierto modo, la persona que viene a supervisar venga abierta a

escuchar distintas ideas.

- Dejarse ayudar:

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:12**

Que el supervisando se deje ayudar, y que reciba, que esté en una supervisión de dejarse recibir...

1: ... abierto a cómo hacer, a que le digan cosas.

2: A exponerse y a no defenderse, porque a veces también, uno a lo mejor cuando trae alguna cosa, siente que igual le pueden criticar o algo. Que no viva las sugerencias como unas críticas... es una cosa para ayudar.

- Los terapeutas noveles consideran que el supervisor espera que ellos se adapten a la forma de trabajar del supervisor.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:32 (158:158)**

Si cada moderador quiere una cosa pues que incluso antes te lo diga, se ponga en contacto contigo, porque claro, también cada uno quizá plantea la sesión de una manera. Pues a lo mejor para el que lo trae estaría bien conocer qué se espera con anterioridad. Si es un criterio igualitario, pues igualitario para todas las sesiones. Y si no el que te vaya a supervisar pues se ponga en contacto contigo quince días antes y te diga "oye mira, a mí me gusta plantear la sesión así, ¿qué te parece?". Y lo traes acorde.

#### 1.3.1.6 SOBRE LO QUE LA SUPERVISIÓN NO PUEDE DAR

La supervisión no puede decir qué hay que hacer

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:24 (63:63)**

Tus expectativas no son cumplidas en la medida en que tú esperas buscar una solución.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:34 (99:99)**

Y un poco lo que decías tú, nos vemos tan inseguros con ese paciente, habiéndola cagado varias veces conforme lo has preparado te has dado cuenta de ello y tal, que quieres, a veces yo sobre todo al principio era como una lista de cosas que hacer. Y luego al final es que es igual que entre nosotros, no podemos decirles a los pacientes lo que tienen que hacer porque eso no valdría para nada. Entonces esa es una expectativa que yo sí que tenía mucho al principio cuando me veía más inexperta, pero que ahora he visto que no es de las partes más importantes.

#### 1.3.2 LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

##### 1.3.2.1 SOBRE LO QUE CREEN QUE LOS TERAPEUTAS ESPERAN DE ELLOS

##### 1.3.2.1.1 SOBRE LO QUE CREEN QUE LOS TERAPEUTAS ESPERAN DE ELLOS EN CUANTO A LA RELACIÓN SUPERVISOR TERAPEUTA

- a. Que el supervisor facilite una base segura, en un clima de confianza y apoyo

**P 2: Grupo Supervisores2 - 2:59 (370:378)**

Y yo creo que dentro de este espacio el vínculo me parece también otra de las dimensiones básicas para trabajar. Que el vínculo sea un vínculo de confianza, de apoyo, de...

4: De no crítica...

2: De cariño, de aceptación incondicional

4: Porque yo creo que eso lo agradecen un montón los resis, el que no pongas en crítica ninguna intervención que hacen.

2: De aceptación incondicional.

- b. Que refuerce las fortalezas y señale los aciertos además de los errores.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:28**

Muchas veces es que les digas lo que tienen que hacer con el paciente en concreto o si han hecho bien o no, pero otras veces...

**P 4: Grupo Supervisores 4 - 4:37**

"apóyame en lo que estoy haciendo, confírmame que lo hago bien" o...

2: Una cosa que también hay que hacer, cuando alguien está logrando un avance.

- c. Que proporcione una mirada externa

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:32 (199:203)**

Sería ver más claro cosas que tienen que ver con el paciente, cosas que tienen que ver con el propio terapeuta y cosas que tienen que ver con el vínculo.

2: Con el vínculo, claro. Con los vínculos.

3: Sería ver más claro, que yo creo que tiene que ver con lo que decía..., que es posible porque ves desde fuera, ves desde otro punto de vista.

- d. Que ayude a identificar y tener en cuenta aspectos transferenciales y contratransferenciales

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:31 (173:173)**

Y yo creo que, al principio, se esperan cosas que tienen que ver con lo que pasa.... con el paciente y, conforme pasa el tiempo, yo creo que esperan más cosas que tienen que ver con lo que les pasa a ellos con el paciente y con la institución, yo creo que van abriendo el foco

**1.3.2.1.2 SOBRE LO QUE CREEN QUE LOS TERAPEUTAS ESPERAN DE ELLOS EN CUANTO AL CONTENIDO DE LA SUPERVISIÓN**

- a. Que proporcione una receta mágica. Una expectativa identificada por supervisores y terapeutas como de los primeros inicios de la formación. Se pierde enseguida.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:41 (303:303)**

Yo lo veo muy en el sentido de R1, que es tener en la cabeza todos los cajoncitos diagnósticos y que tú le digas cuál es la receta mágica para saber si es un trastorno bipolar o una esquizofrenia. Es esa especie de cosa de "¿dónde puedo encontrar cómo hago o como ayudo a un diagnóstico?". Y entonces transmitir que es que no trabajamos con diagnósticos en ese estilo que busca la pregunta, que cuando tenga en qué cajoncito lo coloco, ya tengo el resto definido. Yo creo que hay mucho de pedir eso, "¿dónde está el libro gordo que me va a decir qué diagnóstico...?".

- b. Que proporcione pautas concretas de actuación. Como la anterior, es una expectativa que se pierde con la experiencia.

**P 2: Grupo Supervisores2 - 2:28 (134:134)**

Muchas veces es que les digas lo que tienes que hacer con el paciente en concreto o si has hecho bien o no, pero otras veces...

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:56 (377:377)**

Que es pensar que lo que te ofrece el supervisor es un modelo, eso ya es bastante refinado. Puede ser peor. Porque, claro, puedes esperar que el supervisor te diga qué es lo correcto, que te dé seguridad. Yo creo que eso con la gente que está empezando eso es muy frecuente, ¿no? Lo que vienen es a preguntarte qué es lo que hay que hacer. O a buscar la seguridad,

- c. Que enseñe técnicas

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:36 (215:215)**

yo creo que parte de la supervisión también tiene que ver con, parte de cualquier aprendizaje tiene que ver con el dominio de las técnicas . Entonces, creo que hay que dar la posibilidad de que puedan aprender unas técnicas a lo largo del aprendizaje.

- d. Que ayude a orientarte situándote en el proceso terapéutico con respecto al paciente

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:35 (213:213)**

El otro lo que quiere es contar lo que ha hecho y que alguien le diga si eso que ha hecho es razonablemente sensato y qué otras cosas puede hacer de aquí en adelante

- e. Que ayude a reflexionar

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:28**

la experiencia que tengo también depende del nivel de experiencia que tenga el terapeuta. Si le llamamos terapeuta el que venga a supervisar y a ti te colocas en el papel de supervisión. Entonces, los más jóvenes yo creo que lo que piden es soluciones. Quieren cosas concretas. Y los que tienen más veteranía, para mí, yo creo piden más "enséñame a pensar".

- f. Que facilite la apertura a otros puntos de vista, otras narrativas

**P 2: grupo Supervisores 2- 2:68**

Lo que agradecen es, cuando está ahí, o no lo han concluido, o no lo han hecho...

2: Y se lo han dicho miles de veces, y de repente es como "ah, sí, ya lo sabía yo, joder, no soy tan torpón, esto ya lo sabía".

3: Nuevo quizá no es la palabra, es rescatar algo que está ahí que sintoniza con lo que dice, pero diferente, no sé si es, es perspectiva diferente, o visión diferente, otras gafas.

**1.3.2.1.3 SOBRE LA ADAPTACIÓN DEL SUPERVISOR**

- g. Expectativas sobre la adaptación del supervisor al terapeuta: adaptarse al terapeuta, a su estilo, a su experiencia, a su carácter.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:32 (175:175)**

yo creo que depende mucho de la persona, depende del carácter, de la forma de ser de los residentes y tú eso te das cuenta. Entonces, yo creo que hay que amoldarse un poco a eso

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:99 (742:742)**

Yo creo que también se tiene que aproximar un poco a la expectativa del supervisando. Yo creo que también muchas veces, alguien supervisa algo, te está diciendo algo, que le queda en la estratosfera a... o sea, yo he visto algunas supervisiones...que, de lenguaje, de las respuestas, quiero decir, que se pueda aproximar a la expectativa o al nivel del supervisando, que tenga cierta flexibilidad.

**1.3.2.2 SOBRE LO QUE LA SUPERVISIÓN NO PUEDE DAR**

- a. Decirle al terapeuta lo que tiene que hacer

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:38 (250:250)**

Respuestas concretas. Yo creo que la gente espera respuestas concretas y nosotros lo que tenemos que hacer es devolverles preguntas y hacerles pensar, más que decirles "esto es lo que hay que hacer o esto es lo que...".

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:39 (252:254)**

Sí, es a lo que me refería con ser directivo, de alguna manera, es decir "tú lo que tienes que hacer es esto, esto y esto".

5: Hombre, que a veces eso es lo buscado. Muy al principio, yo buscaría eso también.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:55 (371:371)**

"qué harías tú si fueras yo, si estuvieras en mi lugar"

b. Convertir la supervisión en terapia

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:40 (281:281)**

Hacerle terapia al supervisando.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:32 (118:118)**

Claro, la pregunta es “lo que no debe de cubrir”, o qué crees que no. Y efectivamente eso es muy importante, el pase de terapia a supervisión, ese entrenamiento, es formación.

CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Los aspectos centrados en la construcción de la alianza de supervisión son comunes a supervisores y terapeutas.

Ambos grupos esperan de la supervisión que el terapeuta salga reforzado, empoderado.

También es común la valoración de la **experiencia del terapeuta** como un **modulador** de las expectativas: en su práctica, terapeutas y supervisores encuentran que la inexperiencia del terapeuta se asocia con la expectativa de que les sean aportados elementos muy concretos que puedan poner en práctica con el paciente en la siguiente sesión. Más adelante, lo que esperan ambos es participar en la co-construcción de nuevas visiones o en el descubrimiento de aspectos que hasta entonces no habían sido contemplados.

DIFERENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

1. Son los terapeutas los que, al hablar de lo que esperan, centran una parte del discurso sobre el **estilo del supervisor**, en concreto, a si debe ser más o menos directivo. A la luz de los textos, se utiliza el concepto supervisor directivo con dos acepciones: el que mantiene una estructura muy clara en la sesión de supervisión y el que proporciona elementos concretos con los que afrontar la siguiente sesión con el paciente. Las diferencias están en que en los grupos de terapeutas parecen existir aspectos personales implicados en la preferencia o no por un supervisor directivo (esta discusión aparece básicamente en los grupos de terapeutas con menos experiencia y no hay acuerdo en cuál sería el estilo preferido) y en los grupos de supervisores, este aspecto aparece únicamente relacionado con la experiencia del terapeuta: consideran que terapeutas noveles esperan un supervisor directivo, que se centre en las dificultades concretas del caso y ocasionalmente en las dificultades del terapeuta, que modere el grupo sin perder el foco de la supervisión, y que al final de la sesión haya extraído conclusiones claras. El terapeuta espera irse de la supervisión sabiendo que hacer en la próxima sesión con el paciente. Terapeutas más experimentados, y en función también de variables personales, esperan más bien preguntas por parte del terapeuta que les lleven a reflexionar sobre aspectos que no se habían planteado, a cambiar su visión por otra ampliada y novedosa. Esperan hacerla suya.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:28 (56:56)**

la experiencia que tengo también depende del nivel de experiencia que tenga el terapeuta. Si le llamamos terapeuta el que venga a supervisar y a ti te colocas en el papel de supervisión. Entonces, los más jóvenes yo creo que lo que piden es soluciones. Quieren cosas concretas. Y los que tienen más veteranía, para mí, yo creo piden más “enséñame a pensar”. También siempre hay esta parte, porque cuando traes algo a psicoterapia, a supervisión, normalmente sueles tener algún problema, alguna dificultad, y siempre hay implícitamente esa demanda de “ayúdame a resolver”. Pero toleran más ese plan menos directivo los más veteranos.

**P 1: Grupo Supervisores 1 - 1:30 (171:171)**

Yo creo que, cuanto más nuevo seas, pues esperas que todo sea mucho más estructurado. O sea que te digan que tiene, qué hay que hacer con este diagnóstico, que te den una técnica que no sé cuanto... y que, cuando vas teniendo más años, pues esperas cosas totalmente distintas.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:22 (116:116)**

Que el moderador centre el debate, si se hace un debate, en el caso clínico. Y en objetivos en caso clínico, no tampoco en la teoría de la clase, porque la teoría de la clase ya la sabemos todas, sino centrarlo en el paciente, aunque no le conozca.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:57**

Yo creo que en este punto de nuestra formación, un consejo no lo vería de más. “Yo esto lo haría así”. Que no quiere decir que a lo mejor lo vaya a hacer uno así. Porque a lo mejor tú conoces a la paciente, sobre todo como lo hacemos así que es traer un papel y no es posible hacerlo así.

-Porque quien supervisa es un profesor y si yo lo traigo aquí será por algo, te traigo el caso por algo. Que el profesor te dijera, pues mira, yo no conozco a tu paciente, pero por lo que me cuentas, yo creo que podrías hacer esto así [...]

-a mí personalmente no me gusta que me den consejos.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:34**

Que te de sugerencias para trabajar que a ti no se te hayan ocurrido.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:63 (395:395)**

Más que sugerir que te ayuden a hacerte consciente tú de cosas, porque es como los niños que están aprendiendo. Si tú le dices “mira, haz esto”, pues es muy fácil, pero a lo mejor el proceso que el niño tiene que hacer, pues no lo va a hacer. Nosotros estamos aprendiendo. Nos tienen que facilitar el camino, pero tampoco dárnoslo hecho.

2. La **experiencia previa en la supervisión** (haber sido supervisado o no) modula la expectativa del terapeuta: en general, se espera que las supervisiones venideras se asemejen a las que ya han tenido lugar.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:31 (83:83)**

yo he supervisado en dos ocasiones y con estilos completamente diferentes. Entonces, por ejemplo mi primera supervisión fue más orientada al proceso, quizás a algunas técnicas, o qué cosas puedo intentar con el paciente probar. Y entonces a la segunda venía más con esa expectativa. Y entonces quizás a la segunda venía más con esa expectativa. Y la segunda fue más orientada a qué me estaba pasando a mí con esa paciente. Y me fui sabiendo qué me estaba pasando y cuál estaba siendo mi dificultad pero sin saber muy bien qué hacer la siguiente sesión. Entonces claro, como he tenido en este contexto sólo dos, pues mi expectativa de la segunda tenía mucho que ver con cómo había sido la primera supervisión. Y estoy pensando también los primeros aspectos que he señalado de función de la supervisión, el de más que te de herramientas o técnicas y más de que cree un clima que puedas hablar de qué te está pasando.

3. Los terapeutas noveles consideran que el supervisor espera que ellos se adapten a la forma de trabajar del supervisor.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:32 (158:158)**

Si cada moderador quiere una cosa pues que incluso antes te lo diga, se ponga en contacto contigo, porque claro, también cada uno quizá plantea la sesión de una manera. Pues a lo mejor para el que lo trae estaría bien conocer qué se espera con anterioridad. Si es un criterio igualitario, pues igualitario para todas las sesiones. Y si no el que te vaya a supervisar pues se ponga en

contacto contigo quince días antes y te diga “oye mira, a mí me gusta plantear la sesión así, ¿qué te parece?”. Y lo traes acorde.

- Los supervisores especifican que la supervisión es formación, entrenamiento, no es **terapia**. Ni el objetivo es cambiar el carácter del terapeuta. Los terapeutas no contemplan entre sus expectativas que la supervisión se convierta en terapia, pero sí que se aborden aspectos personales que salen a la luz en el proceso psicoterapéutico con el paciente o sentimientos contratransferenciales. Cómo hacerlo, con qué límites, cómo explicitar esta demanda... lo veremos al tratar los aspectos en los que se centra la supervisión.

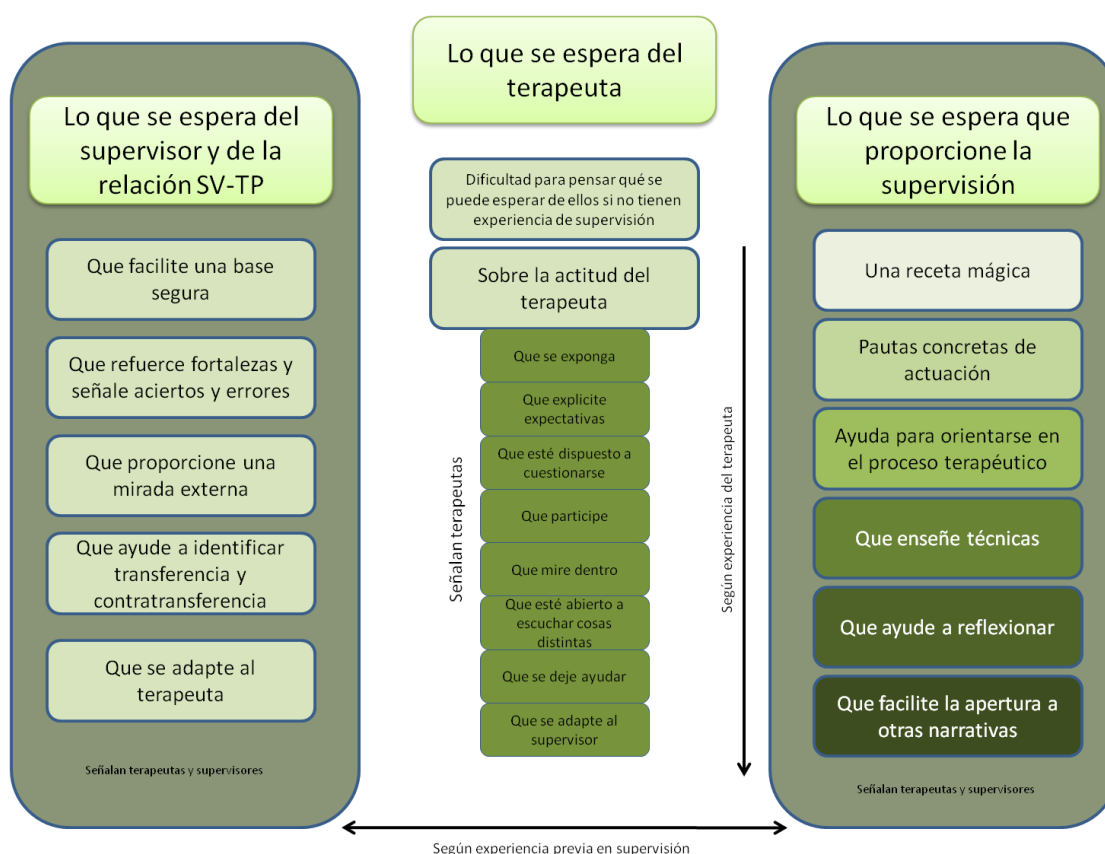


Figura 14. Expectativas sobre la supervisión



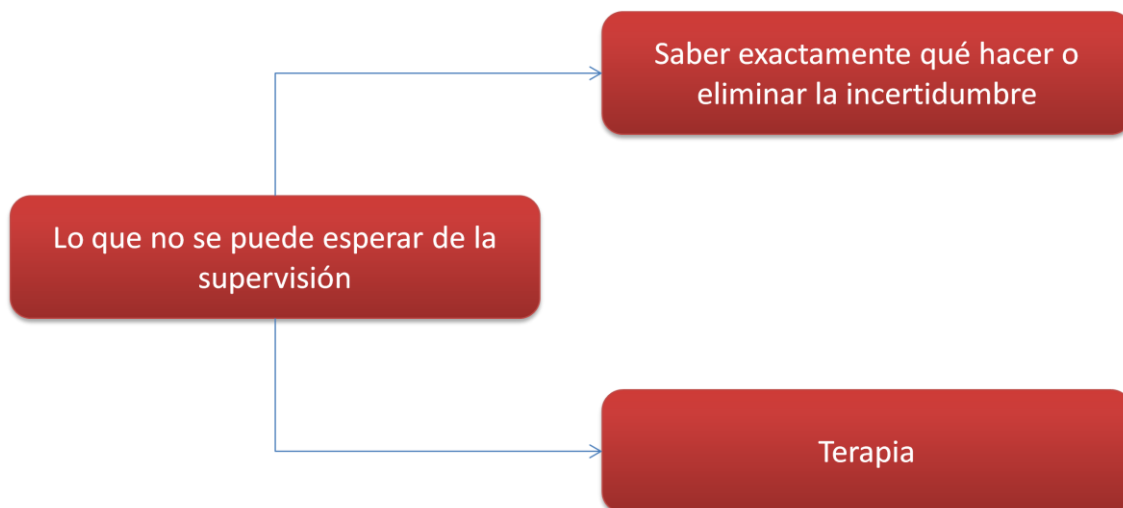


Figura 15. ¿Qué no se puede esperar de la supervisión?

### 1.3 RESUMEN EXPECTATIVAS

Terapeutas y supervisores esperan:

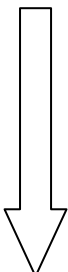
- **Sobre la relación supervisor-terapeuta:** un clima de confianza, apoyo y no crítica en el que se les facilite exponer el caso que traen y a ellos mismos en su rol de terapeuta. Esperan sentirse apoyados, acompañados. Les gustaría que se les señalaran fortalezas personales y, respecto al caso que traen, qué han hecho bien y qué errores han cometido. Esperan del supervisor que les ayude a tener una mirada más amplia y comprensiva que abarque al paciente, al terapeuta, a la relación que establecen entre ellos y, en ocasiones, la institución en la que tal práctica se lleva a cabo.
- **Sobre qué proporciona la supervisión:** esperan orientación (en el sentido de saber dónde están con el paciente y por dónde pueden seguir), seguridad, aumento de su capacidad reflexiva y apertura a nuevas perspectivas o aspectos no contemplados previamente. Cómo conseguir esto puede verse como un proceso que varía a lo largo de la experiencia del terapeuta (aunque la experiencia del terapeuta no es la única variable que influye en esta expectativa; también hay variables personales): inicialmente esperan ayuda muy concreta en aspectos relacionados con dificultades con el paciente, aprender técnicas. Más adelante, la persona del terapeuta se incluye como foco de la supervisión, como miembro del sistema paciente-terapeuta-relación y como cuidador que también precisa ser cuidado. Esperan poder ver más claro y sentirse más seguro en ese sistema y tolerar mejor la incertidumbre y los miedos que sienten en su rol de terapeutas. En este sentido, podríamos hablar de un continuum de expectativas: "receta mágica", pautas concretas, técnicas, orientación, reflexión.
- **Sobre el estilo del supervisor:** esperan que el supervisor se adapte al terapeuta, a su estilo, su experiencia.

La experiencia del terapeuta y la experiencia previa en supervisión modulan las expectativas que tienen los terapeutas.

### ¿Qué se espera del terapeuta?

- Los terapeutas con menos experiencia en supervisión (algunos no tienen ninguna experiencia) tienen dificultad para pensar qué pueden esperar de ellos los supervisores y tienden a centrarse en **cómo deben presentar el paciente a supervisión**: formulado o no para psicoterapia..., en todo caso, un paciente sobre el que hayan reflexionado previamente, que les plantee alguna dificultad y en el que se encuentren implicados, con el que vayan a seguir trabajando si es posible.
- Los terapeutas con mayor experiencia en supervisión reflexionan, además, sobre la **actitud** que consideran que el supervisor espera de ellos, actitud relacionada con la creación de la relación supervisor-terapeuta y con su crecimiento: que expongan sus expectativas con claridad, que se cuestionen, participación, reflexión, honestidad para reconocer dificultades personales y/o errores, valentía para exponerse, apertura para dejarse ayudar, para atreverse a pensar de otra manera.
- Los terapeutas más noveles consideran que el supervisor espera que se adapten a él

**¿Qué no se puede esperar de la supervisión?** Terapeutas y supervisores coinciden en que la supervisión no proporciona una “fórmula mágica” ni un “manual de instrucciones” con el que aproximarse al paciente, sabiendo sin duda alguna lo que hacer y habiendo eliminado la incertidumbre. Los supervisores consideran que la supervisión no debe cubrir esta expectativa pero los terapeutas, en general los más noveles, sí la traen y esperarían un supervisor más directivo y unívoco, que les dijera “esto es lo que hay que hacer” y proveyera la sesión de supervisión de una estructura clara. Con la experiencia del terapeuta, esta expectativa se pierde. Los supervisores explicitan que la supervisión, aunque en ocasiones señale aspectos de la persona del terapeuta que están interfiriendo con la terapia, no es terapia.

		Aspectos comunes a SUPERVISORES Y TERAPEUTAS	Aspectos distintos en SUPERVISORES	Aspectos distintos en TERAPEUTAS
EXPECTATIVAS SOBRE LA RELACIÓN SUPERVISOR-TERAPEUTA	Como se construye una relación que facilita una base segura desde la que sentirse empoderado (el terapeuta) y que permita ver aspectos (del paciente, el propio terapeuta o la relación entre ambos) que no contemplaba	Que el supervisor facilite una base segura, un clima de confianza y apoyo		
		Que refuerce fortalezas y señale aciertos y errores		
		Que proporcione una mirada externa		
		Que ayude a identificar y tener en cuenta aspectos transferenciales y contratransferenciales		
EXPECTATIVAS SOBRE EL CONTENIDO DE LA SUPERVISIÓN	<p>Qué proporciona</p> <p>Variación de lo que se espera en función de la experiencia del terapeuta</p> 	Que proporcione una receta mágica <sup>1</sup>		
		Que proporcione pautas concretas de actuación <sup>2</sup>		
		Que ayude a orientarse en el proceso terapéutico		
		Que enseñe técnicas		
		Que ayude a reflexionar		
		que facilite la apertura a otras narrativas		
EXPECTATIVAS SOBRE EL ESTILO DEL SUPERVISOR		Modulado por la experiencia: de más a menos directivo		Aspectos distintos a la experiencia del terapeuta intervienen en la preferencia por un supervisor más o menos directivo
				Terapeutas noveles consideran que se espera que sean ellos los que se adapten al estilo del supervisor
EXPECTATIVAS SOBRE LA ADAPTACIÓN DEL SUPERVISOR		Que el terapeuta se adapte al estilo, experiencia y características del terapeuta		
MODULADORES DE LO QUE SE ESPERA DEL SUPERVISOR				
		Experiencia		Experiencia previa en supervisión

<sup>1</sup> Supervisores y terapeutas identifican estas expectativas en una fase muy inicial del terapeuta. Ambos consideran que esta expectativa se pierde con el tiempo

<sup>2</sup> Supervisores y terapeutas identifican estas expectativas en una fase muy inicial del terapeuta. Ambos consideran que esta expectativa se pierde con el tiempo

		Aspectos comunes a SUPERVISORES Y TERAPEUTAS	Aspectos distintos en SUPERVISORES	Aspectos distintos en TERAPEUTAS
QUÉ SE ESPERA DEL TERAPEUTA	Dificultad para pensar en qué se puede esperar de ellos, especialmente cuando no hay experiencia previa en supervisión			Cómo formular el caso
	Sobre la actitud del terapeuta en la supervisión			Exponerse
				Que expliciten sus expectativas
				Que estén dispuestos a cuestionarse y hacerse preguntas
				Participar
				Que “miren dentro”
				Disposición a escuchar cosas distintas
LO QUE NO SE PUEDE ESPERAR DE LA SUPERVISIÓN	Manual de instrucciones, fórmula mágica	No puede decir exactamente qué hacer ni eliminar la incertidumbre		Dejarse ayudar
				Terapeutas sin experiencia en supervisión sí tienen esta expectativa
	Hacer terapia al terapeuta, cambiar su carácter		Sólo los supervisores señalan que la supervisión no es terapia	Los terapeutas no esperan que la supervisión sea terapia pero sí que se señalen o aborden aspectos personales si estos están interfiriendo con la terapia

Tabla 9. Expectativas sobre la supervisión. Semejanzas y diferencias en el discurso de terapeutas y supervisores

## 1.4.- PROCESO DE LA SUPERVISIÓN

### 1.4.1 TIPO DE SUPERVISIÓN

#### 1.4.1.1 SEGÚN LA PRESENTACIÓN DEL MATERIAL: MATERIAL ESCRITO VS MEDIOS AUDIOVISUALES LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

Lo más habitual es trabajar sobre el material escrito que aporta el terapeuta en base a sus propias notas del caso obtenidas durante o después de cada sesión.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:58 (261:261)**

Escribir un resumen del caso, ¿no? Yo creo que es lo que hemos hecho. O la idea que yo tenía de preparar el siguiente, de hacerlo dentro de dos semanas. Hacer un resumen de la historia y...

Conocen poco y han utilizado poco las grabaciones, especialmente las grabaciones en vídeo, pero consideran que proporcionan datos no dependientes del recuerdo del terapeuta (como sí es necesario al elaborar el material escrito), aspectos de la comunicación no verbal de paciente y terapeuta y cuestiones relacionadas con cómo se desenvuelve el terapeuta.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1 - 9:59 (263:263)**

¿Se puede hacer que grabar una entrevista?

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:61 (275:279)**

Yo lo había leído, pero claro como es tan complicado, grabar, consentimiento y esto es mucho más trabajo que escribir un resumen. Pero creo que sería también algo que enriquecería más la supervisión, aunque nos cueste.

Conductora grupo: ¿en qué sentido crees tú que enriquecería?

F: Por ver la comunicación no verbal, ver al paciente, ver cómo se maneja, verte a ti... Que los compañeros y el supervisor te vean cómo te manejas, también incidir en eso.

Utilizando este tipo de material se sienten más expuestos.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:62 (287:289)**

Como que te expones más también, es como que bueno... Tú cuentas las dificultades pero las dificultades que tú ves desde ti, pero si lo grabas... Me sentiría como mucho más expuesta, ¿no? Porque es como si estás ahí y todo el mundo va a ver... todo lo que haces mal

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:18 (99:103)**

Pues por falta de... hábito, o porque yo creo que también, lo que hablábamos antes, que nos defendemos un poco yo creo a ese tipo de métodos.

2: Es exponerse y a ver qué me dicen, te quedas así como desnuda a veces. Y luego también, aquí parece que se estila bastante grabar, pero en otros medios no es nada frecuente, es incluso hasta raro.

#### LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

Lo más habitual es trabajar sobre el material escrito que aporta el terapeuta

**P15: Grupo Supervisores 4n- 15:6 (73:73)**

Se pide que lo traigan escrito. Esto cumple varios propósitos. Se pregunta por qué trae precisamente eso, se hace una recapitulación final, se pregunta qué te llevas.

**P15: Grupo Supervisores 4n- 15:8 (70:70)**

Pido la formulación. En 1º la revisamos. En 2º que la lleve aunque no la leemos.

Los supervisores consideran que el material audiovisual se utiliza poco pero, de hacerlo, aportaría riqueza a la supervisión

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:81 (666:666)**

La hecho más de menos: un material grabado, no solamente por escrito, yo creo que vendría mucho mejor, no solamente para los residentes, sino para los alumnos del máster. En muchos momentos tenemos que hacer rol-playing o cosas más expresivas porque yo creo que está bien y nos gusta y porque aparecen más de estas cosas que te resultan más fácil que aparezca algo más sorprendente o más novedoso que no estés viendo por el relato por escrito.

CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Ambos encuentran que la forma más frecuente de presentación del material para supervisión es la escrita.

DIFERENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Los terapeutas tienen muy poca experiencia con la presentación de material audiovisual para supervisión, no necesariamente es el formato preferido por los terapeutas, en relación a la vulnerabilidad que sienten con una exposición mayor.

**1.4.1.2 SEGÚN LA CONTINUIDAD: SUPERVISIÓN CONTINUADA VS SESIÓN ÚNICA DE SUPERVISIÓN**

Uno de los aspectos que señala la existencia de dos tipos distintos de supervisión es la continuidad o no en el tiempo. Y resultan distintos tanto en el contenido de las sesiones como en el papel del supervisor, el vínculo entre supervisor y terapeuta o los aspectos que de evaluación tiene la supervisión.

LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

El **contenido de la sesión**. Los terapeutas consideran más provechosa la supervisión continuada. En una supervisión continuada o de proceso el foco de la supervisión se desplaza al proceso psicoterapéutico y los aspectos relacionados con la persona del terapeuta.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:30 (154:154)**

Yo sí que diferencio por ejemplo en el hospital que la supervisión que yo haga es todas las semanas, todas las semanas que veo al paciente pues tengo supervisión el viernes. Entonces, eso es un seguimiento que te puede ayudar más. Pero aquí es diferente, entonces sí que veo que tengo que considerarlo de otra manera. Allí pues en me ayudan más en el sentido de "prueba a hacer esto", "prueba a hacer lo otro", "por qué no has probado esto..." Y aquí voy a traer un caso y me van a comentar ese momento puntual del caso, entonces, claro, en realidad voy a sacar menos, pero... Pero sí creo que es nutritivo.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:77 (277:277)**

Vamos, yo superviso con una psicóloga privada, porque no tengo en el hospital y no me supervisan. O sea, me encanta también las supervisiones individuales, que aunque se basan mucho en la parte personal, pero también me dan muchas claves, más que de posibilidad de técnica a lo mejor de teoría, de cómo trabajar, con los niños, de usos de algunas técnicas.

**Relación supervisor-terapeuta.** Se crea un fuerte vínculo ente ambos en una relación de supervisión continuada.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:83 (309:309)**

En la parte más personal no es lo mismo, con una persona que siempre sea la misma persona además, si supervisas a nivel individual con el mismo terapeuta, tú ahí creas un clima de confianza que no es lo mismo que el supervisor sea cada vez uno...

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:31 (135:135)**

Yo también he utilizado este pero tú solo con el supervisor. Y... me parece a veces más conflictivo. No sé por qué, si porque te abres más y tienes más confianza. O sea, le conoces y eso a veces, dependiendo del *feeling* que tengas con el supervisor, pues lo notas. Yo lo he hecho con adjuntos

míos y claro, es que te atreves a decir cosas, ya te conocen más, saben un poco por dónde puedes ir tú, y la otra persona que la ves aquí, la ves un día en tu vida, es más complicado.

La continuidad o no en el tiempo también modula los aspectos que caracterizan a la supervisión grupal. Que cambien o no los compañeros del grupo y el supervisor dará lugar a escenarios diferentes y a posibilidades de trabajo también distintas.

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:33 (162:162)**

Yo creo que también es difícil eso que decía María de que cada vez tenemos un supervisor y también que el grupo de supervisión no siempre son los mismos participantes, que también si el grupo fuera, pues como los grupos dart, siempre el mismo. Tendría una cosa negativa a lo mejor, que sería que no tienes puntos de vista diferentes como si estás cambiando pero te daría más confianza de exponerte más. Pues eso... a lo mejor traer un vídeo, pero un vídeo en el que sales tú.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:87 (323:323)**

Yo estaba pensando que a lo mejor no sólo el hecho de que hayamos pasado de primer curso a segundo curso y tengamos más conocimiento, sino el hecho de que nos conozcamos y tengamos más confianza entre nosotros ha favorecido que salgan esas cosas más personales. Que también el ambiente en el que te haga sentir el supervisor y los compañeros, afecta un montón.

**LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES**

El **contenido de la sesión**. Se abordan con más frecuencia los aspectos relacionados con el caso, con la técnica, con la formulación cuando hablamos de supervisión puntual. En una supervisión continuada o de proceso, además de estos, el foco de la supervisión se desplaza al proceso psicoterapéutico y los aspectos relacionados con la persona del terapeuta.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:22 (147:151)**

Tendríamos lo que es individual y luego grupal, lo que es supervisar, vamos a decir...

5: el recorrido..

3: el recorrido entero de la terapia, o lo que es supervisar en una ocasión, es decir, con los pacientes, con los alumnos del máster, tú supervisas un caso que no vas a volver a ver. Pero cuando tú estás supervisando [...] estás supervisando a alguien que te va a contar la siguiente sesión. Y eso yo creo que cambia mucho las cosas...

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:54 (279:293)**

Trae otro caso... es como que acabas construyendo un foco de cuál es la dificultad o qué tipo de dificultad está teniendo el residente con los pacientes: lo acabas conociendo. Acabas viendo dónde está su...

1: Cuando hay continuidad con el terapeuta.

5: Con el residente, sí. Y la supervisión está guiada, pues a veces aunque te traiga un caso y a lo mejor el caso da igual, se queda atascado, pero al final lo que tú vas viendo es dónde se atasca él. Dónde se atasca el residente. Y cuando te trae el siguiente caso se atasca en lo mismo, no sé si me explico...

5: Sin darte cuenta tienes un foco de las dificultades del residente.

1: Del conflicto relacional...

5: Sí, algo así.

1: Pero fíjate, pensándolo así, realmente, en una supervisión que tenga continuidad al final el crecimiento del terapeuta, ¿tiene que ver con la toma de conciencia de sus modos de relación?

Es habitual que aparezcan en la supervisión aspectos relacionados con la **contratransferencia o con la persona del terapeuta**. Pero se abordan de forma distinta si hay o no continuidad en el tiempo. Pueden o no señalarse en una supervisión

individual, ayudar a tomar conciencia de una dificultad. La supervisión de proceso da más lugar al acompañamiento al terapeuta.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:55 (309:309)**

Probablemente cuando tienes sólo una oportunidad en un grupo que ves una vez y no vuelves a ver, seguramente salen también los temas de relación, salen de forma diferente. Salen más puntualmente, y a lo mejor te colocas más en un rol más de experto y de técnicas, de aportar cosas. Y el otro te da lugar más a acompañamiento.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:94 (830:830)**

Pero el ayudarles a ser conscientes... tú date ese pequeño espacio que le pones en la imaginación un darte cuenta. Punto. No me lo cuentes, no me cuentes la escena, no me cuentes nada, pero... ese ser consciente, yo creo que ya está ¿no?

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:66 (371:371)**

Vas sabiendo de qué pie cojea cada uno.

No es posible volver sobre la supervisión de sesión única. El supervisor puede tener dudas de haberla cerrado lo suficientemente bien como para que el terapeuta se vaya tranquilo.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:93 (812:814)**

Hay un punto ahí en que si te has pasado un poco o no sabes bien si eso ha ayudado o no cuando no hay una continuidad. Porque si hay continuidad al final en la siguiente puedes explorar, oye, qué ha pasado, cuando te has ido al cabo, pero a lo mejor en el momento, como tú dices: a la semana ya lo que me has dicho igual... ¿no? Entonces por lo menos si hay una continuidad es algo que puedes recoger y que está bien.

Ahora muchas veces cuando tengo esa sensación se lo devuelvo y le digo que eso no acaba aquí, que buscase a alguien en un momento dado que pueda ayudarte en una historia tal y le dejo caer como que le queda un poco de curro...

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:77 (436:438)**

Sí, exacto, y el que supervisa en el grupo, en estos grupos de resis, que también salga con una experiencia buena en el sentido de "me he sentido cuidado, me he sentido comprendido" o "he visto que aunque esté liado, se entiende".

4: Eso es básico, para el que se expone es básico. Más allá de que des con una solución, una estrategia o un tratamiento, que salga bien, o sea, tranquilo.

**El rol del supervisor** también cambia si la supervisión es puntual o continuada: desarrolla un rol más de experto si es puntual.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:24 (40:42)**

Sí, o incluso transupervisoresales [supervisiones transversales] en el sentido de que no conoces a la gente. No conoces al grupo. No sé si me explico, son como dos espacios creo distintos.

4: Ese es como un papel más de experto: te piden que supervises un caso desde lo sistémico, desde lo cognitivo-conductual, desde... Y haces un papel más de experto, independientemente de qué personas son las que están, no sabemos ni sus nombres, mientras que del residente te sabes muchas más cosas de él.

**Relación supervisor-terapeuta.** Se crea un fuerte vínculo ente ambos en una relación de supervisión continuada.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:42 (203:203)**

muchas de las supervisiones que hacemos en el máster es un «aquí te pillo, aquí te mato» en una hora y media. Yo no sé si esto debería ser algo secuencial, en varias sesiones, donde uno también va acompañando al otro en esa propia tarea... Yo también a veces entiendo una supervisión como algo más reglado, que lleva más tiempo, y donde estableces una relación, un vínculo y donde hay un trabajo ahí en medio.



Los supervisores señalan el riesgo de permitir que se desarrolle una relación muy asimétrica con el terapeuta, de tal manera que dificulte su crecimiento y la ventaja de sentirse más seguros por el mejor conocimiento del terapeuta.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:57 (325:325)**

Y ahí la dificultad también está en desde el principio yo creo, no generar como una admiración que a veces es evitable. Pero llega tal-tal, a lo mejor coges, haces un genograma, dices "pues mira, tal-tal, pum-pum", se deslumbran, y entonces ya es como directamente siempre "dime esto, dime lo otro". Entonces yo creo que hay que hacerlo de tal forma que ellos vayan dando con la clave, pero que no se den cuenta. No dar clase, que no se den cuenta, luego se crea una admiración, o un solucionador, y te van buscando por lo pasillos: "oye mira que tal, que es tan majo, que este no sé qué, este paciente..." Y yo creo que eso es muy importante desde el principio, quizá supervisar menos, no llegar hasta el final de la supervisión aunque lo tengamos muy muy claro, sino quedarnos más atrás para que ellos sean los que vayan más despacito llegando. Si no, luego te colocas ahí en una posición de súper solucionador que a ver cómo sales de ahí. Y no es bueno para ellos, porque no crecen, sino que aprenden a preguntar, no a pensar.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:138 (370:375)**

Claro, pero la diferencia estaría en el nivel de exposición, realmente. ¿no? Digo, lo que me resonaba con lo que decías, que cuando tú estás en un grupo dos años y tal, hay cohesión, hay seguridad, ¿no? En un grupo ideal, porque también puede ser un grupo que no funcione así. Pero el resultado es el mismo, o apertura o cierre, del que expone su problema o ¿qué más cosas?

3: También vas sabiendo de qué pie cojea cada uno.

1: Igual seguridad también del supervisor, ¿pero esas son las dimensiones?

3: Repetición de pautas, ¿no? De problemas de los supervisandos. Esa seguridad viene del conocimiento.

La continuidad o no en el tiempo también modula los aspectos que hemos señalado más arriba como característicos de la supervisión grupal. Que cambien o no los compañeros del grupo y el supervisor dará lugar a escenarios diferentes y a posibilidades de trabajo también distintas.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:64 (368:368)**

Sí. Es muy complejo... También dependen de cómo sea el grupo, es decir, aunque no es exactamente una supervisión, no es lo mismo estar dos años en un DART con las mismas personas, que supervisar a un grupo un día. Creo que eso es importante, son diferentes.

Los aspectos de evaluación que tiene la supervisión (evaluación del desempeño, adquisición de habilidades,...) pueden confundirse con juicios y dificultar la supervisión continuada.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:77 (624:624)**

Estaba pensando en dos aspectos que se me han venido a la cabeza con lo que decís. Yo creo que en individual, con un residente que llevas mucho tiempo, influye mucho también el tipo de relación porque yo creo que, en muchos casos, muchos residentes se están sintiendo juzgados y se pueden sentir que luego vas a contar que ha hecho o que dice... Yo creo que es uno de los problemas que hay con residentes en el centro, que es por lo que muchas veces oscurece más el tema de la supervisión porque...

**CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS**

Supervisores y terapeutas señalan que el hecho de que la supervisión sea de sesión única o continuada modifica el foco de la supervisión y la relación supervisor terapeuta.

#### DIFERENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Los supervisores abordan algunos aspectos sobre las diferencias que aparecen en la supervisión si hay o no continuidad en el tiempo que no han aparecido en los grupos de terapeutas:

- Sobre el trabajo en supervisión con aspectos contratransferenciales y la persona del terapeuta: es habitual que aparezcan en la supervisión aspectos relacionados con la **contratransferencia o con la persona del terapeuta**. Pero se abordan de forma distinta si hay o no continuidad en el tiempo. Pueden o no señalarse en una supervisión individual, ayudar a tomar conciencia de una dificultad. La supervisión de proceso da más lugar al acompañamiento al terapeuta.
- Sobre el cierre de la sesión: no es posible volver sobre la supervisión de sesión única. El supervisor puede tener dudas de haberla cerrado lo suficientemente bien como para que el terapeuta se vaya tranquilo.
- Sobre el rol del supervisor: el **rol del supervisor** también cambia si la supervisión es puntual o continuada: desarrolla un rol más de experto si es puntual.
- Sobre la relación supervisor-terapeuta: Los supervisores señalan el riesgo de permitir que se desarrolle una relación muy asimétrica con el terapeuta, de tal manera que dificulte su crecimiento y la ventaja de sentirse más seguros por el mejor conocimiento del terapeuta.
- Sobre la evaluación: los aspectos de evaluación que tiene la supervisión (evaluación del desempeño, adquisición de habilidades,...) pueden confundirse con juicios y dificultar la supervisión continuada.

#### 1.4.1.3 SEGÚN LA EXPERIENCIA. SUPERVISIÓN BÁSICA VS SUPERVISIÓN AVANZADA

Otro de los aspectos que configuran el tipo de supervisión es la experiencia del terapeuta. Tenemos así **supervisión básica y avanzada**. El foco de la supervisión básica serían aspectos generales de la psicoterapia. La supervisión avanzada estaría más relacionada con dificultades específicas con un caso concreto y con aspectos experienciales. Cabe destacar que esta diferenciación ha sido señalada únicamente por supervisores.

#### LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

Cabe destacar que esta diferenciación ha sido señalada únicamente por supervisores.

#### **P 4: Grupo Supervisores 4- 4:69 (155:155)**

No, fíjate, que, lo que decíamos es que, si la supervisión es una experiencia que te tiene que poner en disposición de aprender, es posible que, en lo que puede tener que aprender una persona que está empezando, haya mucho de conocimientos, ¿no?, o de reflexión sobre la naturaleza de lo que estás haciendo, "¿te das cuenta?"... cuando estás supervisando a alguien que tiene mucha más experiencia, lo que tienes es que poder facilitarle, a lo mejor, que se dé cuenta de que este paciente en este momento, por lo que sea, te está sacando de quicio y te está haciendo perder esto. Que entonces lo que tiene es que mirar para dentro, para darse cuenta de

lo que de éste caso concreto le ha descolocado. Entonces yo creo que ésa es la diferencia. aquí no estás...yo creo que, al final...En un caso, hay una cosa que tiene mucho más que ver con un aprendizaje sobre la psicoterapia en general; y, en el otro caso, te vas desplazando a algo que tiene mucho más que ver con un aprendizaje sobre lo que te sucede en un caso particular.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:28 (56:56)**

La experiencia que tengo también depende del nivel de experiencia que tenga el terapeuta. Si le llamamos terapeuta el que venga a supervisar y a ti te colocas en el papel de supervisión. Entonces, los más jóvenes yo creo que lo que piden es soluciones. Quieren cosas concretas. Y los que tienen más veteranía, para mí, yo creo piden más "enséñame a pensar". También siempre hay esta parte, porque cuando traes algo a psicoterapia, a supervisión, normalmente sueles tener algún problema, alguna dificultad, y siempre hay implícitamente esa demanda de "ayúdame a resolver". Pero toleran más ese plan menos directivo los más veteranos.

**1.4.1.4 SEGÚN EL NÚMERO DE PARTICIPANTES: SUPERVISIÓN GRUPAL VS SUPERVISIÓN INDIVIDUAL**

El último de los tipos de supervisión que hemos encontrado se configura en torno al número de participantes. Aspectos como la exposición del terapeuta, el foco en cuestiones relacionadas con su persona, el rol del supervisor, la presencia de un multiverso de miradas y la existencia de factores grupales será distinta en una y otra.

**LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS**

El **nivel de exposición** del terapeuta es distinto en un formato individual que en uno grupal. Los terapeutas se sienten más expuestos en la supervisión grupal, más vulnerables.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:53 (359:359)**

También puedes encontrarte la dificultad de que ciertas cosas en grupo son más difíciles de comentar. Dices "ostras, esto no me apetece mucho comentarlo delante de todos", y en una supervisión individual, pues no sé, se crea una intimidad.

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:32 (226:226)**

Yo creo que te expones entero. Creo que te expones y yo por lo menos estuve... recogí lo que me dijeron muy bien y me encantó y todo, pero sí me sentí muy expuesta, vulnerable también a...no sé. Que fue bien, pero que, lo que dice ella, que si hubieran dicho cosas con las que yo no estaba de acuerdo y que sentía que sólo es mi relación..., podría haberme sentado muy mal también.

La supervisión grupal posibilita el aporte de múltiples miradas:

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:34 (181:185)**

A mí me gusta más el grupal.

Conductora del grupo: ¿por qué?

2: Porque hay más interacción, más puntos de vista, no sé... yo lo veo más enriquecedor, para mí. Sería eso sí, si fuera el mismo grupo yo creo que sería un poco mejor, pero yo creo que enriquece de que están varias personas pensando en el mismo caso y sobre lo que tú estás haciendo, sobre el paciente...

Algunos de los factores que se señalan como de utilidad en la supervisión grupal (universalidad, modelado, cohesión), están muy relacionados con la existencia del grupo en sí:

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:20 (117:117)**

Igual estás contando algo con lo que te has sentido mal y hay gente que asiente y dices "pues a este también le ha pasado", y te consuela también. Y dices, no sólo yo he tenido problemas con esta historia. A mí esto me ocurre bastante.

Las funciones del supervisor varían en algunos aspectos cuando la supervisión es grupal: dota a la sesión de mayor estructura y modera el grupo.

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:19 (115:115)**

Yo creo que la grupal al final abor das como más aspectos. Al hacerlo más estructurada, un poco más serio, un poco más formal, eso también te permite igual lo que estamos haciendo aquí, vas más paso a paso y las cosas que normalmente las dejas en el tintero, pues las abor das. Te obliga también a pensarlas. Si no, la otra, te vas directamente también a tus dudas más concretas.

Al contrario, la participación del supervisor puede verse como más activa en la supervisión individual. En esta situación, los terapeutas perciben una conversación más directa y una mayor posibilidad de abordar aspectos relacionados con la contratransferencia o con la persona del terapeuta, siempre que se haya podido establecer una alianza de trabajo supervisor-terapeuta.

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:16 (76:76)**

Otro modo de supervisión es el tú a tú con un terapeuta adjunto. ¿Preferir? Hombre, a mí me resulta más cómodo solamente con un terapeuta, dos a dos, o uno a uno. Solamente con el adjunto, porque yo creo que la ausencia del grupo a mí me facilita un poquito expresar con más intimidad las dudas más de estos temas más transferenciales, yo creo que voy un poquito más allá. Con el grupo también me siento cómodo, pero me parece que me quedo más en cosas más técnicas, o más como más superficiales en ese sentido.

**LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES**

El supervisor aborda menos aspectos personales en un contexto grupal, intentando que la exposición del terapeuta sea tolerable y cuidada:

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:25 (126:128)**

Es también diferente una supervisión individual, es decir, que estés tú con alguien o supervisar a alguien de un caso que trae en grupo. Entonces, yo creo que en las demandas o las ganas de exponerse son totalmente diferentes si estás de tú a tú o si estás en grupo. Y de ahí, a mí es lo que me cuesta también, sobre todo cuando son supervisiones de habilidades o que traen situaciones complicadas con pacientes en grupo, el...

4: Hasta dónde llegas tú, para no exponer mucho al otro.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:74 (414:418)**

A veces tienes que tener mucho cuidado porque de pronto alguien se está exponiendo en un grupo y si le ves con dificultad más desde lo emocional, o desde lo que sea, tienes que ser cuidadoso.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:69 (381:385)**

Sobre todo si vas a metacomunicar, o si vas a hacer cosas más desde lo personal. Y yo en grupo a lo mejor no lo haría, pero luego a lo mejor sí coges a la persona y le dices "bueno, me gustaría decirte que quizá cuando dices tal cosa o quizá cuando lo otro, mira a ver si..." Y a lo mejor no lo haces en grupo, por proteger.

1: Pero eso son señalamientos que tienen que ver con lo personal.

4: Sí, con cosas que esté poniendo en el caso, desde lo relacional, o algo que ha dicho, algo que ha hecho y claro, luego a mí me pega más que tenga que ver con algo suyo. Si estoy en individual, pues se lo digo probablemente, y si estoy en un grupo, probablemente me lo calle.

La supervisión grupal posibilita el aporte de múltiples miradas:

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:17 (121:125)**

En grupo, yo creo que el tema de la evaluación, que es más fácil si no es así, unidireccional, para mí es infinitamente más rico, porque son 10 voces o 5...

5: 10 miradas o 5 distintas.

4: ...las que sean, entonces, cuando hablamos de narrativa o de diferentes miradas, yo a veces siento que no tengo tanta riqueza como para ponerme en muchos sitios distintos. Quizá más que el otro, que está más atado al paciente, a la experiencia concreta, pero, desde luego, el que haya personas diferentes ayuda a dar miradas diferentes.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:44 (287:287)**

el grupo ayuda un montón con estas preguntas que hacen a veces sobre aspectos que luego resulta que son claves.

Algunos de los factores que se señalan como de utilidad en la supervisión grupal (universalidad, modelado, cohesión), están muy relacionados con la existencia del grupo en sí:

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:73 (408:412)**

En la grupal también tienes un ángulo de modelado.

3: Modelado de los demás.

1: Modelado de los demás, de las relaciones. O sea, tienes aporte de puntos de vista y riqueza y tal, como un multiverso, ¿no? dicen los constructivistas, de significados. Pero también es el modelado de ver cómo el otro...

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:90 (786:792)**

Y luego de individual a grupal, yo creo que también, claro. Lo grupal es más agradecido, yo creo en parte.

5: Sí, hombre, la respuesta que dan todos los otros... pues el otro día trajo una R1 una situación pues que lo pasó fatal con un clásico, con ..., vamos, con un clásico del área

4: Que todos lo conocéis y sabéis lo fatal que es...

5: Que todos lo conocemos, bueno, tampoco, o sea, no está mal, pero ella la pobre, fue un momento de la urgencia que lo pasó horrible y lo trajo a habilidades, que acabó llorando, del miedo, del susto de la angustia, de todo ¿no? Le pudieron devolver todos lo que le había pasado con este en concreto y con ese sentimiento de R1.

Ese mismo entorno grupal facilita que sean bien acogidos señalamientos de los compañeros que, si los hiciera el supervisor, podrían entenderse como un juicio.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:16 (115:115)**

yo creo que lo que tú dices de la supervisión en grupo, yo creo que, de algún modo, demuestra que el hecho de que el supervisor no ostente una relación de autoridad con el terapeuta es una ventaja. O sea, que determinado tipo de cosas te las señale tu compañero a veces es más fácil de aceptar que si te las señala alguien que puede parecer que te está juzgando. El hecho de que ese componente evaluativo, en la supervisión, aunque tenga un papel muy pequeño, pero, si en la fantasía es muy grande.

Las funciones del supervisor varían en algunos aspectos cuando la supervisión es grupal: dota a la sesión de mayor estructura y modera el grupo.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:71 (403:403)**

También lo que estabais viendo antes, cuando hablabais de lo grupal, de la estructura, como que en lo grupal había más estructura.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:76 [Sí, en individual yo creo que ..] (622:622)**

Sí, en individual yo creo que participas más y en grupal muchas veces te dedicas más a introducir, a sacar conclusiones, sobre todo si supervisas a segundo, que están ya más rodados. En individual tienes que estar más, participas de otro manera.

Al contrario, la participación del supervisor puede verse como más activa en la supervisión individual. En esta situación los supervisores perciben mayor posibilidad de abordar aspectos relacionados con la contratransferencia o con la persona del

terapeuta, siempre que se haya podido establecer una alianza de trabajo supervisor-terapeuta.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:79 (644:644)**

[en la supervisión individual] puedes señalar mucho más directamente dificultades, pues como comentamos...vamos, algunos residentes traen un paciente que dices, "es que no tiene nada que ver con lo que es el paciente". Entonces puedes comentar las dificultades, la conversación es mucho más directa.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:81 (652:652)**

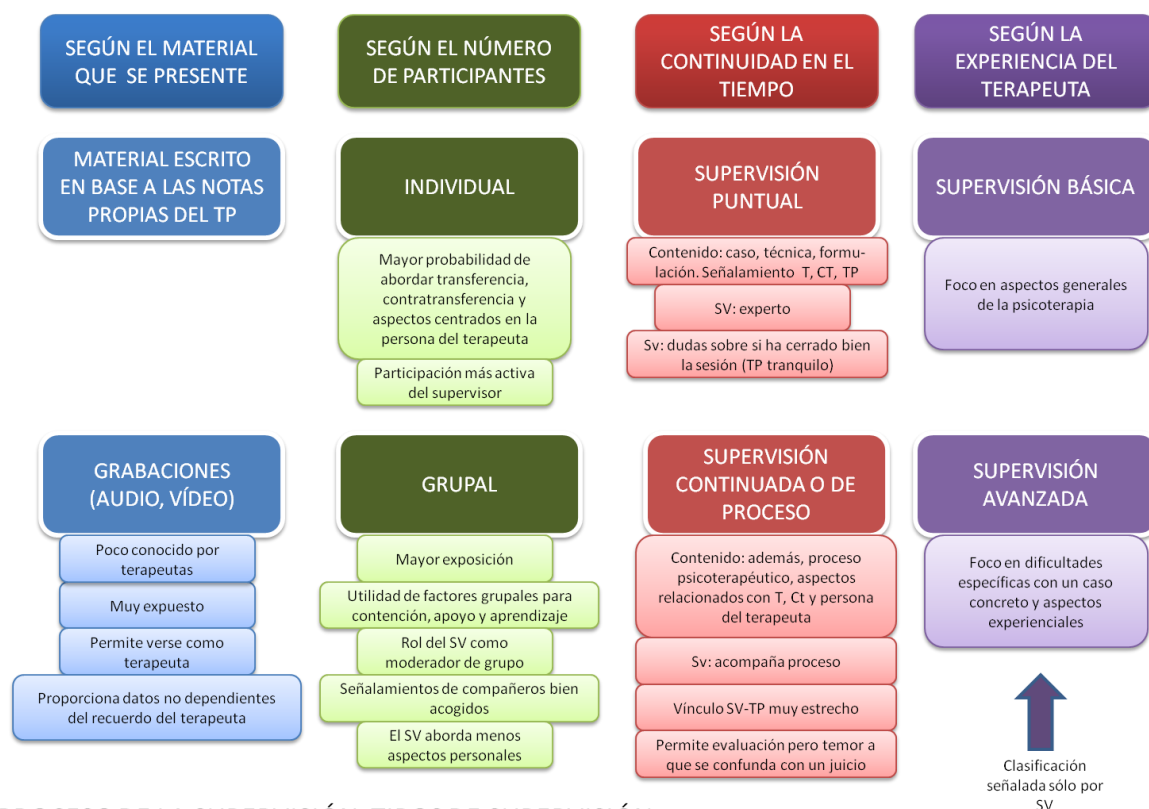
En lo individual, el tono y la forma es otra. Tú le puedes decir al otro: "A ver, estás con un paciente que te cae mal, ¿por qué te cae mal?". Yo en un grupo nunca voy a hablar de esa manera ni a decirlo de esa manera va a ser más cuidado...

**CONVERGENCIA EN LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS**

Terapeutas y supervisores señalan que la supervisión grupal supone una mayor exposición del terapeuta pero cuenta con la ventaja de la existencia de factores grupales como la universalidad o el modelado que aportan un plus sobre la individual. También se señala como ventajosa la existencia de un multiverso de significados. Ambos consideran que el rol del supervisor varía, adoptando el papel del moderador de grupo si la supervisión es grupal. Señalan tanto terapeutas como supervisores que la posibilidad de trabajar sobre aspectos contratransferenciales o centrados en la persona del terapeuta es mayor en la supervisión individual.

**DIFERENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS**

- Al hablar de la exposición de los terapeutas en la supervisión grupal, estos señalan la vulnerabilidad que sienten.
- Al hablar del nivel de exposición de los terapeutas en la supervisión grupal, los supervisores señalan qué aspectos abordan menos en este contexto: menos aspectos personales intentando que la exposición del terapeuta sea tolerable y cuidada.
- Los supervisores señalan que, en la supervisión grupal, son bien acogidos señalamientos de los compañeros que, si los hiciera el supervisor, podrían entenderse como un juicio.



## PROCESO DE LA SUPERVISIÓN: TIPOS DE SUPERVISIÓN

Tabla 16. Proceso de la supervisión: tipos de supervisión

### 1.4.2 ESTRUCTURA Y DINÁMICA

#### 1.4.2.1 ELECCIÓN DEL CASO

##### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

Sólo los terapeutas se detienen a reflexionar sobre la importancia de la elección que hacen del caso a supervisar. Para ellos, la supervisión comienza con la elección del caso. Esta elección puede estar relacionada con particularidades del caso, con un momento determinado del proceso o con dificultades del terapeuta, que no siempre consigue identificar en un primer momento.

#### **P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:48 (190:190)**

Y a mí también me entra la duda de por qué elegimos un caso a supervisar. Por qué elegimos uno determinado, y qué aspectos están implicados en esa elección. ¿Aspectos tuyos o aspectos de que el paciente es un paciente difícil o es un caso bonito?

#### **P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:65 (209:209)**

Es que a mí una cosa que me sorprende es que muchas veces en función de quién supervisa, supervisa, por ejemplo, ella supervisa más en un momento de toma de decisiones, o sea, que depende mucho de nuestras propias características. Yo en momento de toma de decisiones es raro que supervise, yo superviso más en momentos de demasiada implicación, o de cosas, porque yo creo que tiene que ver...

#### 1.4.2.2 EXPLORACIÓN PREVIA Y CONTRATO

En las fases iniciales de una sesión tipo de supervisión hay un tiempo dedicado a explorar y acordar el foco sobre el que se trabajará.

#### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

Los supervisores dedican un tiempo a explorar el foco de supervisión con el terapeuta. La primera pregunta suele ser ¿por qué traes este caso?

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:52 (198:198)**

Por qué expones ese caso, qué es lo que te hace exponerlo, qué es lo que te bloquea en ese caso y explorar eso también...

Esta necesidad de exploración del foco de supervisión se corresponde con la impresión de los terapeutas de que las dificultades por las que supervisan un caso se pueden producir a distintos niveles y que dos terapeutas distintos elegirían un foco distinto si supervisarán al mismo paciente.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:47 (188:188)**

Realmente si es un caso que traes es porque tienes un conflicto, tienes un bloqueo con algo y puede ser algo que te produzca a ti pues un malestar o una angustia o puede ser también pues porque veas que el paciente va mal, que al final también es que te estás frustrando tú, pero a lo mejor te interesa más pues trabajar otro tipo de cosas. Hubo una compañera, no me acuerdo quién fue, es que no me acuerdo... bueno, una compañera que planteaba un caso que decía que lo presentaba porque una paciente que le producía mucho rechazo y que esto le generaba malestar. Una persona que lo está pasando francamente mal y se sentía mal consigo misma por rechazar a esa persona. A lo mejor otra persona lo que puede plantear es que le genera malestar, que tiene ahí un bloqueo, que el caso no va ni para delante ni para detrás y que busca otros puntos de vista a lo mejor para salir de ese bloqueo, que a lo mejor luego tiene también que ver con algo suyo que ni siquiera se estaba dando cuenta de que le estaba pasando, que eso también puede suceder. Por eso yo mejor, como más abierto, porque a lo mejor tú no eres consciente si quiera de por qué tienes ese bloqueo.

#### LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

Los supervisores dedican un tiempo a explorar el foco de supervisión con el terapeuta. La primera pregunta suele ser ¿por qué traes este caso?

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:56 (465:465)**

Yo lo primero que pregunto es por qué ha traído este caso, o sea, por qué este caso y no otro, intentando entender por qué le supone un reto y qué es lo que le preocupa, para centrar un poco la supervisión en eso.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:52 (417:417)**

Intento analizar en qué parte está el dilema en algún momento. Puede ser a nivel institucional, puede ser a nivel de transferencia-contratransferencia, puede ser... A qué nivel intento abrir vías que cierras de debate o de pensar, de razonar, para ver si se aporta algo, o se enriquece algo el caso. A veces, si es un problema técnico, le recomiendas que lea algo, que haga algo, o que hable con alguien o ese tipo de cosas. O sea que para mí habría distintos niveles de intervención.

Esta fase de exploración concluye con el acuerdo, explícito o no, de un “contrato” de supervisión.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:31 (138:140)**

Un contrato, un encuadre...

2: ... un contrato implícito porque si no, es verdad que yo también tengo problemas en decir, bueno, hasta dónde, hasta qué grado de afinidad y profundización emocional llego en este contexto

#### CONVERGENCIA EN LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Ambos grupos señalan la importancia de explorar y acordar el foco de supervisión.



#### DIFERENCIAS EN LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

- Los terapeutas señalan la posible existencia de variables personales que inciden en la elección del foco de supervisión: dos terapeutas distintos elegirían un foco distinto ante el mismo paciente.
- Son los supervisores los que explicitan la importancia de un contrato de supervisión.

#### 1.4.2.3 FOCO

##### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

1. Centrada en el caso: conocer al paciente, psicopatología, técnicas, indicación de psicoterapia, dificultades en el proceso psicoterapéutico

**P14: Grupo Terapeutas1-4- 14:26 (133:137)**

Un poco de buscar qué está pasando, entender al paciente, no tanto a nivel psicopatológico, que también, pero ...

4: Sí, al final...

6: Sí, la psicopatología es la consecuencia, pero buscar cuál es un poco la causa.

**P11: Grupo Terapeutas1-2- 11:27 (107:107)**

A mí técnicas también, el saber qué hacer. Muchas veces estoy con un paciente y es que no sé por dónde tirar. Entonces esa parte de técnicas a mí también me hace bien. O sea, yo la llevo mucho a supervisar.

**P11: Grupo Terapeutas1-2- 11:28 (109:109)**

Yo es que es una suma de ambas: por un lado son las técnicas para saber por dónde continuar, pero por otro lado si llevo algo a supervisión es porque tengo algún problema y seguramente sea por algo en el tipo de relación, porque no consigo... Entonces creo que es relacionado con no avanzar por algo de relación y con no saber técnicas para saber por dónde continuarlo. Lo veo como un poco mezcla.

2. Centrada en la relación terapéutica y aspectos transferenciales y contratransferenciales

**P11: Grupo Terapeutas1-2- 11:21 (87:87)**

todo lo que tiene más que ver con la relación: tanto la alianza con el paciente, pacientes que a lo mejor te cuestan, no sabes cómo engancharlos, como cosas de la transferencia y la contratransferencia es lo que a mí me resulta más difícil y necesito más supervisión.

**P14: Grupo Terapeutas1-4- 14:28 (145:145)**

Los casos que yo suelo llevar, lo que me han hecho reflexionar sobre ellos suele ser sobre la alianza terapéutica más que nada, y la técnica que uso igual también. Siempre me suelo cuestionar a mí, más que cuestionar al paciente, más bien mi trabajo, más que una dificultad en el paciente, en su psicopatología, en su biografía, qué dificultades que tengo yo respecto a él, que, en realidad, engloba también su psicopatología, su..., pero desde mi punto de..., desde mi posición como terapeuta.

**P11: Grupo Terapeutas1-2- 11:25 (99:99)**

Yo creo que es con lo que más sorprendida estoy también ahora mismo, con esa sensación de sentirte incómoda, de sentirte mal con un paciente, que antes pues yo qué sé, antes de meterte en la práctica no parecía que fuese eso tan frecuente. Pero no sé si es más porque ahora... eso es lo que más me preocupa.

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:14 (72:72)**

Yo recuerdo alguna otra de "qué puedo hacer porque me siento con mucho miedo", o "es que me cae mal y no le soporto", esas cosas yo creo que también son importantes mirarlas, porque al final te están impidiendo realizar tu labor como terapeuta.

3. Centrada en aspectos personales del terapeuta

Regularmente, emerge una demanda de supervisión relacionada, a propósito de un caso, con aspectos personales del terapeuta que van más allá de los sentimientos contratransferenciales que le aparecen en relación con ese caso...

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:53 (204:207)**

O sea, igual en el guión de la formulación pondría una última que fuera: ¿qué te pasa a ti con este paciente? Claro, igual es un poco personal, pero "Si quieres, punto número 16, ¿qué te ha pasado?".

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:54 (209:211)**

Aunque a lo mejor son cosas nuestras que nos bloquean y también sería interesante explorarlo.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:44 (264:264)**

En una nos centramos mucho en lo que suponía para el que trajo el caso, porque era un caso que despertaba muchos sentimientos en la persona que seguía a ese paciente y era un poco el "¿por qué te pone a ti así?". Y luego ya todo el mundo llevó cosas de qué les ponían a ellos de otros pacientes y eso fue un poco el caos.

... y de lo personal se vuelve a la tarea

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:57 (251:251)**

Con cuidado, también, porque tenemos el peligro de estar... porque en el fondo como eso es lo que nos preocupa de verdad, tenemos el peligro de estar toda la supervisión hablando de eso. También sabiendo que en algún momento habrá que volver a la formulación del caso que también hay que aprender eso. Que muchas veces nos sentimos muy cómodos hablando de "no pues a mí...". Hablando de sensaciones y de sentimientos, pero que también...

**LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES**

- Centrada en el caso: conocer al paciente, técnicas, indicación psicoterapia, dificultades en el proceso psicoterapéutico

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:45 (387:387)**

Yo me centro bastante en el caso, por un lado. En lo que trae él como caso, que evidentemente, con todos los sesgos que todos tenemos alrededor del paciente, yo cuento el paciente, como, según lo que yo he pensado; yo te cuento el paciente a ti y yo he pensado ya y me he hecho una hipótesis en la cabeza y te lo voy a contar para que tú te hagas la misma hipótesis.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:14 (153:153)**

Intentar ver el mundo interno del paciente

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:38 (192:192)**

También intento aportar alguna técnica. Irlas dando alguna herramienta. Cada vez lo hago más conscientemente. Qué puedo aportar de técnica y quizá también porque creo que la técnica también les ayuda a ellos a ir formándose como terapeutas y también a disminuir un poco el nivel de incertidumbre

**P15: Grupo Supervisores 4n- 15:5 (58:59)**

Me centro también en las técnicas cuando utilizo grabaciones o hay un bloqueo y se hace rol-playing. Los residentes dice que echan de menos la supervisión de técnicas

- Centrada en la relación terapéutica y aspectos transferenciales y contratransferenciales

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:33 (163:163)**

de los aspectos más frecuentes yo creo que me centro mucho en la relación entre el terapeuta y el paciente. Pero probablemente yo lo hago a través de la relación. Por ejemplo, la pregunta primera que siempre hago es ¿por qué traes a esta persona, esta situación y no traes ningún otro? ¿por qué has elegido esto? Y eso normalmente también trae información de qué te pasa con esta persona.

También aparecen como foco de la supervisión aspectos éticos de la relación terapéutica

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:46 (387:387)**

Y, luego, me centro mucho en algo que a mí me parece que quizás sea una cosa más mía. Y es en trabajar que el terapeuta no aplique al paciente sus puntos de vista. Es decir, que diferencie perfectamente lo que es él y lo que es el otro, que no imponga, aunque sea sutilmente, sus puntos de vista. Es uno de los dos aspectos en los que yo me suelo centrar mucho. Que se cuestione, ¿no? Cosas que se dicen, a veces, sin mucho esto, pero que están transmitiendo nada más que tus pensamientos o tus deseos o tus principios.

- Centrada en el contexto asistencial

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:48 (389:389)**

Me centro también en el contexto asistencial: en quién está supervisando..., quién, no?, cómo, cómo está supervisando el caso en su centro, qué rol ocupa tal, pues un contexto asistencial que no es el mío y que desconozco, que sí que me interesa saber que puede estar pasando ahí, además de lo otro.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:53 (421:421)**

O que venga de un hospital de día de Burgos que no sabes exactamente en qué consiste la red, no sabes quiénes supervisan, de dónde viene la paciente, a dónde..., no sabes nada. Pues ahí sí tienes que hacer un análisis de si la red está funcionando, o tal o ese tipo de cosas, a veces. Otras veces tienes una cuestión técnica, otras veces es una cuestión de mirada del paciente, estas cosas. Intento averiguar esto e intento abrir un poco vías de luz.

- Centrada en aspectos personales del terapeuta

Regularmente, emerge una demanda de supervisión relacionada, a propósito de un caso, con aspectos personales del terapeuta que van más allá de los sentimientos contratransferenciales que aparecen en relación con ese caso. Manejar esta demanda, especialmente en supervisión grupal, puede resultar complicado, más cuando la demanda no está explicitada pero es percibida por el supervisor.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:47 (260:270)**

Hay un punto ahí que no sabes si la necesidad surge de lo que tú estás viendo, es una necesidad del terapeuta o del supervisando de trabajar eso porque crees que es algo que hay que trabajar, yo creo que es diferente de cuando viene alguien a terapia.

2: O, ¿por qué me voy a meter yo en esto?

4: Claro, hasta qué punto el otro me está pidiendo de verdad, que yo me meta en esto.

2: ... que yo me meta a hacer una historia personal. Yo estas dudas las tuve todo el rato

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:53 (334:334)**

a veces tenemos una sensación que probablemente, obviamente por la experiencia, por el tiempo que llevas, o porque sabes que es importante para poder trabajar eso, hay un punto de que estás imponiendo un foco que no es el que han venido explícitamente a traer, y que es verdad que está implícito, es verdad que está ahí. Pero yo creo que a veces resulta difícil el nosotros cambiar o imponer algo porque hay una sensación medio de imposición, aunque el otro te vaya a responder y todos veamos que eso hay que hablarlo, ¿no?

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:49 (389:389)**

Al inicio de una supervisión con un residente, me centro más en el caso y conforme lo voy conociendo más, me voy centrando más en él. Y aquí en el máster pues tengo menos pie a centrarme más en él.

En ocasiones, la supervisión discurre de lo personal a la tarea o de la tarea a lo personal con el objetivo final de integrar todos los aspectos importantes de esa relación única que es el par paciente-terapeuta.

#### De lo personal a la tarea

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:64 (398:400)**

Es curioso que todos los que supervisamos terminamos trabajando a nivel personal o emocional. 2: A mí me ha pasado también lo contrario. Quiero decir, que de repente venga una personal, pues mira "me atasco, porque a este paciente le odio, me parece un hijo de puta..." Y en un momento, y él mismo trae también cosas personales, "a mí es que me pasa porque mi padre es muy parecido a este paciente, y es que me saca de quicio, dice frases parecidas". Y entonces me quedo un rato, me quedo un rato, me quedo un rato, y luego de repente vuelvo otra vez a la tarea

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:57 (251:251)**

Con cuidado, también, porque tenemos el peligro de estar... porque en el fondo como eso es lo que nos preocupa de verdad, tenemos el peligro de estar toda la supervisión hablando de eso. También sabiendo que en algún momento habrá que volver a la formulación del caso que también hay que aprender eso. Que muchas veces nos sentimos muy cómodos hablando de "no pues a mí...". Hablando de sensaciones y de sentimientos, pero que también...

#### De la tarea a lo personal

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:62 (394:394)**

Tienes que tener como muchas cámaras encendidas, porque mientras que tienes una metida todo el rato en la tarea o en la demanda que te está trayendo, hay otra en la que te estás haciendo preguntas de "desde dónde le aparece esta dificultad", "desde dónde...", para poder luego desequilibrar esa situación. Entonces es una especie de juego entre el equilibrio y el desequilibrio que intenta luego acabar en una cierta recapitulación de eso y un nuevo equilibrio diferente del que entró.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:41 (194:194)**

en el máster cuando hacemos a veces supervisiones que son muchos terapeutas ya formados con muchísima experiencia, psiquiatras y psicólogos; yo recuerdo el caso, conforme estaba exponiendo la supervisión, desde lo no verbal estaba fatal. Se emocionaba, temblorosa, y claro, hubo que parar y metacomunicar. Y dejarlo eso a un lado, porque no es el objetivo de la supervisión, pero es que sale.

#### Integrar

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:65 (418:418)**

Estamos intentando continuamente integrar. Ellos se quedan con un aspecto y de alguna forma todos lo que intentamos es: "vale, eso, tu tarea, tu paciente, tu foco..." Y además, tú, la relación tuya con el paciente, o con tu historia, y la relación tuya conmigo,

- Centrada en la relación supervisor-terapeuta

La relación supervisor-terapeuta aparece unas veces como foco de la supervisión y otras como modulador de los aspectos que se supervisan. En los grupos analizados, únicamente es foco de supervisión cuando la relación terapeuta supervisor es continuada.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:71 (582:584)**

Yo estoy pensando en un residente que le he tenido supervisar a lo largo de un año, y con el que tal, y pues, intentas ver por qué no me fío de él, qué le pasa, que tiene una actitud muy... me estoy acordando de uno que era muy arrogante, muy tal y que venía a venderme la moto y tú le

vas preguntando y tal....

5: Por eso es justamente en lo que te tienes que meter, a lo mejor tienes que empezar a ver ese tipo de relación vuestra o que te está diciendo él con eso. Pero eso es difícil.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:75 (612:612)**

A veces, como él decía, por ejemplo, en residentes que tengan mucho tiempo, a lo mejor tienes que trabajar, en los casos que él ponía, sobre, ya no sólo el terapeuta con el paciente sino, realmente qué está pasando ahora entre tú y él, comunicar sobre vosotros. Porque seguramente lo que le está pasando contigo, puede ser lo que le esté pasando con el paciente, ¿no?

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:58 (368:368)**

Es interesante el hecho de que cuando tú eres consciente de que hay un tema personal o emocional implícito que en ese momento a lo mejor, pues porque es brutal o porque a lo mejor hay una demanda mayor o porque no tienes nada claro haber hecho... o tener un vínculo un poco mayor para poder tratarlo en otro momento de supervisión igual con la misma persona, con el mismo grupo, con el mismo supervisando ¿no? Porque de alguna manera vas haciendo ese contrato. No sé bien cómo plantearlo, pero sí que es verdad que habría como un segundo tiempo en el que es como mucho más fácil a lo mejor con esa persona si ya tienes un cierto vínculo de trabajo.

Los supervisores encuentran que la experiencia del terapeuta y la alianza de trabajo que se haya podido establecer modulan el foco de la supervisión.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:72 (598:598)**

un poco variados, alguno tiene así una sistemática más de hacer la supervisión, dependerían de la experiencia del supervisando, de la confianza que también tenga la otra persona, o de la relación que se establezca con el supervisando, ¿o no?

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:21 (145:145)**

Necesita más conocimientos técnicos y, a lo mejor, tira más de más actividad por parte del supervisor, en el sentido de intervenciones concretas, más sugerencias, más bibliografía..Que cuando un supervisor supervisa a alguien más experto, se centra más en el proceso o una dificultad personal con el paciente, conocimientos técnicos yo creo que hay menos. Es más discutir lo experiencial y alguna vez sacar visiones nuevas de lo que está pasando.

**CONVERGENCIA EN LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS**

Terapeutas y supervisores señalan como foco de supervisión el caso (técnicas, indicación psicoterapia, dificultades en el proceso psicoterapéutico), la relación terapéutica y aspectos transferenciales y contratransferenciales y la persona del terapeuta.

**DIFERENCIAS EN LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS**

- Cuando el foco seleccionado es el caso, los terapeutas en ocasiones se centran en la psicopatología. Los supervisores señalan, en lugar de la psicopatología, la necesidad de una comprensión global del paciente.
- Hay varios focos señalados por los supervisores pero no por los terapeutas: aspectos éticos de la relación terapéutica, contexto asistencial (especialmente si el supervisor desconoce el lugar en el que el terapeuta lleva a cabo su práctica profesional) y relación de supervisión.
- Respecto al foco en la persona del terapeuta, los supervisores señalan que en ocasiones es un foco implícito que no coincide con el explicitado en el contrato de supervisión y reflexionan sobre si debe abordarse o no y cómo hacerlo.

Señalan igualmente un discurrir durante la supervisión de lo personal a la tarea, de la tarea a lo personal con el objetivo final de integrar todos estos aspectos.

- Los supervisores encuentran que la experiencia del terapeuta y la alianza de trabajo que se haya podido establecer modulan el foco de la supervisión.

#### 1.4.2.4 DESARROLLO DE LA SESIÓN

##### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

Los terapeutas valoran que el desarrollo de la sesión esté estructurado, sea predecible.

Por ejemplo, una sesión tipo de supervisión grupal puntual sería:

##### **P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:68 (219:219)**

Yo pensando en qué vendría después, me gusta también que cuando expones el caso, pues que te pueda interrumpir si tiene que aclarar algo, si tiene algo que preguntarte a ti, también dar un poco ese espacio a los compañeros. Me gusta que se algo dinámico desde el principio a que yo esté diez minutos exponiendo el caso leyendo. Luego también a mí me gusta, o sea, en mi cabeza hay una primera parte más exploratoria, de preguntas abiertas respecto al caso, qué te está pasando, que también lo que decía Vega, muy importante que intervengan el resto de compañeros y enriquece muchísimo en ese momento en el que estás planteándote cosas que no te habías planteado constantemente. Y luego como que él cambia en un segundo momento a bueno, pues vamos a pensar de todo esto que hemos hablado, qué te sirve, un poco más de propuestas, de recoger todo lo que ha surgido y dirigirlo.

Si la estructura de la sesión se pierde, especialmente si no se han elaborado unas conclusiones o un resumen final, los terapeutas la consideran menos útil.

##### **P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:58 (278:278)**

útil para mí sería que sea capaz de guiarte, que se implique, que pueda fomentar el debate y sea rico el debate, pero que después de todo el debate, que a veces yo me voy con la sensación de que se queda todo en el aire, que al final conseguimos concretar, que sea capaz de cerrar y decir "bueno, pues de la hora que hemos estado aquí parece que ha salido esto, esto y esto", un poco para cerrar también, y no irme con la sensación de que sí que han salido muchas cosas pero que la final se queda todo en el abstracto.

##### **P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:17 (84:84)**

Entonces a lo mejor, pienso que el moderador, quiero decir, el que modera tiene que ser el que lleva como más la batuta, que hiciera que no se perdiera el foco, que nos centrásemos en el caso, y que nos fuéramos al menos con unas conclusiones. Porque yo me he ido, tampoco es que haya tenido muchas, pero de algunas supervisiones, igual que entré.

##### LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

Los supervisores señalan que, como en la sesión de psicoterapia, la sesión de supervisión tipo suele tener una estructura reconocible y predecible. Por ejemplo, en una sesión de supervisión grupal puntual:

##### **P 3: Grupo Supervisores 3- 3:49 (253:253)**

En la misma sesión de supervisión también hay fases, entonces hay una primera fase que es la fase de "por qué lo traes". Y tormenta de ideas de todo el mundo cuando recibe información de "este es un señor que le pasa esto y tal". Recogida de información y tal, yo después sí que intento centrar un objetivo de la supervisión, para evitar a lo mejor esos objetivos tan mágicos, tan enormes. Sino que qué podemos aportar, y cuál es la necesidad que tú traes y tal. Y entonces hacer una especie de contrato. Y después eso continuas con las técnicas conversacionales o con técnicas no verbales también. Yo sí que utilizo también el rol-playing en las supervisiones, o la escultura. Y diría que más cuando estamos atascados en lo verbal, cuando tú estás intentando a lo mejor cuestionar una perspectiva y el otro no... O sea, no consigues transmitir. Y a veces hacerlo desde un aspecto no verbal ayuda.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:51 (263:263)**

Hay una parte muy de exposición. Luego hay una parte como muy de preguntar, de poner hipótesis, y luego hay una parte de cierre.

**P15: Grupo Supervisores 4n- 15:6 (73:73)**

Se pide que lo traigan escrito, Esto cumple varios propósitos. Se pregunta por qué trae precisamente eso, se hace una recapitulación final, se pregunta qué te llevas.

**P15: Grupo Supervisores 4n- 15:7 (74:74)**

Asegurarse de que todo el mundo participa, hay que preguntar.

Los supervisores señalan la co-supervisión o la supervisión de la supervisión como un método, además de formativo, que podría posibilitar el manejo de ambos elementos, estructura y contenido de la sesión de supervisión.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:79 (646:646)**

Yo agradezco mucho el que haya otra persona, claro, en el sistema en que estamos es complicado, pero que hubiera otra persona supervisando a mí me da seguridad, y entonces yo creo que también ayuda a que la supervisión sea más tranquila, que haya más cosas.

La estructura y el contenido de la sesión pueden variar en función de que se trate de una supervisión individual o grupal, puntual o continuada.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:51 (263:264)**

Yo tengo la sensación que cuando superviso a un grupo, por ejemplo, del DART con los residentes, o ahora que estoy haciendo una historia con los de calle, a veces a mí me da por lo menos, estando yo silvestre, yo ahí sí que veo a veces más la estructura. Es un poco la línea que tú dices. Hay una parte muy de exposición. Luego hay una parte como muy de preguntar, de poner hipótesis, y luego hay una parte de cierre.

5: A veces en lo individual a mí me cuesta más.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:47 [al final por lo menos lo que y..] (247:247)**

Al final por lo menos lo que yo hago y me imagino que mucha gente es que tú tienes a un residente a tu cargo durante un tiempo, entiendo que casi es como la psicoterapia, que hay fases: viene el residente al centro, al principio son cosas que tienen que ver con formular, con aclarar. Cuando pasa el tiempo a lo mejor empieza a poder pensar más en qué cosas le pasan a él con el paciente, entonces hay un proceso que tengo la sensación que es lo que va pasando a lo largo de un año ¿no? Que al final pues la idea es esta, que salga con la capacidad, con una forma suya de llevar a los pacientes, de entenderlos, de poder pensar sobre ellos.

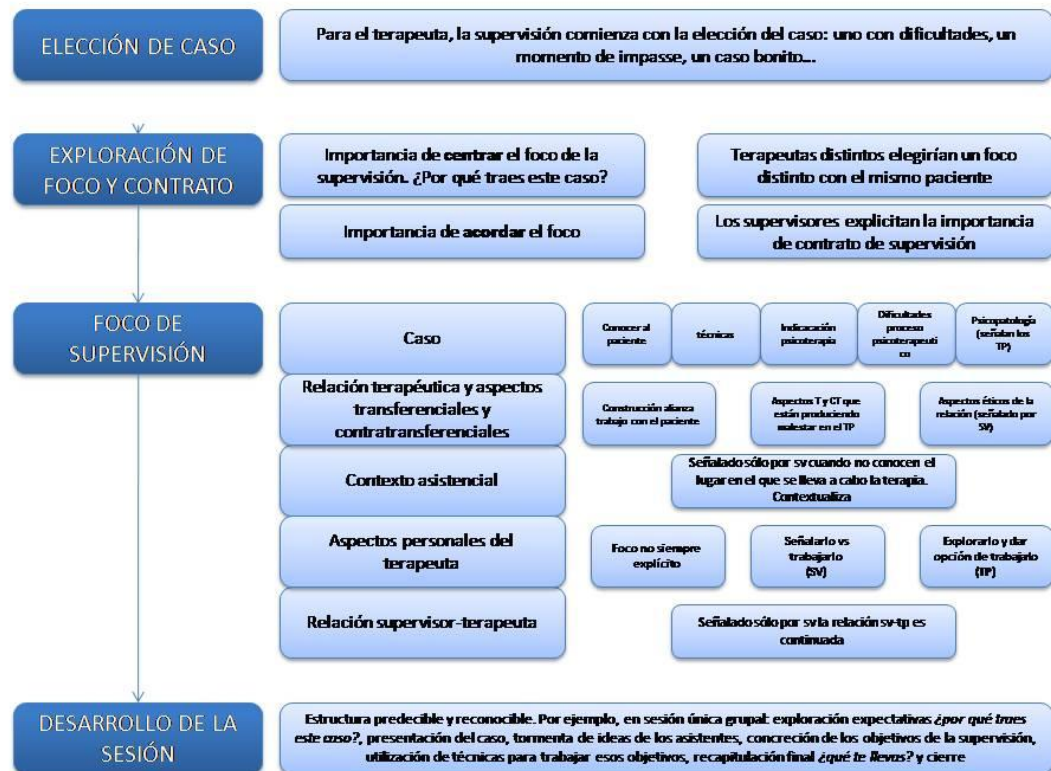
**CONVERGENCIAS EN LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS**

Terapeutas y supervisores señalan la existencia de un esquema básico que suelen seguir las supervisiones.

**DIFERENCIAS EN LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS**

- Los terapeutas consideran que si a ese esquema básico le falta algunos elementos, especialmente los relacionados con mantener el foco de supervisión o finalizar extrayendo conclusiones, la supervisión es menos útil.
- Si la supervisión es grupal, los supervisores señalan la importancia de fomentar la participación de todos los integrantes del grupo durante el desarrollo de la sesión.
- Los supervisores señalan que la co-supervisión o la supervisión de la supervisión les ayudaría con el desarrollo de la sesión

- Los supervisores consideran que el que la supervisión sea de un tipo u otro (grupal vs individual, continuada vs puntual...) modifica el desarrollo de la sesión.



## PROCESO DE LA SUPERVISIÓN: ESTRUCTURA Y DINÁMICA DE LA SESIÓN

Figura 17. Proceso de la supervisión: estructura y dinámica de la sesión

### 1.4.3 PROCESO DEL TERAPEUTA

#### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

Los terapeutas contemplan su formación como un proceso desde el no saber, la inseguridad, la angustia... en ese periodo, el foco propio parece estar puesto en los errores. Desde ahí, demandan pautas “para no seguir haciéndolo mal”. A lo largo del proceso, además de conocimientos técnicos y destreza, conocerán sus fortalezas, se sentirán apoyados... El terapeuta se va empoderando y aprendiendo a lidiar con la incertidumbre.

Desde la inseguridad, surge la duda o el convencimiento de estarlo haciendo mal

#### **P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:3 (32:32)**

Ver si hay algo que estoy haciendo claramente mal y que sea señalable.

#### **P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:1 (28:28)**

La supervisión sobre mi trabajo como terapeuta. Nosotros yo creo que, como mires, muchas veces estamos ejerciendo la psicoterapia sin tener mucha idea y sin que nadie nos pueda decir qué cosas hacemos bien qué otras cosas no hacemos tan bien, en qué cosas tendríamos que recalcar o qué cosas de nosotros ponemos en los pacientes y no nos damos cuenta.

#### **P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:15 (82:82)**

Yo echo un poco de menos que me diga un poco más los fallos. Siempre es ¿tú ‘como lo harías? Pues que me diga un poco “pues esto creo que no lo has hecho bien, pues porque no has



secuenciado al paciente", o no sé... Cosas que igual no me doy cuenta porque todavía no sé y siempre es el dejarte a ti. Que está muy bien para hacerte responsable del caso y para ir viendo que eres terapeuta y ..... Pero no sé, muchas veces no te dicen "oye, que esto lo has hecho mal". Y yo he agradecido mucho cuando me han hecho ver algo que hacía mal para no repetirlo.

La inseguridad del principio. La mirada del compañero le reconoce, le acompaña, contiene

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:23 (53:53)**

Muchas veces en las aportaciones de compañeros que tienen las mismas inseguridades que yo, que tienen el mismo nivel, muchas veces también saco mucho.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:69**

Los iguales, porque desde tu posición de igual se ven antes dificultades o casos similares y lo pueden compartir. El supervisor no porque sí que está en una posición complementaria, más experto en, no sé, sabe más.

x: Yo creo que también al ser un grupo, lo que tú dices, con compañeros, como que decías tú también, cuando los compañeros asentían y como que te das cuenta pues de que tus inseguridades también las tienen otros compañeros y bueno, no es tanto como de que te den la palmadita en la espalda, sino bueno, pues también de sentirte como más seguro. No es las debilidades como algo malo sino bueno, pues como algo que puede pasar y de lo que puedes sacar...

Pide ser respetado y poder mostrarse vulnerable

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:17 (49:49)**

Que tenga incluso esta actitud más de escucha, empática. O sea, de que de igual lo que te está pasando, de que estés cabreadísimo con el paciente, o que estés reproduciendo las cosas estas que te mete y que no te sientas juzgado o que es una crítica que te pueda inhibir, sino que te apoye, te entienda en eso, me parece fundamental.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:20 (49:49)**

Toda la parte de revisarse a uno mismo, ¿no? Que tiene la supervisión... Pues claro, hacer eso con cuidado. Yo, desde mi propia experiencia, una supervisión que tuve, que al final fue orientada más a esa parte de mirar qué te estaba pasando con la paciente en este caso, qué te está produciendo, pues claro, que tenga la habilidad de producir un clima y una relación conmigo que a mí me permita sacar esas cosas con tranquilidad. Y luego poder recoger eso y poder orientarlo y optimizarlo para el bien de la terapia y también para que tú no te dañes.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:45 (151:151)**

Y yo como expectativa, estaba pensando ahora, yo creo que a nivel personal, mi mayor expectativa cuando superviso es no irme con la sensación de que soy malísima terapeuta. Por lo menos que me digan que algo bueno puedo tener ¿sabes? [risa] Y ya luego las demás, pero la primera yo creo que es esa.

Pide ser visto, escuchado y cuidado como persona que sufre y se ve afectada por ser testigo del sufrimiento del otro.

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:54 (358:358)**

Qué bien que alguien que me comprende me va a permitir parar y hablar no sólo del paciente sino de mí. Es que en nuestro trabajo estamos tan a menudo pensando en el paciente, intentando mirar al otro, lo consigamos o no, que tener esos espacios en los que yo me paro y también se está un poco pendiente de mí, independientemente de esas cosas que decimos que probablemente en algunas se puedan dar, que a lo mejor si sales más tocado, o que a lo mejor no sientes que te han comprendido tanto. Pero, en general, yo sí lo entiendo como que es un espacio en el que es probable que se favorezca eso, el cuidarme a mí también.

Puede ver su propio proceso y pide el reconocimiento del otro (de su evolución, sus fortalezas).

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:7 (24:24)**

Sí, un medio donde trabajar eso, no sólo cómo estás con el paciente, sino cómo estás contigo mismo y tu propia evolución. Y también no sólo atascos o sólo dificultades en ese momento, sino también se pueden señalar cosas positivas que estás haciendo y tú mismo no te habías dado cuenta ni de que lo estabas haciendo.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:45 (151:151)**

Y yo como expectativa, estaba pensando ahora, yo creo que a nivel personal, mi mayor expectativa cuando superviso es no irme con la sensación de que soy malísima terapeuta. Por lo menos que me digan que algo bueno puedo tener ¿sabes? [risa] Y ya luego las demás, pero la primera yo creo que es esa.

Y se va sintiendo más segura en su nuevo rol.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:63 (395:395)**

Más que sugerir que te ayuden a hacerte consciente tú de cosas, porque es como los niños que están aprendiendo. Si tú le dices "mira, haz esto", pues es muy fácil, pero a lo mejor el proceso que el niño tiene que hacer, pues no lo va a hacer. Nosotros estamos aprendiendo. Nos tienen que facilitar el camino, pero tampoco dárnoslo hecho.

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:5 (19:19)**

Para mí tiene el matiz, un poco diferenciando con una sesión clínica, que incluye más aspectos propios de ti como terapeuta también. Un poco el desempeño, qué cosas pueden estar fallando y todas ellas no tienen por qué ser clínicas, de "uso esta terapia o no", sino en el proceso buscar cosas que te pueden ir mejor, pero teniéndote en cuenta a ti también, no sólo al paciente.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1 - 10:43 (141:141)**

Yo creo que también ha habido una evolución, a mí me da la impresión que el año pasado, bueno en la experiencia que tenemos aquí, que el año pasado nos daban más pautas porque teníamos menos experiencia. Y este año que ya llevamos un año y hemos visto más cosas, entran más en lo personal. Yo lo que he visto, ¿eh? O sea, ahora según hablabas tú que decías "el año pasado hicieron más esto, y este año". Y pensando en las mías me ha dado la impresión. Igual va por ahí, ¿no? Que se adapten también al momento en el que estás tú: ahora habéis visto más cosas, ahora podemos entrar en otras.

**LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES**

Los supervisores se dan cuenta de los distintos momentos por los que está pasando la persona en su proceso de adquirir el rol de terapeuta. E intentan, crear una base segura para que el terapeuta pueda exponerse sin daño, adaptarse y acompañarle y cuidarle.

**Base segura**

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:26 (44:44)**

Espacio de visión alternativa, o de base segura o de cuidar.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:3 (42:42)**

Apoyar el trabajo de otro, facilitar el trabajo de otro, que otro pueda seguir, que no se flojee, que no se atasque.

**P 2: Grupo Supervisores 2 - 2:10 (50:50)**

Yo creo que es la creación de un espacio donde la cantidad de verbos que pueden aparecer ahí son espectaculares: desde dar seguridad, un espacio de confianza, de orden, de regulación... Y tanto para uno como para otro, lo que pasa que desde sitios distintos.

**Adaptarse, acompañar**

**P 3: Grupo Supervisores 3 - 3:47 (247:247)**

al final por lo menos lo que yo hago y me imagino que mucha gente es que tú tienes a un residente a tu cargo durante un tiempo, entiendo que casi es como la psicoterapia, que hay fases: viene el

residente al centro, al principio son cosas que tienen que ver con formular, con aclarar. Cuando pasa el tiempo a lo mejor empieza a poder pensar más en qué cosas le pasan a él con el paciente, entonces hay un proceso que tengo la sensación que es lo que va pasando a lo largo de un año ¿no? Que al final pues la idea es esta, que salga con la capacidad, con una forma suya de llevar a los pacientes, de entenderlos, de poder pensar sobre ellos.

**P 4: Grupo Supervisores 4 - 4:21 (145:145)**

Necesita más conocimientos técnicos y, a lo mejor, tira más de más actividad por parte del supervisor, en el sentido de intervenciones concretas, más sugerencias, más bibliografía. Que cuando un supervisor supervisa a alguien más experto, se centra más en el proceso o una dificultad personal con el paciente, conocimientos técnicos yo creo que hay menos. Es más discutir lo experiencial y alguna vez sacar visiones nuevas de lo que está pasando.

## Cuidar

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:24 (88:88)**

Yo creo que la seguridad. El ir aportando seguridad al supervisado, en el sentido de apoyar mucho aquellos aspectos que tú veas que son fortalezas de esta persona y que vaya ganando en seguridad, creo que es uno de los aspectos...

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:79 (445:445)**

Un refuerzo de su propia valía, de su propia fortaleza, es básico.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:28 (187:187)**

Que hay otras necesidades, además de las informativas, en el terapeuta principiante, que tienen que ver con que alguien confíe en ti, aunque no sepas. Que te ayude a saber más, pero también a confiar en lo que haces. Y a ver que hay cosas de las que haces, aunque no tengan que ver con un conocimiento teórico o técnico, que son buenas. Y que no hace falta saber mucho para tener curiosidad por el paciente, por la historia, más allá del diagnóstico, por cómo es, por qué le sugiere, por cómo se siente con él. Todos esos aspectos, creo que tienen que estar ahí también.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:27**

Porque toda las ansiedades del comienzo, el miedo, la inseguridad...

2: "¿Qué hago con esto?"

4: No sé...

5: Pero tiene más que ver con la tarea de aprender a ser terapeuta. Y también con lo que le pasa al paciente.

4: Pero que no es sólo información técnica y aprendizaje sobre psicoterapia.

## CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Ambos, terapeutas y supervisores, reconocen un proceso desde el no saber hasta el empoderamiento por el que transita la persona en formación para adquirir el rol de terapeuta. La adquisición del rol tiene relación con la adquisición de dominio técnico y con un "estar" distinto.

## DIFERENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Los terapeutas describen cómo se sienten en los distintos momentos de su formación y cuáles son sus necesidades.

Los supervisores intentan dar respuesta a las necesidades expresadas por los terapeutas.

### 1.4.4 PROCESO DEL SUPERVISOR

#### LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

Podemos considerar la evolución del supervisor que se menciona en los grupos de supervisores como un proceso: desde una posición rígida en un ambiente que se percibe como desordenado y en el que sólo se puede responder a demandas concretas

hasta otra posición más relajada, en la que es posible estar receptivo a la demanda explícita e implícita, incluidas las dificultades personales del terapeuta. El proceso del supervisor es comentado únicamente en grupos de supervisores.

**P 2: Grupo Supervisores 2 - 2:11 (64:64)**

Cuando yo empecé a supervisar, yo tenía una posición totalmente rígida, estaba tensa. Que no me sacaran nada que me pudiera tocar porque me sentía entonces que no delimitaba. Entonces, si estoy de supervisor estoy en posición, un poco maestro, es esa cosa de dirigir, de "te voy a enseñar". Con los años lo que he ido aprendiendo es a estar mucho más relajada, recibir información, captar esa información, sentirla y luego metabolizarla. Y devolverla una vez que yo la he metabolizado y que les puede ayudar a ellos. Es como que me meto mucho más. Por eso decía que también el supervisor está en ese espacio.

**P 2: Grupo Supervisores 2 - 2:14 (82:82)**

Lo decía Carmen, yo creo que al principio me resultaba un espacio tan desordenado. El tipo podría comentarme algo personal, o la supervisanda un marrón con el paciente... Iba como un poco expuesto a esto, y yo necesitaba orden ahí y cuando se salía, yo metía el foco ahí: "estamos hablando del paciente, no me interesa nada saber si estás en el médico, si tu padre no sé qué... cuéntame lo del paciente". Y necesitaba ese orden porque me ponía muy tenso.

**P 2: Grupo Supervisores 2 - 2:17 (84:84)**

Yo creo que el espacio de supervisión a mí al principio me generaba mucha angustia. De alguna manera tú tienes la idea de que se explicita o no, tú estás colocado en una posición de supuesto saber. Es verdad que tratas de orientar, hacerlo mucho más horizontal, pero tú eres una persona con un supuesto saber. A mí esto ya me tensaba de por sí, por la propia definición implícita que eso representaba. Y luego esa especie de historia relativamente desordenada. Yo creo que en nuestro trabajo habitual hay una demanda, un motivo de consulta, no lo sé... pero ahí podía aparecerte cualquier historia. Y han aparecido historias de estas que, imagino que a todos y a todas, es como ¡un horror! Es como... "¿por dónde cojo esto?" A mí esto me tensaba mogollón y todavía me tensa.

**P 2: Grupo Supervisores 2 - 2:18 (90:90)**

Es verdad que en la supervisión podría haber un medio dirección cuando tienes menos experiencia hacia la parte que te resulta más cómoda de manejar.

**P 2: Grupo Supervisores 2 - 2:21 (106:106)**

Entonces, mi sensación, probablemente es mía, cuando yo me colocaba en la supervisión era "Me han colocado ya en el pedestal, ¡qué horror!".

Dentro de ese proceso, la supervisión también tiene beneficios para el supervisor: para el supervisor también es útil mirar desde fuera, pensar con otros. Tiene un beneficio docente.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:8 (38:38)**

Pero docente, además, de ida y vuelta. El proceso de supervisión yo lo veo que gana las dos partes.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:100 (746:746)**

Yo creo que se aprende también en la supervisión, de cómo enfoca la gente, te ayuda a recordar también cosas que se te olvidan, errores que has cometido, trampas, o estas cosas. Te ayuda a reflexionar, que es lo que yo no tengo tiempo de hacer en la consulta. O sea que puedas parar y bajarte a eso

-De hecho, muchas veces, o casi siempre, piensas mejor en los pacientes que tú supervisas que en los tuyos propios.

-Es que ayuda porque la supervisión ayuda a tomar distancia y a ordenar y es que los tuyos te los cuentas a ti mismo,

#### 1.4.5 TÉCNICAS

#### 1.4.5.1 SELECCIÓN DE TÉCNICAS

##### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

Los terapeutas señalan la importancia de que se respete su propia idiosincrasia

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:44 (143:143)**

Es súper importante que el supervisor, al menos para mí, respete un poco que tú seas espontáneo, o sea, auténtico dentro de como tú eres. Que no te diga que hagas cosas que tú vas a hacer de manera forzada, que no te las vas a creer y al final no van a tener utilidad. Una cosa es que te de unas pautas, una estrategia que a lo mejor nunca la has probado y digas, "ah, pues me apetece hacerlo".

##### LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

El supervisor adapta la sesión en función del caso presentado y de las características del terapeuta (estilo personal, nivel de experiencia).

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:68 (562:562)**

La sistemática depende de con quién estás haciendo la supervisión

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:74 (606:606)**

Entonces lo que variaría es el contenido de la conversación según la experiencia del supervisando...

**P15: Grupo Supervisores 4n- 15:1 (69:69)**

Yo voy con mi "caja de herramientas" y saco según haga falta.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:32 (175:175)**

Yo creo que depende mucho de la persona, depende del carácter, de la forma de ser de los residentes y tú eso te das cuenta. Entonces, yo creo que hay que amoldarse un poco a eso, la persona que está pidiendo más autonomía y que lo que quiere es tener un centro, entre comillas, mando en plaza, bueno, pues darle más espacio y a lo mejor, no... . Y, en cambio, la persona, no, que tiene una actitud de querer ver cómo lo hacen otros y entonces pues es su derecho y "vamos a ver, vamos tal..."

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:130 (983:987)**

El aguantar decir todo lo que ve, también es importante. No decir todo lo que ve, porque a lo mejor no es el momento, no viene a cuento, vas a abrir puertas que luego no puedes cerrar.

1: O sea, que ahí sería como acompasar, ¿no? Con lo que esté ocurriendo.

4: Sus tiempos, su ritmo, claro. Por qué dentro de tres meses y no ahora...

##### CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Ambos grupos muestra acuerdo en la importancia de adaptar la supervisión, no sólo las técnicas, a las características del terapeuta.

##### DIFERENCIAS ENTRE LO QUE SEÑALAN UNOS Y OTROS

No se encuentran diferencias en cuanto a la adaptación de las técnicas.

#### 1.4.5.2 TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA SUPERVISIÓN

##### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

Las técnicas utilizadas con más frecuencia son técnicas conversacionales, preguntas reflexivas, rol playing y escultura.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:61 (195:195)**

A mí también me resulta muy de ayuda supervisar momentos concretos de la entrevista. Como, pues eso, a lo mejor, un episodio en el que "¿y tú qué le dijiste?" y qué te respondió, y qué le hubieras podido decir ¿no? Como momentos así complicados en los que no sabías muy bien por dónde tirar o incluso que se planteen en un futuro, por ejemplo... Habíamos hablado en una supervisión de una posible entrevista familiar con una paciente, de centrarte en un episodio

concreto de la entrevista, de cómo plantearlo. Y a mí, en las supervisiones que hemos hecho en ese sentido rol playing de esas escenas, a mí me ha encantado.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:72 (252:252)**

Al final fue todo el tiempo trabajar las dificultades, y eso, acercarnos a comprender un poco lo que le estaba pasando a la paciente, por qué actuaba así, para qué, ¿no? Y a mí me gustó. Pero es verdad que yo nunca más he supervisado con rol playing y me parece súper potente, verlo desde fuera. O, una escultura, y que te la hagan aquí, o cómo te plantearías para hacerla, no sé, cosas así, que a mí me gustaría que hubiera más de eso.

## LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

Las técnicas utilizadas con más frecuencia son técnicas conversacionales, preguntas reflexivas, rol playing, escultura y mindfulness. Se menciona también la metasupervisión.

**P15: Grupo Supervisores 4n- 15:2 (71:71)**

La técnica lleva a desarrollar una conversación atenta a lo que se dice y a lo que no se dice sobre lo que traen.

**P15: Grupo Supervisores 4n- 15:3 (72:72)**

role-playing, las grabaciones, el mindfulness

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:48 (249:249)**

Yo también creo que la forma de entrevistar es una técnica. Y las preguntas reflexivas y las técnicas conversacionales en general, yo eso también lo apunto como una de mis técnicas.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:49 (253:253)**

[...] y después eso continuas con las técnicas conversacionales o con técnicas no verbales también. Yo sí que utilizo también el rol-playing en las supervisiones, o la escultura. Y diría que más cuando estamos atascados en lo verbal, cuando tú estás intentando a lo mejor cuestionar una perspectiva y el otro no... O sea, no consigues transmitir. Y a veces hacerlo desde un aspecto no verbal ayuda.

**P15: Grupo Supervisores 4n- 15:4 (75:75)**

yo hago que un terapeuta con poca experiencia haga de supervisor supervisado por mí.

En las supervisiones continuadas, el establecimiento del vínculo supervisor terapeuta y las características de esta relación son la herramienta fundamental de la supervisión.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:54 (279:293)**

Trae otro caso... es como que acabas construyendo un foco de cuál es la dificultad o qué tipo de dificultad está teniendo el residente con los pacientes: lo acabas conociendo. Acabas viendo dónde está su...

1: Cuando hay continuidad con el terapeuta.

5: Con el residente, sí. Y la supervisión está guiada, pues a veces aunque te traiga un caso y a lo mejor el caso da igual, se queda atascado, pero al final lo que tú vas viendo es dónde se atasca él. Dónde se atasca el residente. Y cuando te trae el siguiente caso se atasca en lo mismo, no sé si me explico...

5: Sin darte cuenta tienes un foco de las dificultades del residente.

1: Del conflicto relacional...

5: Sí, algo así.

1: Pero fíjate, pensándolo así, realmente, en una supervisión que tenga continuidad al final el crecimiento del terapeuta, ¿tiene que ver con la toma de conciencia de sus modos de relación?

**P 1: Grupo Sv 1- 1:75 (612:612)**

A veces, como él decía, por ejemplo, en residentes que tengas mucho tiempo, a lo mejor tienes que trabajar, en los casos que él ponía, sobre, ya no sólo el terapeuta con el paciente sino, realmente qué está pasando ahora entre tú y él, comunicar sobre vosotros. Porque seguramente lo que le está pasando contigo, puede ser lo que le esté pasando con el paciente, ¿no?

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:57 (325:325)**

[...] Y yo creo que eso es muy importante desde el principio, quizá supervisar menos, no llegar hasta el final de la supervisión aunque lo tengamos muy muy claro, sino quedarnos más atrás para que ellos sean los que vayan más despacito llegando. Si no, luego te colocas ahí en una posición de súper solucionador que a ver cómo sales de ahí. Y no es bueno para ellos, porque no crecen, sino que aprenden a preguntar, no a pensar.

#### CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Terapeutas y supervisores señalan las mismas técnicas conversacionales en la supervisión. Ambos señalan también, entre las no conversacionales, el uso de la escultura.

#### DIFERENCIAS ENTRE LO QUE SEÑALAN UNOS Y OTROS

- Entre las técnicas no conversacionales, los supervisores señalan la utilización de mindfulness.
- Los supervisores emplean la metasupervisión.

Los supervisores señalan que, en las supervisiones continuadas, el establecimiento del vínculo supervisores-terapeutas y las características de esta relación son la herramienta fundamental de la supervisión.



#### PROCESO DE LA SUPERVISIÓN: TÉCNICAS DE LA SUPERVISIÓN

Figura 18. Proceso de la supervisión: técnicas de supervisión

#### 1.4 PROCESO DE LA SUPERVISIÓN: RESUMEN

Se aprecian varios tipos de supervisión en función de cómo se presenta el material (escrito o audiovisual), número de participantes (individual o grupal), continuidad o no en el tiempo (puntual o de proceso) y experiencia del terapeuta que supervisa (básica o avanzada). La supervisión puede ser contemplada como un proceso con una estructura y dinámicas características: comienza antes de la sesión de supervisión

propriadamente dicha, con la elección que el terapeuta hace del caso y la preparación del material. Supervisor y terapeuta explorarán juntos y acordarán el posible foco de supervisión: el paciente, la relación terapéutica, aspectos transferenciales y contratransferenciales, el contexto asistencial o la persona del terapeuta. Trabajarán sobre ello en una sesión de estructura y dinámica generalmente predecible, utilizando unas técnicas adaptadas al caso presentado, a las características del terapeuta y a la relación supervisor-terapeuta.

Los terapeutas consideran su formación como un proceso que se inicia desde el reconocimiento del no saber, la inseguridad, la angustia... en este periodo, el foco propio parece estar puesto en los errores. Desde ahí, demandan pautas “para no seguir haciéndolo mal”. A lo largo del proceso, además de conocimientos técnicos y destreza, conocerán sus fortalezas, se sentirán apoyados... El terapeuta se va empoderando y aprendiendo a lidiar con la incertidumbre.

Los supervisores se dan cuenta de los distintos momentos por los que está pasando la persona en su proceso de adquirir el rol de terapeuta. E intentan crear una base segura para que el terapeuta pueda exponerse sin daño, se adaptan al terapeuta, le acompañan y le cuidan.

En los grupos de supervisores se señala también la posibilidad de considerar la evolución del supervisor como un proceso. Partiría desde una posición rígida en un ambiente que se percibe como desordenado y en el que sólo se puede responder a demandas concretas hasta otra posición más relajada, en la que es posible estar receptivo a la demanda explícita e implícita, incluidas las dificultades personales del terapeuta.



			Aspectos comunes a SUPERVISORES Y TERAPEUTAS	Aspectos distintos en SUPERVISORES	Aspectos distintos en TERAPEUTAS
TIPOS DE SUPERVISIÓN <sup>3</sup>	Según el material que se presenta		Material escrito por el terapeuta en base a las notas propias obtenidas durante o después de cada sesión		
			Grabaciones, especialmente en vídeo. Proporciona datos no dependientes del recuerdo del terapeuta		Poco conocidas. No necesariamente preferida. Aumento de la exposición que sienten como vulnerabilidad
	Según el número de participantes: <b>Supervisión individual/grupal</b>		Mayor nivel de <b>exposición</b>	El supervisor aborda menos aspectos personales intentando que la exposición del terapeuta sea tolerable y cuidada	Vulnerabilidad
			Multiplicidad de miradas. Multiverso		
			Utilidad de los factores grupales (universalidad, modelado, cohesión) para contención, apoyo y aprendizaje		
			Rol del supervisor como moderador grupal		
				Señalamientos de compañeros bien acogidos	
			Participación más activa del supervisor		
			Mayor probabilidad de abordar aspectos contratransferenciales y centrados en la persona del terapeuta		
	Según la continuidad en el tiempo	Supervisores puntuales	Contenido de las sesiones	Aspectos relacionados con el caso, la técnica, la formulación. Si aparecen, señala aspectos relacionados con tr-ctr y persona terapeutas	Dudas sobre si habrá cerrado lo suficientemente bien como para que el terapeuta se vaya tranquilo
			Papel del		experto

<sup>3</sup> Los cuatro elementos se combinan dando lugar a múltiples tipos de supervisión

			supervisor			
			Vínculo supervisor-terapeuta			
			Evaluación			
		Supervisores continuada	Contenido de las sesiones	Además, el foco se desplaza al proceso psicoterapéutico y aspectos relacionados con la persona del terapeuta		
			Papel del supervisor	Acompaña proceso		
			Vínculo supervisor-terapeuta	Muy estrecho	Riesgo de una relación muy asimétrica que dificulte el crecimiento del terapeuta. Ventaja de conocer mejor al terapeuta	
			Evaluación		Temor a que la evaluación se confunda con un juicio	
		.Según la experiencia del terapeuta <b>Supervisión básica/avanzada</b>			Señalada explícitamente sólo por supervisores. En Supervisores básica: foco en aspectos generales de la psicoterapia En supervisores avanzada: foco en dificultades específicas con un caso concreto y aspectos experienciales	
		<b>Aspectos comunes a SUPERVISORES Y TERAPEUTAS</b>			<b>Aspectos distintos en SUPERVISORES</b>	<b>Aspectos distintos en TERAPEUTAS</b>
ESTRUCTURA Y DINÁMICA DE LA SUPERVISIÓN	Elección de caso					Para los terapeutas, la supervisión comienza con la elección de caso: uno con dificultades, un momento de impasse, un caso bonito...
	Exploración del foco de supervisión Y contrato	Importancia de centrar el foco de la supervisión			¿por qué traes este caso? Dificultades cuando los	Terapeutas distintos elegirían un foco distinto con el mismo

				Supervisores perciben que demanda implícita y explícita no coinciden	paciente
		Importancia de acordar el foco de la supervisión		Los supervisores explicitan la importancia del contrato de supervisión	
	Desarrollo de la sesión	Estructura predecible y reconocible; por ejemplo, sesión única grupal: exploración de la expectativa del terapeuta <i>¿por qué traes este caso?</i> , presentación del caso, tormenta de ideas de los asistentes (si supervisión grupal), concreción de los objetivos de la supervisión, utilización de técnicas para trabajar esos objetivos, recapitulación final <i>¿qué te llevas?</i> y cierre		El supervisor se asegura también de la participación del resto de integrantes del grupo de supervisión.	Si la estructura de la sesión se pierde, los terapeutas la consideran menos útil
				Estructura y contenido pueden variar si la supervisión es individual o grupal, puntual o continuada	
				La co-supervisión o la supervisión de la supervisión podrán variar estructura y contenido	
	Foco de supervisión				
		Centrada en el caso	Conocer al paciente	Comprensión global del paciente	Psicopatología
			Técnicas		
			Indicación psicoterapia		
			Dificultades en el proceso psicoterapéutico		
		Centrada en la relación terapéutica y aspectos transferenciales y contratransferenciales	Construcción de la alianza de trabajo con el paciente		
			Aspectos transferenciales y contratransferenciales que están produciendo malestar en el terapeuta		

				Aspectos éticos de la relación terapéutica	
		Centrada en el contexto asistencial		Sólo señalado por los supervisores, especialmente cuando no conocen el lugar en el que se desarrolla la terapia. Ayuda a contextualizar	
		Centrada en aspectos personales del terapeuta	Aspectos personales que de algún modo interfieren en la terapia son detectados por Supervisores y Terapeutas	Foco no siempre explícito	
				Señalarlo vs trabajarlo	Explorarlo y dar la opción de trabajarlo si el Terapeutas quiere
			De lo personal a la tarea	De la tarea a lo personal e integrar	
		Centrada en la relación Supervisores-Terapeutas		Señalado sólo como foco de supervisión por los supervisores, cuando la relación supervisores-terapeutas es continuada	
	Proceso del terapeuta	De la inseguridad al empoderamiento		Detectan necesidades. Ofrecen una base segura. Se adaptan, acompañan y cuidan	Señalan sus emociones y necesidades. Escucha, apoyo, respeto a sí mismos y a su proceso
	Proceso del supervisor			Sólo señalado por supervisores. Lo que aporta la experiencia en supervisión	
			<b>Aspectos comunes a SUPERVISORES Y TERAPEUTAS</b>		<b>Aspectos distintos en SUPERVISORES</b>
TÉCNICAS DE LA SUPERVISIÓN	Selección de técnicas	Seleccionadas por el supervisor a cada caso presentado y a las características del terapeuta			
	Técnicas empleadas	Técnicas conversacionales			
		Preguntas reflexivas			
		Rol playing			
		Técnicas no verbales: Escultura			
				Técnicas no verbales: mindfulness	
			Metasupervisión		

			En las supervisiones continuadas, el establecimiento del vínculo supervisores-terapeutas y las características de esta relación son la herramienta fundamental de la supervisión	
--	--	--	--	--

Tabla 10. Proceso de la supervisión. Aspectos comunes y diferencias en el discurso de terapeutas y supervisores

## 1.5.- SUPERVISIÓN EFECTIVA

### 1.5.1 ¿QUÉ ES UN RESULTADO EN SUPERVISIÓN?

#### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

##### Empoderamiento del terapeuta, mejoría del paciente

**P14: grupo Terapeutas 1º-4- 14:52 (348:348)**

Algo que te haga a ti salir con una visión diferente de con la que has entrado. Luego lo ideal sería que, a partir de ahí, pudieras volver a repensar el caso con todo esto y al final aplicarlo al paciente y que el paciente mejorara. Pero vamos, yo creo que sí empieza por eso, porque salgas con una idea diferente y con cosas nuevas sobre el caso y sobre ti en relación con ese caso.

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:69 (364:364)**

A mí me da la sensación de que ha sido efectiva cuando me he atrevido a hacer algo con un paciente.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:104 (389:389)**

Se sabrá cuando estás delante del paciente, pero salir con buena sensación, con sensación de estar más seguro con respecto a lo que vas a hacer, un poco tener planificado lo que quieres hacer.

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:36 (202:202)**

Cuando salgo de supervisión a veces no sé si necesariamente ha sido efectivo.

#### LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

##### Empoderamiento del terapeuta en mayor medida que sobre la mejoría del paciente

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:106 (626:636)**

No, por lo que decías tú, que es verdad que los resultados de una supervisión son sobre el resultado de la terapia y sobre el supervisado. ¿O no? O a lo mejor es centrarlo solamente en la terapia, la supervisión se dirige a la responsabilidad sobre el crecimiento terapéutico.

3: O sobre el terapeuta o sobre el paciente.

1: Pregunto, ¿eh? No, no, que no lo sé. Quiero decir, si cuando hablamos de cómo mides los resultados. ¿Los resultados son sobre la terapia?

3: O sobre el crecimiento del terapeuta.

1: O solamente sobre el crecimiento del terapeuta.

3: Hombre, tendrían que estar conectados.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:107 (638:638)**

Pero a lo mejor la supervisión no tiene ese objetivo último. Sino el acto de supervisar o el proceso de supervisión es ayudar a un terapeuta a que sea mejor terapeuta. Y entender que a través de eso, se supone que hará mejores terapias. Pero que a lo mejor la supervisión tiene que centrarse más en el crecimiento del terapeuta. O sea, que si los resultados se miden sólo sobre el terapeuta. Eso es lo que me asusta...

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:85 (672:672)**

Creo que esa pregunta va también muy dirigida a si el paciente mejora, pero yo no creo que ése sea el fin.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:98 (913:913)**

Efectiva ¿en qué? En que mejore el paciente, en que el tipo se integre y se y se vaya tranquilo.

#### CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Ambos coinciden en considerar como resultado de la supervisión el empoderamiento del terapeuta.

#### DIFERENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Los terapeutas ven el resultado de la supervisión sobre la mejoría del paciente. Los supervisores no ven directamente este resultado sino a través de lo que cuenta el terapeuta. Ellos valoran el resultado en términos de crecimiento del terapeuta y se distancian más del resultado en la terapia.

Los terapeutas consideran que pueden no saber si la supervisión ha sido efectiva hasta que vuelvan a ver al paciente en psicoterapia. Probablemente, esta es la puesta en escena del empoderamiento que se ha señalado más arriba.

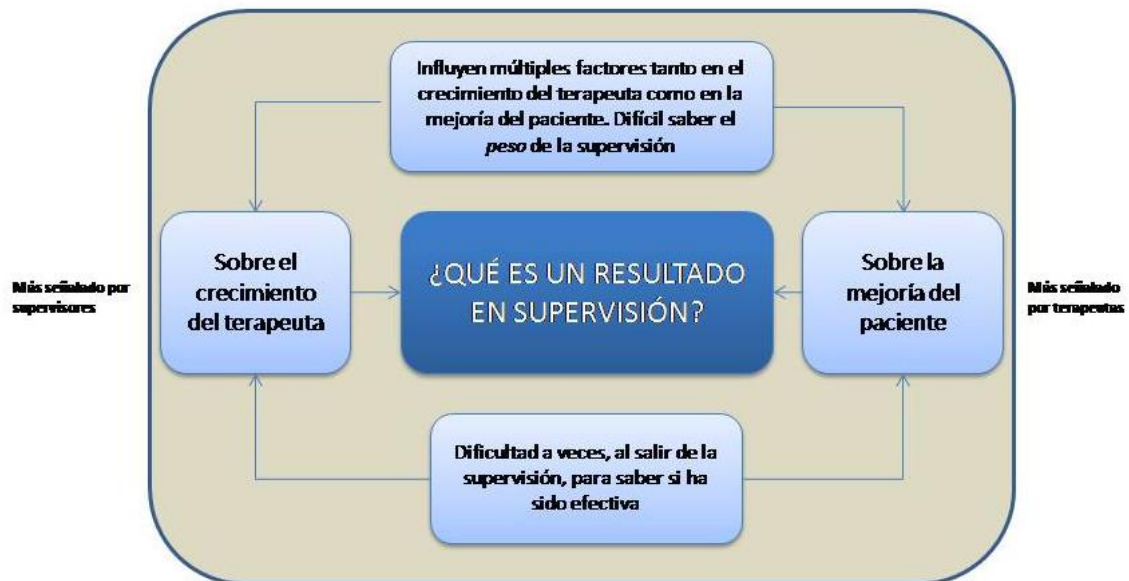


Figura 19. ¿Qué es un resultado en supervisión?

### 1.5.2 ¿CUÁNDO ES EFECTIVA LA SUPERVISIÓN?

#### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

Una supervisión es efectiva cuando aporta al terapeuta nuevas visiones, hace que vea las cosas más claras en relación con él mismo, el paciente o la relación entre ambos,

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:86 (525:525)**

Cuando has visto cosas que no contemplabas. Que estabas un poco ofuscada en el caso, bloqueada, cuando la presentas y que surgen aspectos que no habías visto.

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:41 (227:227)**

Yo siento que lo que me da una supervisión es cuando me da una cosa o del paciente o mía que no me había dado cuenta. Y eso me ha dado a veces con sólo escribirlo antes de supervisar, con lo preparo ahí, ya empiezo.

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:46 (239:239)**

Yo solamente he hecho una supervisión y me ha sorprendido por eso, como que te replanteas un montón de cosas, no sé, como que sientes en la supervisión cosas que dices "esto qué raro es, no me estaba dando cuenta de que esto me pasaba", o de por qué te podía estar pasando eso.

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:38 (245:245)**

Quizás no sólo cosas que no te has dado cuenta del paciente, sino cosas también que te hacen sentir a ti que pueden cambiar respecto al paciente; que pasas a ver al paciente de otra manera; que, de repente, tú tenías una cosa establecida y que te hacen ver al paciente de otra manera.

### Cuando consigue el empoderamiento del terapeuta

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:93 (357:357)**

Yo creo que salir con buena sensación es más salir con una visión más optimista, o salir animado, salir con ganas de "voy a probar esto, voy a hacer tal, ahora lo veo desde otro punto de vista y eso me puede servir", te da como más fuerza para seguir después.

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:69 (364:364)**

a mí me da la sensación de que ha sido efectiva cuando me he atrevido a hacer algo con un paciente.

### Cuando el terapeuta sale de la supervisión calmado, tranquilo, aliviada la angustia

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:35 (200:200)**

Y luego también en el momento con él, que estés más tranquilo. Lo que hemos hablado un poco antes, que tú traigas un poco la necesidad que tienes porque estás perdido y no sabes muy bien. O sea, yo creo que por un lado si sales con la sensación de que bueno, con cierta tranquilidad de seguir por otra vía y que luego lo puedes concretar.

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:27 (154:154)**

Yo creo que si aportas, que si ese caso te da a ti angustias, yo creo que a veces salimos con esas angustias un poco aliviadas. Y eso te permite ver lo que hay, trabajar más libre, que es muy importante, y eso yo creo que las supervisiones sí que lo aportan.

La supervisión efectiva permite al terapeuta conocer límites, ajustar expectativas y disminuir la autoexigencia (disminuye la reactividad del terapeuta y eso le permite estar calmado)

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:67 (334:340)**

Yo creo que no necesariamente, a veces la supervisión es simplemente es entender que aunque tú te hayas planteado un cambio, a lo mejor ese cambio no se puede dar como tú pensabas, o incluso no tienes que intervenir sobre eso. A veces es más entender un poco por qué ha surgido esa dificultad, si puedes hacer algo para cambiarla, si está en ti o no tienes que hacer tú algo.

3: Más bien cambiar la actitud de uno de los...

2: Exacto...

3: ... o ya no se frustra tanto, ya no se enfada tanto.

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:68 (342:342)**

No sé, o aceptar simplemente eso, de que a lo mejor no va a haber un cambio aquí, o no como yo lo quería, no tiene por qué implicar siempre que el paciente mejore.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:94 (359:359)**

A lo mejor es darte la tranquilidad de que no, bueno, de que eres un apoyo en la vida de ese paciente, temporal, no vas a hacer grandes cosas optimistas, objetivos enormes, sino que simplemente el apoyo que tú le das. O sea, estoy pensando en supervisiones más orientadas a la despedida con un paciente, y la angustia que eso te pueda crear pues... la tranquilidad que te da a lo mejor que el supervisor te diga "mira pues esta persona ha tenido la capacidad de engancharse contigo, y eso es que la va a tener con otro y no tienes que hacer grandes cosas, sino ya lo has hecho y él tiene la capacidad para hacerlo". Entonces es más desde una tranquilidad de que haya ido bien que desde un optimismo de "sé lo que voy a hacer", que haya más, no?

La supervisión efectiva abre caminos a través de la autorreflexión y de la identificación de las necesidades propias del terapeuta. Abre caminos... pero no los da hechos

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:43 (231:231)**



Que salga con menos dudas de las que entré y también que me haga reflexionar, o sea, que no te lo den como todo "a este le pasa esto, esto y esto", sino que te vayan ahí sacando y te hagan pensar, que seas tú la que llegas a la conclusión.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:62 (393:393)**

Sugerir lo que tengo que hacer no, pero que a lo mejor me hicieran preguntas que me hicieran a mí cuestionarme de tal forma que yo descubra o identifique mi necesidad y cubrir esa necesidad que yo tengo.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:63 (395:395)**

Más que sugerir que te ayuden a hacerte consciente tú de cosas, porque es como los niños que están aprendiendo. Si tú le dices "mira, haz esto", pues es muy fácil, pero a lo mejor el proceso que el niño tiene que hacer, pues no lo va a hacer. Nosotros estamos aprendiendo. Nos tienen que facilitar el camino, pero tampoco dárselo hecho.

## LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

Una supervisión es efectiva cuando aporta al terapeuta nuevas visiones, hace que vea las cosas más claras en relación con él mismo, el paciente o la relación entre ambos,

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:83 (662:662)**

Es como las psicoterapias, si el supervisando se queda pensando y ves que le resuenan las cosas, será que puede plantearse las cosas desde otra perspectiva...ya está bien.

Cuando consigue el empoderamiento del terapeuta: puedo hacer, puedo estar, puedo aceptar mi proceso. Me siento seguro. Es una aceptación empoderada.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:87 (688:688)**

Si tiene ganas de que llegue el miércoles para ver al paciente, eso, probablemente, quiere decir dos cosas. Una, que se siente empoderado, es decir, que "yo puedo hacer algo" y en segundo lugar, que tiene un cierto esquema de por dónde quiere seguir y que quiere aplicar ese esquema.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:106 (961:961)**

Es presencia, más que calma, porque es el "puedo estar". Puedo estar.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:108 (973:973)**

La sensación que yo tengo es que tiene el punto este de que esto es un proceso, yo estoy en un momento del proceso diferente, en el que lo normal es que esté como estoy. Y que ese proceso lo puedo aprender y puedo hacerlo. No es la sensación de "no puedo, no soy capaz, no sirvo para esto"

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:101 (925:927)**

A lo mejor para los residentes, que bajen un poco las expectativas y las exigencias.

4: El miedo, la inseguridad.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:83 (457:457)**

Que se vaya bien, el supervisando, que se vaya fortalecido.

Cuando el terapeuta sale de la supervisión calmado, tranquilo, aliviada la angustia

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:98 (913:913)**

Efectiva ¿en qué? En que mejore el paciente, en que el tipo se integre y se y se vaya tranquilo.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:62 (395:395)**

La supervisión tiene que terminar dando una sensación de que el supervisado se va tranquilo con algo.

**P 4: Grupo Supervisores 4- 4:64 (403:403)**

La calma en el sentido de que se vaya con la tranquilidad de que se va con algo nuevo para poner en juego en la terapia que lleva.

Una supervisión es efectiva cuando el terapeuta adquiere mayor capacidad de autoobservación / mentalización

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:89 (490:490)**

También el tema de aumentar la capacidad de auto-observación. Eso también yo creo que es una dimensión que seguramente se relaciona. No lo sé con estudios de investigación, pero seguramente si tú eres más capaz de tener esta función más metacognitiva, de auto-observación.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:91 (504:504)**

También fomentas la mentalización porque te ayuda a ver estados emocionales del paciente que no veías,

La supervisión efectiva permite al terapeuta conocer y aceptar límites, ajustar expectativas, modular las exigencias y disfrutar con el trabajo

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:119 (850:854)**

En ese proceso, en ese llevar tiempo, puede haber supervisiones que no han ido bien, de cara del supervisor, perdón, del supervisando, porque hasta que integra que x pacientes no van a ir bien hagas lo que hagas, te tienes que limitar a acompañarlo, puede estarlo poniendo a "algo no me ha dicho el supervisor, hay algo que no sabe, hay algo que se le ha escapado, seguro que se puede hacer algo más". Y eso lo mismo son siete supervisiones en las que nos encontramos mal, hasta que la octava dices "joder, esto es lo que hay"

1: O sea, tolerar al final el...

4: Claro, lo que él dice puede llevar un proceso que haga que se califiquen ciertas supervisiones de ineficaces, y en realidad es lo que dice Iván, hasta que la otra persona asume dónde está el límite, y eso no depende tanto del supervisor.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:107 (963:969)**

Es una imagen más integrada de lo que es la realidad, el concepto este de real. Ese concepto de ese presente real, de que al final yo voy a cagarla seguro, no voy a tocar bien el clarinete, pero bueno, me da un poco más igual, y eso me va a permitir trabajarlo y seguir todos los días dándole caña.

3: Y sobre todo con esa cosa de placer ¿no?

2: Eso, de pasarlo bien a pesar de cagarla.

3: Poder disfrutarlo, ayudarles a disfrutar con el paciente. Es difícil, ¿eh?

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:110 (1005:1005)**

Para mí la efectividad es que ellos disfruten y que las cosas estén calmadas en ese aspecto aunque haya angustias,

CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Terapeutas y supervisores consideran que la supervisión es efectiva cuando consigue el empoderamiento del terapeuta, entendido como aumento de las competencias y reconocimiento de los límites.

DIFERENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Los supervisores consideran que la supervisión ha sido efectiva cuando ha conseguido el crecimiento del terapeuta, cuando consigue transmitir la capacidad de disfrutar con el trabajo, que aparece sólo si ha disminuido el miedo a equivocarse. La capacidad de *estar con*, la presencia, el modo de estar, es recogido únicamente por los supervisores.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:103 (933:937)**

El objetivo de supervisar cómo toco yo el clarinete no es tanto que lo toque bien o mal, sino que lo toque a gusto. Con una cierta sensación de responsabilidad, pero también de placer, y que la responsabilidad no acabe asfixiando al clarinete, pero no que de repente la cague o no, porque la voy a cagar sí o sí. Entonces mi sensación de eficacia es cuando la persona que tengo delante hemos construido esta especie de vínculo de confianza y tiene una sensación de cierta

tranquilidad en las dudas no resueltas. No sé cómo explicarlo, las dudas que al final no hemos podido resolver, o le hemos abierto otras puertas y se va con una cierta sensación de tranquilidad no sedada, sino una especie de tranquilidad...

3: ¿Curiosa?

2: ¡... Curiosa! y abierta a un cierto crecimiento personal en relación al terapeuta.

### 1.5.3 REQUISITOS DE LA SUPERVISIÓN EFECTIVA

#### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

Adaptarse a la experiencia y estilo del terapeuta, acompañarse con él.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:19 (49:49)**

que el supervisor se adapte a tu forma de trabajar, creo que va muy implícito en la relación, en la propia relación de respeto, siendo una persona que ya está llevando a un paciente, pues que pueda entender, "bueno, pues lo estás haciendo así, pues yo me adapto". Bueno, pues lo estás haciendo así, pues yo me adapto. Sea el modo de lo que tenga, o lo que sea, se adapta a tu forma de enfocar el caso, a tu propia formulación, ¿no?

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:56 (272:272)**

Me parece que está guay que el supervisor también vea que es lo que tú también tienes más ganas de trabajar. Es lo que decíamos todo el rato, hay gente que necesita más que le den técnicas o hay gente que necesita más trabajar cómo se está sintiendo, un poco a lo mejor que sea variable, que el supervisor diga, bueno, es idílico a lo mejor...

Proporcionar una experiencia emocional buena, en el sentido de que el terapeuta se sienta cuidado, comprendido, contenido.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:96 (361:361)**

Nada más que por la reflexión, el compartir, el clima. Por todo lo que hemos dicho, da igual, aunque no te vayas con una cosa para hacer, aunque te vayas incluso con más caos porque te han salido partes de ti a que a lo mejor no habías visto. Da igual pero creo yo que es una parte más en el proceso y me parece que siempre es útil. No encuentro una que no sea útil, a no ser que el supervisor te deje claro que has hecho una barbaridad y además no lo haga desde el cariño sino que lo haga bruto, muchas veces te das cuenta que has hecho cositas que no han estado [bien], pero vamos, si te lo dice desde el cariño...

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:95 (361:361)**

Yo creo que mientras no salgas hecha polvo, lo que tú dices, siempre la supervisión es útil.

#### LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

Adaptarse a la experiencia y estilo del terapeuta, acompañarse con él.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:32 (175:175)**

Yo creo que depende mucho de la persona, depende del carácter, de la forma de ser de los residentes y tú eso te das cuenta. Entonces, yo creo que hay que amoldarse un poco a eso

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:104 (776:776)**

Acompasarte, acomodarte un poco a la expectativa o al nivel de formación..

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:130 (983:987)**

El aguantar decir todo lo que ve, también es importante. No decir todo lo que ve, porque a lo mejor no es el momento, no viene a cuento, vas a abrir puertas que luego no puedes cerrar.

1: O sea, que ahí sería como acompañar, ¿no? Con lo que esté ocurriendo.

4: Sus tiempos, su ritmo, claro. Por qué dentro de tres meses y no ahora...

Proporcionar una experiencia emocional buena, en el sentido de que el terapeuta se sienta cuidado, comprendido, contenido.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:77 (436:438)**

Sí, exacto, y el que supervisa en el grupo, en estos grupos de resis, que también salga con una experiencia buena en el sentido de "me he sentido cuidado, me he sentido comprendido" o "he visto que aunque esté liado, se entiende".

4: Eso es básico, para el que se expone es básico. Más allá de que des con una solución, una estrategia o un tratamiento, que salga bien, o sea, tranquilo.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:80 (447:447)**

Siempre digo que si el que trae el caso sale de la supervisión peor que como ha entrado, o con una mala experiencia es que el supervisor lo ha hecho mal. O sea, yo lo creo así, que soy yo, vamos. O sea, que algo has hecho mal. Eso no quiere decir que refuerces al otro en que esté haciendo algo que no parece que sea beneficioso para el paciente, quiere decir que la forma que hemos tenido de discutir el caso no ha sido la adecuada.

## Reforzar las fortalezas del terapeuta

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:87 (476:476)**

Sería amplificar todo lo que veamos, o todo lo que sería que está por el buen camino, por así decirlo, amplificarlo

## Explorar nuevos caminos

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:87 (476:476)**

Sería amplificar todo lo que veamos, o todo lo que sería que está por el buen camino, por así decirlo, amplificarlo, y muy cuidadosamente abrir, no decir "es que te ha faltado esto, o te ha faltado lo otro". Sino abrir caminos.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:88 (478:482)**

Ahora puedes así, intentar esto, puedes intentar aquello...

4: Más así, exacto, en vez de señalar como...

3: ... un déficit.

## CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Terapeutas y supervisores coinciden en señalar la necesidad de adaptarse al terapeuta y hacer de la supervisión una experiencia emocional positiva para que sea efectiva.

## DIFERENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Los supervisores señalan, además, la necesidad de reforzar las fortalezas del terapeuta para que la supervisión sea efectiva junto con explorar nuevos caminos.

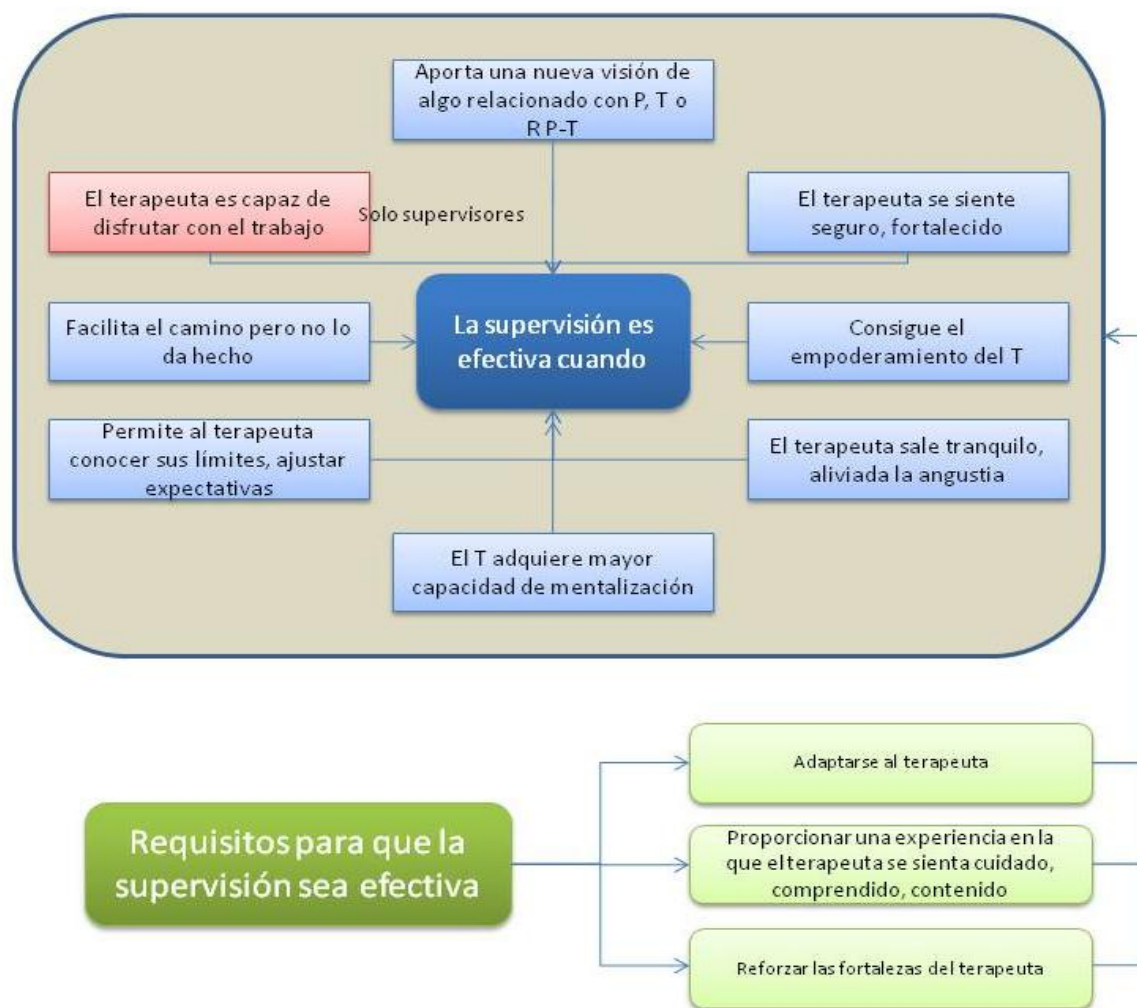


Figura 20. Supervisión efectiva: requisitos y características

#### 1.5.4 ¿CÓMO SABER SI LA SUPERVISIÓN HA SIDO EFECTIVA?

##### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

Se nota en el clima emocional de la sesión, en la persistencia del interés

**P10: grupo Terapeutas 2º-1- 10:107 (401:401)**

Yo lo noto cuando son grupales, que incluso nosotros cuando el supervisor se va nos quedamos debatiendo, como que todos de alguna forma nos hemos implicado y eso ha sido útil.

Se nota en aspectos verbales y no verbales del terapeuta: se va tranquilo, se desbloquea, se queda pensando en cosas que se han hablado en la sesión.

**P10: grupo Terapeutas 2º-1- 10:105 [ (395:395)**

Yo creo que se nota en el cuerpo.

**P14: grupo Terapeutas 1º-4- 14:50 (340:340)**

si salgo con una sensación distinta a como he entrado en la supervisión en relación a ese paciente ya me serviría, ya en mi sensación, y luego ya eso lo completaría. Entiendo que esa es otra parte y que no son incompatibles.

**P14: grupo Terapeutas 1º-4- 14:53 (352:352)**

Supongo que es eso, entrar con una idea y salir con otra, pero que tampoco sea demasiado distinta, porque si es muy muy distinta, también es un mazazo, decir "joder, se me escapa todo esto". No sé...pues eso, que también siento que el que alguien te valide y te diga...a mí también me parece difícil.

Apertura, herramientas, visión diferente... hacen que el terapeuta se empodere y se atreva a introducir cambios en la próxima sesión con el paciente: lo voy a intentar y te voy contando

**P14: grupo Terapeutas 1º-4- 14:52 (348:348)**

Algo que te haga a ti salir con una visión diferente de con la que has entrado. Luego lo ideal sería que, a partir de ahí, pudieras volver a repensar el caso con todo esto y al final aplicarlo al paciente y que el paciente mejorara. Pero vamos, yo creo que sí empieza por eso, porque salgas con una idea diferente y con cosas nuevas sobre el caso y sobre ti en relación con ese caso.

Aun con esa disposición distinta, algunos terapeutas consideran que sólo se sabrá si es efectiva después, en la sesión con el paciente

**P14: grupo Terapeutas 1º-4- 14:49 (338:338)**

Eso ya después cuando tú estés con el paciente ya aplicas...o lo que te han dicho lo tratas de aplicar y ves si hay algún cambio o algún beneficio final, pero no lo vas a ver directamente aquí, sino que lo vas a ver cuando lo apliques.

## LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

Los supervisores saben si la supervisión ha sido efectiva pidiendo *feedback* al final de la sesión, preguntando.

**P 1: grupo Supervisores 1- 1:110 (847:847)**

Tiene que haber un *feedback* con el supervisando, verbal o no verbal, pero que veas si les has afectado algo.

**P 2: grupo Supervisores 2- 2:117 (1100:1104)**

Lo no verbal, trato luego de cerrarlo cuando se suele acabar, o yo intento, con una recapitulación de todo esto y le pregunto si le ha sido útil.

**P 3: grupo Supervisores 3- 3:110 (672:672)**

Yo decía de preguntarle al grupo, o al supervisando "¿te ha servido, te ha valido para algo, o te ha servido? ¿te vas bien?". Y te dice "sí, sí, me ha servido", o "sí, sí, voy a hacer tal cosa". Pero también te puede decir "pues no, me quedo igual, la verdad es que no entiendo nada". Eso suele ocurrir.

Se nota en el clima emocional de la sesión, en la persistencia del interés

**P 1: grupo Supervisores 1- 1:107 (839:839)**

Pidiendo un *feedback*, pero siempre se nota la historia emocional.

**P 2: grupo Supervisores 2- 2:109 (999:999)**

Salgo a gusto cuando tanto en individual como en grupo tengo la sensación de que ha habido un ambiente agradable, cálido, fluido, que la gente se ha mostrado, se ha expuesto, se haya resuelto o no lo que sea, pero que se haya creado un poco ese ambiente que ha facilitado la conversación y que la gente exprese lo que está sintiendo. Salgo con la sensación de que algo ha funcionado, les hayas resuelto todo o no.

Se nota en aspectos verbales y no verbales del terapeuta: se va tranquilo, se desbloquea, se queda pensando en cosas que se han hablado en la sesión.

**P 2: grupo Supervisores 2- 2:117 (1100:1104)**

Lo no verbal, trato luego de cerrarlo cuando se suele acabar, o yo intento, con una recapitulación de todo esto y le pregunto si le ha sido útil.

5: Cómo se ha sentido también.

2: Cómo se ha sentido, cómo lo ha pasado y cómo está. Y habitualmente ahí no me fijo mucho en lo que me contesta, sino en cómo está en lo no verbal. Entonces es difícil, o sea, es una sensación como de calma y de haberse regulado, de aceptar más su presente, pero no estar cerrado, de no quedarse absolutamente sedado, sino quedarse como pensativos, como cuando hacemos las interpretaciones, alguien que se queda, que tiene una cierta función depot, que durante unos días, a ratos, va a darle vueltas a esto, y a poder pensarlo. Entonces, tienen como una cierta apertura, entonces yo es cuando tengo una cierta sensación de "este tío se lo va a pensar, o esta tía se va con material para currar", entonces me voy como satisfecho de esta historia. Se va bien, se va tranquila, pero se va como dándole vueltas.

**P 2: grupo Supervisores 2- 2:116 (1094:1094)**

Yo creo que la persona que está se tiene que ir relajada, tranquila, integrada, pero no del todo. Quiero decir, se tiene que ir pensando, con algo abierto, con un punto de reflexión

**P 1: grupo Supervisores 1- 1:112 (875:883)**

Contrariado en un primer momento...

3: O inseguro...

5: Y luego, a lo mejor, justamente, eso te abre muchas más puertas, a lo mejor luego dices "Joder, esto no me ha gustado nada porque me ha tambaleado no sé qué, pero realmente..."

4: Sí, si le va a hacer pensar.

5: Si le va a hacer pensar, aunque salga un poco contrariado pues ve al paciente o la relación con él de otra manera, desde otras perspectivas, apertura

**P 1: grupo Supervisores 1- 1:109 (845:845)**

Si las perspectivas que has abierto, si te das cuenta de que se queda pensándolas y profundiza en ellas el supervisando, entonces es que está mirando la cosa.

Apertura, herramientas, visión diferente... hacen que el terapeuta se empodere y se atreva a introducir cambios en la próxima sesión con el paciente: lo voy a intentar y te voy contando

**P 1: grupo Supervisores 1- 1:113 (885:885)**

"lo voy a intentar y te voy contando"

CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Terapeutas y supervisores coinciden en que notan que la supervisión ha sido efectiva en el clima emocional que se crea, atentos a aspectos verbales y no verbales, en la persistencia del interés más allá de la sesión de supervisión. Se nota en que el terapeuta empoderado y enriquecido con la mirada de otros, se atreve a introducir cambios en la terapia con el paciente. Ambos coinciden en que la supervisión es uno de los múltiples factores que influyen en el crecimiento del terapeuta y es difícil atribuir el peso del efecto que tiene.

DIFERENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Son los supervisores los que introducen la cuestión de cómo evaluar la supervisión: informe subjetivo, evaluador externo... consideran que tienen un mayor fundamento para la evaluación cuando la supervisión es continuada en el tiempo.

1.5.5 EVALUACIÓN DE LA SUPERVISIÓN

## LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

Los terapeutas consideran que son múltiples los factores que influyen en el crecimiento del terapeuta y en el resultado de la terapia, no sólo la supervisión.

### **P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:44 (152:162)**

Conductora grupo: ¿A qué os referiríais con implicación activa?

X: A que ese caso, por ejemplo, yo hablo en mi caso. El caso que yo presenté a supervisión fue un caso que para mí era muy complicado, que no sabía qué hacer, que estaba completamente perdida y cuando lo presenté sí que...

Conductora grupo: ¿te fue útil?

X: Me fue muy muy útil. Yo lo presenté y fue un debate entre todos, no fue directivo en ningún momento, comentamos cuatro cosas básicas, entramos en otras y después a mí sí que me ha ayudado mucho y después con el tiempo ese caso ha mejorado de una manera...

Conductora grupo: Y te parece que la mejoría en el paciente ¿ha podido tener que ver con...?

x: Yo creo que ha tenido que ver con el máster, ya no sólo con la supervisión, sino todo esto de las habilidades de la entrevista, la alianza terapéutica, todo esto que nos han ido enseñando...

## LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

Dificultad para evaluar resultados de la supervisión: serían resultados sobre el paciente y la relación y sobre el crecimiento del terapeuta. Sería necesario un informe subjetivo o un evaluador externo que garantizara la confidencialidad

### **P 3: grupo Supervisores 3- 3:95 (546:554)**

Hay dos cosas, porque es por los resultados y por el crecimiento de la persona que está supervisando... que eso es todavía más difícil de saber.

1: Y lo del crecimiento, ¿no es un resultado?

3: Vale, resultados sobre el paciente. En la relación con el paciente en concreto, y.

1: Sobre el paciente y sobre el terapeuta.

3: Pero a ver cómo lo evalúas.

### **P 3: grupo Supervisores 3- 3:103 (608:608)**

¿Y la percepción subjetiva del supervisor y si es un grupo, de los participantes del grupo? Realmente es, "bueno, pues siento que sé algo más", o ver este paciente porque lo veo de otra manera.

### **P 3: grupo Supervisores 3- 3:104 (612:612)**

informe subjetivo

### **P 3: grupo Supervisores 3- 3:105] (616:616)**

Tendría que ser como un evaluador externo que no tuviera nada que ver con la relación supervisor y supervisando.

Entonces quizá en lo evolutivo vas viendo si tus supervisiones están siendo eficaces o en la relación estás consiguiendo algo. En una cosa más transversal que de repente un día te cogen, "venga, supervisas este grupo", que van a exponer un caso tipo sesión clínica. Y ahí es mucho más difícil de evaluar si ha sido eficaz.

### **P 3: grupo Supervisores 3- 3:102 (598:598)**

Lo que no sé es cómo evaluar los resultados, pero una única supervisión, igual que una única experiencia en tu vida, una conversación, puede tener un montón de efecto. Es un efecto de onda expansiva.

El efecto es el resultado de muchas cosas, difícil determinar la parte del efecto de la supervisión

### **P 3: grupo Supervisores 3- 3:97 (558:558)**

Es igual que en las terapias, es difícilísimo, yo no sé si ha mejorado por la terapia, por el paso de los años, porque le han dado la paga.

### **P 3: grupo Supervisores 3- 3:101 (596:596)**



No es el efecto de una supervisión tuya, sino del conjunto. La supervisión es del profesor. Y mirar lo que ha pasado a partir de una sesión de supervisión me parece difícil. Aún cuando luego te dicen "ah, pues estuve haciendo eso que hablamos y me parece que salió bien". Incluso así no sabes si ha sido eficaz o no.

### Evaluación de la supervisión en el tiempo vs una única sesión

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:139 (771:788)**

1: Pero si fuera una supervisión única y tuvieras que evaluar esa supervisión.

4: Así, en un tú a tú.

3: ES una supervisión única y ya está: no ha conseguido sus objetivos, no.

1: O sea, en que hay un área en que sí todos estaríamos de acuerdo en que esta supervisión no ha funcionado

3: ¿O ha abierto algo? ¿O ha abierto algo sin terminarlo? Eso es lo que yo me pensaba.

1: Ya, ya.

3: ¿Sabes? Puede haber abierto una duda, una pregunta, una posibilidad "lo tengo que ver más".

1: Ahá. Ya... eso sólo podemos saberlo por la experiencia subjetiva.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:96 (556:556)**

Yo creo que la evaluación es en la continuidad, ¿no? Lo que decías antes, conforme vas viendo al residente, cómo te llegó el primer día con un caso y cómo te llega con el caso diez, vas viendo qué ha crecido, porque no viene con la dificultad en el mismo sitio, la dificultad va cambiando. Si siempre te viene con la misma dificultad es que algo no va. No has sido capaz de transmitirle. Entonces quizá en lo evolutivo vas viendo si tus supervisiones están siendo eficaces o en la relación estás consiguiendo algo. En una cosa más transversal que de repente un día te cogen, "venga, supervisas este grupo", que van a exponer un caso tipo sesión clínica. Y ahí es mucho más difícil de evaluar si ha sido eficaz.

### CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Terapeutas y supervisores coinciden en la multiplicidad de factores que influyen tanto en el crecimiento del terapeuta como en el resultado de la terapia. De ahí la dificultad para evaluar el resultado de la supervisión.

### DIFERENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Los supervisores dedican más reflexiones a la evaluación de la supervisión. Además de las dificultades ya señaladas, consideran que pueden valorar los resultados pidiendo feedback, mediante un informe subjetivo o, quizá, sería necesario un evaluador externo. La evaluación sería la monitorización del progreso del terapeuta.

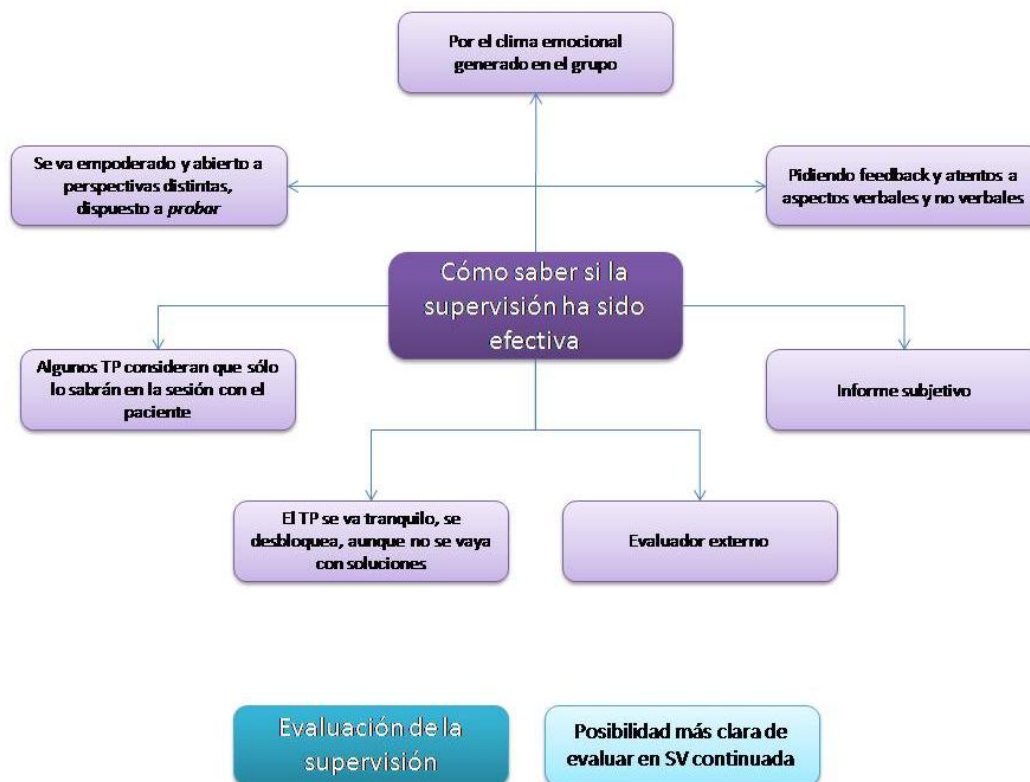


Figura 21. Cómo saber si la supervisión ha sido efectiva

### 1.5.6 ¿QUÉ HACE EFECTIVO A UN SUPERVISOR?

#### LO QUE DICEN LOS TERAPEUTAS

Un supervisor efectivo tiene una actitud de aceptación y no juicio. Cálido, comprensivo, empático, respetuoso, flexible.

#### **P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:102 (381:383)**

Y también muy importante que te mire, claro, que te pueda en algún momento sonreír, que incluso pueda contar algo que tenga que ver con su propia experiencia, como... humano. Para mí es importante notarlo humano, cercano.

2: Calidez.

#### **P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:103 (385:385)**

Has dicho antes lo de cariñoso, ¿no? En cierto sentido también, de ese cuidado, de permitir todo, de no criticar, de escuchar, de estar abierto.

#### **P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:60 (280:280)**

Que sea comprensivo, que no te haga sentir juzgada. Que no me ha pasado aquí en el máster, pero en otras supervisiones individuales sí. Que tú puedas expresar libremente si lo has hecho mal, bien y la dificultad que has tenido y sepa un poco gestionar eso.

Desde ahí plantea la supervisión adaptándose al terapeuta, a su experiencia, a su estilo, a su propio ritmo.

#### **P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:97 (365:365)**

Yo sigo pensando que se pueda adaptar a mi forma de enfocar y dirigir el caso. Quiero decir, si de alguna manera lo orienta desde una orientación teórica a lo mejor con la que yo me siento muy distante no me resulta al final una supervisión efectiva porque no la voy a utilizar, como que me voy de aquí sabiendo que es que eso no lo voy a hacer, no me siento cómoda... Entonces eso como una cualidad, ¿no? Que sepa ver en ti por dónde tirar.

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:56 (272:272)**

Me parece que está guay que el supervisor también vea que es lo que tú también tienes más ganas de trabajar. Es lo que decíamos todo el rato, hay gente que necesita más que le den técnicas o hay gente que necesita más trabajar cómo se está sintiendo, un poco a lo mejor que sea variable, que el supervisor diga, bueno, es idílico a lo mejor...

Pone conocimientos y experiencia al servicio del terapeuta, pero sin imponer, sin hacer alarde de conocimientos ni utilizar la supervisión para reforzar su propia autoestima.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:64 (401:401)**

Yo lo primero diría flexibilidad. Si está en la posición de supervisor y es una persona rígida que tiene un concepto que él se sitúa en un lugar de superioridad a ti, con lo cual la relación no es simétrica, pues no te va a servir de mucho. Él va a mostrar allí todas sus capacidades, o cualidades o experiencias como experto y tal... Entonces a ti realmente te vas a colocar en una posición de inferioridad.

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:42 (263:263)**

Que tenga calidez, que no se imponga como la autoridad.

No da clase, no da soluciones hechas: a través de preguntas fomenta la reflexión del terapeuta para que encuentre nuevas aperturas, incluso antes de ser formuladas. Sugiere más que prescribe.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:74 (422:422)**

a mí me parece que cuando hace preguntas, bueno, pues las preguntas adecuadas ¿no? Bueno, no sé si adecuadas es la palabra, pero como que da con la pregunta en el quid de la cuestión o que realmente te hace reflexionar sobre algo que no habías reflexionado antes o que con la pregunta ves distintas alternativas que me parece que o que ves que a lo mejor hace un apunte, que todo el mundo quiere participar, o sea, que es algo que ha movilizó a la gente realmente. A mí eso sí que me gusta, cuando pica ahí un poco el gusanillo [risas]. Eso me es útil.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:78 (462:462)**

- que haga preguntas para que nos hagan pensar.
- ¿Preguntas que hagan pensar no solamente sobre el paciente, sino sobre nosotros mismos?
- Sobre nosotros mismos, y preguntas clave, si las hay.

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:53 (265:265)**

También que te incite a sacar cosas, o sea, no que te diga "es esto", sino que te intente dar una vuelta él al caso, pero enfocándotelo para que seas tú. O sea, no algo masticado, no sé cómo explicarlo.

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:54 (268:268)**

Que te haga pensar tú y te haga sacar cosas a partir de su experiencia.

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:66 (409:409)**

Una habilidad que te ayudara a descubrir tus propios recursos y poder utilizarlo después en el caso que has planteado.

Utiliza razonablemente la autorrevelación.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:102 (381:383)**

Y también muy importante que te mire, claro, que te pueda en algún momento sonreír, que incluso pueda contar algo que tenga que ver con su propia experiencia, como... humano. Para mí es importante notarlo humano, cercano.

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:61 (282:282)**

Yo esperaría que fuera estimulante. Pero con el supervisando y con el resto de la gente que está. Que al final diera un *feedback* más concreto de lo que se ha hablado. Y también yo valoraría mucho que él también expresara lo que le hace sentir el caso también, no sólo muchas veces el supervisando sino, "oye, pues a mí esta señora también me parecería un coñazo", o "a lo mejor habría que hacerlo de otra forma". Pero que él también expresara lo que le hace sentir, "es una mierda lo que has traído".

Está atento tanto a la terapeuta y al caso que presenta como al clima emocional que esto genera en el grupo. Se muestra atento, interesado e involucrado.

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:44 (291:291)**

Que se involucre más.

Señala aspectos personales del terapeuta cuando están implicados en una dificultad con el caso presentado, pero no convierte la supervisión en terapia.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:83 (498:504)**

Como que te ayude a ver aspectos personales.

x: Sí, para trabajar sobre ellos si quieres. O que te des cuenta, por lo menos.

Conductora del grupo: Serían entonces las dos cosas, ¿que te ayude a ver aspectos personales y que trabaje esos aspectos personales?

x: si tú quieres, pues sí.

**P 9: Grupo Terapeutas 1º-1- 9:84 (509:511)**

No os parece que esa sea una finalidad de la supervisión...

x: para mí no lo es. O sea, sí que me ayuda eso, que te lo hagan ver o que te faciliten ver un problema o una dificultad que tienes para que luego tú lo saques en el otro grupo si quieres.

Hace que el terapeuta se sienta cómodo, tranquilo y respetado, lo que facilita que se exponga.

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:98 (367:371)**

Y otra cosa que aunque no tienen mucho que ver, pero para mí sí es importante, es que sea amable.

Conductora del grupo: ¿que sea amable?

3: Para mí si es un poco desagradable o cualquier cosa que diga, y es brusco... yo no me abriría. O sea, estaría tensa. Y para mí también es importante estar tranquila en una supervisión porque si no estoy tranquila no puedo dar y al final no capto tampoco lo que me da.

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:62 (296:296)**

Que sea cercano, que sientas que puedas expresarlo, porque yo con algunos supervisores, no aquí, en mi CSM, siento que no puedo expresar absolutamente nada, porque al final "no, no, no, esto es así, te lo digo yo". Para qué te voy a dar yo mi punto de vista si ni siquiera me está escuchando, ya lo tiene muy pensadito, no te estimula, sino que te echa la bronca... Vaya supervisión. Entonces a lo mejor sí, que puedas expresar también tu opinión, que puede ser a lo mejor eso, una mierda, pero bueno, que la expresas y que te la desmonte con cuidado y con cariño.

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:63 (300:304)**

Ahora que lo dices también que te sientas cómodo, porque a medida que tú te sientas más cómodo vas a poder contar más cosas a la hora de... en la supervisión si uno se siente cómodo es mucho mejor y se pueden sacar más cosas.

Conductora del grupo: ¿te expones más?

2: Sí, a eso me refiero, te expones más

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:46 (295:295)**

Y que sean empáticas, que se pongan en el pellejo del que está siendo supervisado, porque si te ponen en una situación de "yo no sé, yo te digo". Porque el que supervisa también lo pasa mal.

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:47 (301:301)**

Que te hagan dudar sin hacerte sentir un imbécil

Señala las fortalezas

**P10: Grupo Terapeutas 2º-1- 10:100 (377:377)**

Eso, la cualidad que decíamos también antes de señalar las cosas positivas que estás haciendo. Como técnica de positivo-negativo-positivo, que pueda decir lo malo, pero dentro de cosas que estás haciendo bien.

**P14: Grupo Terapeutas 1º-4- 14:48 (305:305)**

Que valide un poco también tu trabajo.

Concluye con claridad, concretando lo que quiere transmitir

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:50 (257:257)**

Más directivo conmigo, en la supervisión y que te ayude, que te de su hipótesis un poco clara, concreta, no tan abstracta.

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:29 (168:168)**

Un mensaje claro a modo de conclusión. Yo estoy pensando en una supervisión que hice fuera de aquí que al final yo me fui sin saber, sin cerrar el mensaje, un poco el lazo, y yo creo que eso es importante, ponerle un lazo final a la supervisión aunque no se haya supervisado todo. Lo que se haya supervisado, hacer un poco de recogida final, unos puntos...

**P12: Grupo Terapeutas 2º-2- 12:31 (180:180)**

Yo creo que una parte sí requiere divagar, yo lo decía un poco al principio, si yo tengo una idea igual y estoy embarrancado, necesito igual divagar, no me estoy permitiendo divagar por lo que sea, pero luego hay que cerrarlo.

Ejerce un papel moderador si la supervisión es grupal. Estructura la sesión

**P13: Grupo Terapeutas 1º-3- 13:67 (411:411)**

Y a los supervisores de aquí que sean moderadores, o sea, que estén presentes, no que sean sólo observador del grupo.

Facilita herramientas

**P11: Grupo Terapeutas 1º-2- 11:52 (263:263)**

El tema de que sea directivo, como dice Aníbal. Que se implique, que veas tú que está atento, que te está escuchando, que quiere ayudarte y luego que te de esas herramientas, no sé qué cualidad sería esa, pero eso es lo que pienso.

LO QUE DICEN LOS SUPERVISORES

Un supervisor efectivo tiene una actitud de aceptación y no juicio. Cálido, comprensivo, empático, respetuoso, flexible.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:88 (696:696)**

Que no sea enjuiciatorio.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:126 (973:973)**

Empático, saber escuchar.

Desde ahí plantea la supervisión adaptándose al terapeuta, a su experiencia, a su estilo, a su propio ritmo.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:99 (742:742)**

Yo creo que también se tiene que aproximar un poco a la expectativa del supervisando. Yo creo que también muchas veces, alguien supervisa algo, te está diciendo algo, que le queda en la estratosfera a... o sea, yo he visto algunas supervisiones... que, de lenguaje, de las respuestas, quiero decir, que se pueda aproximar a la expectativa o al nivel del supervisando, que tenga cierta flexibilidad.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:104 (776:776)**

Acompasarte, acomodarte un poco a la expectativa o al nivel de formación.

Pone conocimientos y experiencia al servicio del terapeuta, pero sin imponer, sin hacer alarde de conocimientos ni utilizar la supervisión para reforzar su propia autoestima.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:93 (710:712)**

Que no se dedique a hablar de él mismo y su larga y profunda experiencia, sino en lugar de

hablar de...

4: Que se centre en el supervisando.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:63 (349:349)**

Es conseguir que no sea una fuente de autoestima para ti el que el otro te admire

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:131 (993:993)**

También poner sus conocimientos al servicio del otro, no sé muy bien cómo sería eso. O sea, frenarte pero también poner tus conocimientos ahí.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:132 (1003:1003)**

Experiencia y conocimiento y ponerlos en juego.

No da clase, no da soluciones hechas: a través de preguntas fomenta la reflexión del terapeuta para que encuentre nuevas aperturas, incluso antes de ser formuladas. Sugiere más que prescribe.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:98 (728:728)**

Que no dé consejos, es decir, que no diga, "lo que tienes que hacer es", sino que diga más bien "lo que yo haría quizás es...".

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:103 (772:772)**

No dar clase

Reta la narrativa que trae el terapeuta, utiliza preguntas "desestabilizadoras".

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:95 (722:722)**

Yo creo que también un supervisor tiene que ser como un interpelador, como que tiene que tener el punto de provocar. Que no sea sólo una buena mamá, sino que también se cuestione, que haga preguntas, que desequilibren al supervisando.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:97 (726:726)**

Que rete un poco a la historia que trae.

No quiere ni puede solucionarlo todo. Utiliza razonablemente la autorrevelación y muestra también su "no saber", sus propios límites. Tolerancia la incertidumbre. Facilita así un clima en el que es posible mostrarse vulnerable.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:127 (975:975)**

Acompañar en la reflexión a nivel interno, en el proceso de reflexión conjunta, de lo que tú sabes que puede ser distinto de lo que sabe el otro, pero sin tener que solucionarlo todo. Para eso tienes que escuchar, claro.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:94 (720:720)**

Que pueda mostrar eso, que pueda mostrar el lado poco omnipotente de estas cosas, "yo tuve un caso parecido, fue fatal..", o sea, que pueda transmitir también los muchos grandes errores que hemos cometido a lo largo de nuestra vida, que pueda bajarse un poco a ese nivel, que todos hemos pasado por ahí o lo pasamos.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:113 (1035:1049)**

Ser flexible.

3: Ser capaz de poder tener un punto de autorrevelación.

4: La flexibilidad.

3: Yo creo que estar abierto, flexibilidad en este hacer un poco el juego de estos equilibrios.

2: Tolerancia.

4: La no crítica.

3: Aceptación nuestra y del otro, la no crítica, el no juzgar.

4: El no sentir que estás juzgando lo que están haciendo y cómo lo están haciendo.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:123 (957:957)**

Yo creo que tolerar la incertidumbre es una.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:124 (959:959)**

No querer dar soluciones a todo.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:125 (963:969)**

El frenarse en dar clase, frenarse en el papel de experto.

3: Y en la exigencia de saber todo. También.

1: En la auto, o en la hetero[risas]

3: En la auto y en la heteroexigencia. Las dos. Auto y hetero-omnipotencia.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:134 (1007:1009)**

Saberte aguantar.

4: Exacto, al contrario, decir "pues mira, no he podido llegar, no he sabido". Y eso hay que saber tolerarlo para no decirle al otro "no, es que tú no tienes ni idea, estás fatal, eres un corto".

Está atento tanto a la terapeuta y al caso que presenta como al clima emocional que esto genera en el grupo. Se muestra atento, interesado e involucrado.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:89 (698:698)**

Que tenga un interés por la supervisión, que le interese.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:106 (808:808)**

Tiene que ser capaz de estar a la tarea del caso y también al clima emocional que está habiendo con eso. Cuidar las dos cosas, estar pendientes de las dos cosas.

Señala aspectos personales del terapeuta cuando están implicados en una dificultad con el caso presentado, pero no convierte la supervisión en terapia.

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:91 (706:706)**

Que tenga respeto, que no critique, que no entre en temas personales.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:129 (983:983)**

No decir todo lo que ve, porque a lo mejor no es el momento, no viene a cuento, vas a abrir puertas que luego no puedes cerrar.

Hace que el terapeuta se sienta cómodo, tranquilo y respetado, lo que facilita que se exponga.

**P 3: Grupo Supervisores 3- 3:136 (943:943)**

Y yo, es una cosa muy de cincuenta por ciento, es una relación de dos: con qué expectativas entro, con las que has salido, qué he sido yo capaz de hacer con él, que no, si me interesaba que se fuera así, porque tampoco iba yo a hacer con él... y esa relación es igual ¿no? Por eso al final es, por lo menos que se sienta cuidado, aunque hayamos pensado diferente, o salgamos muy diferentes, que no se sienta maltratado.

Tiene capacidad para aprender

**P 1: Grupo Supervisores 1- 1:105 (796:796)**

Estar abierto a nuevos aprendizajes.

Es capaz de transmitir una actitud de curiosidad y placer en el encuentro con el otro.

**P 2: Grupo Supervisores 2- 2:114 (1051:1051)**

Estar con esta parte curiosa que yo creo que es lo que vamos a transmitir también al otro ¿no? Esa curiosidad, ese juego, curiosidad es juego. Esa parte de diversión, de placer.

CONVERGENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Terapeutas y supervisores coinciden en las actitudes que hacen efectivo a un supervisor: respeto, capacidad de escucha, flexibilidad, adaptación, experiencia. No hace de la supervisión fuente de autoestima. Esta actitud facilita que el terapeuta se sienta cómodo y se exponga.

#### DIFERENCIAS ENTRE LO QUE EXPRESAN UNOS Y OTROS

Los terapeutas señalan algunos aspectos del desarrollo de la sesión de supervisión que el terapeuta debe cuidar para ser efectivo: modera la sesión, facilita técnicas, señala fortalezas y ofrece conclusiones claras.

Los supervisores señalan aquellos aspectos de su actitud que permiten que el espacio de supervisión sea un lugar en el que es posible mostrarse vulnerable. Señalan igualmente que un supervisor efectivo continúa aprendiendo y es capaz de mostrar lo que de placentero tiene la tarea.

#### 1.5 RESUMEN SUPERVISIÓN EFECTIVA

Terapeutas y supervisores se plantean, cuando se pregunta por la efectividad de la supervisión, qué es un resultado en supervisión, si el resultado estaría en relación con la mejoría del paciente o con el empoderamiento del terapeuta. Los terapeutas consideran la efectividad en los resultados sobre el paciente y su sensación de calma y los supervisores en la monitorización del progreso del terapeuta.

La supervisión es efectiva cuando aporta al terapeuta nuevas perspectivas, hace que vea las cosas más claras en relación con él mismo, el paciente o la relación entre ambos, cuando consigue el empoderamiento del terapeuta y su crecimiento personal: hace que el terapeuta se sienta más seguro, fortalecido; sale de la supervisión calmado, tranquilo, aliviada la angustia; adquiere mayor capacidad de autoobservación / mentalización; la supervisión efectiva permite al terapeuta conocer límites, ajustar expectativas y disfrutar con el trabajo. La supervisión efectiva abre nuevas perspectivas, facilita caminos... pero no los da hechos. Para que la supervisión sea efectiva tiene que, adaptándose a la experiencia y estilo del terapeuta, reforzar las fortalezas del terapeuta y proporcionar una experiencia emocional positiva, en el sentido de que el terapeuta se sienta cuidado, comprendido, contenido.

Los supervisores saben si la supervisión ha sido efectiva preguntando, pidiendo *feedback* al final de la sesión. En ese *feedback* están atentos a aspectos verbales y no verbales tanto del terapeuta que ha presentado el caso como del resto de asistentes si es una supervisión grupal. Terapeutas y supervisores lo perciben también en el clima emocional generado en el grupo. Terapeutas y supervisores consideran que la supervisión ha sido efectiva cuando el terapeuta se va tranquilo, no necesariamente con todas las dudas resueltas; se desbloquea, se queda pensando en cosas que se han hablado en la sesión y persistirá en la reflexión más allá de la sesión. Puede ver al paciente o la relación con él de otra manera, desde otras perspectivas, tiene la impresión de haberse abierto a formas de comprensión que no contemplaba. Apertura y herramientas nuevas hacen que el terapeuta se empodere y se atreva a



introducir cambios en la próxima sesión con el paciente: lo voy a intentar y te voy contando. Aun con esa disposición distinta, algunos terapeutas consideran que sólo se sabrá si es efectiva después, en la sesión con el paciente.

Un supervisor “efectivo” mantiene una actitud de aceptación y no juicio. Cálido, comprensivo, empático, respetuoso, flexible. Desde ahí plantea la supervisión adaptándose al terapeuta, a su experiencia, a su estilo, a su propio ritmo. Pone conocimientos y experiencia al servicio del terapeuta, pero sin imponer, sin hacer alarde de conocimientos ni utilizar la supervisión para reforzar su propia autoestima. No da clase, no da soluciones hechas: a través de preguntas fomenta la reflexión del terapeuta para que encuentre nuevas aperturas, incluso antes de ser formuladas. Sugiere más que prescribe. Reta la narrativa que trae el terapeuta, utiliza preguntas “desestabilizadoras”. No quiere ni puede solucionarlo todo. Utiliza razonablemente la autorrevelación y muestra también su “no saber”, sus propios límites. Tolerancia la incertidumbre. Facilita así un clima en el que es posible mostrarse vulnerable. Está atento tanto a la terapeuta y al caso que presenta como al clima emocional que esto genera en el grupo. Se muestra atento, interesado e involucrado. Señala aspectos personales del terapeuta cuando están implicados en una dificultad con el caso presentado, pero no convierte la supervisión en terapia. Hace que el terapeuta se sienta cómodo, tranquilo y respetado, lo que facilita que se exponga. Tiene capacidad para aprender. Es capaz de transmitir una actitud de curiosidad y placer en el encuentro con el otro. Señala las fortalezas. Concluye con claridad, concretando lo que quiere transmitir. Ejerce un papel moderador si la supervisión es grupal. Estructura la sesión, facilita herramientas.

Algunos supervisores plantean la dificultad para evaluar resultados de la supervisión: serían resultados sobre el paciente, la relación y sobre el crecimiento del terapeuta. Pero, ¿cómo evaluar esos resultados? Sugieren la posibilidad de evaluar la supervisión mediante un informe subjetivo o un evaluador externo que garantizara la confidencialidad. Por otra parte, ambos, terapeutas y supervisores, consideran que la efectividad de la supervisión es el resultado de muchas cosas (otros aspectos de la formación, experiencia...) y es difícil determinar el tamaño del efecto atribuible a la supervisión. Valoran también que es distinta la evaluación de la supervisión continuada que la de una única sesión.



Figura 22. Características del supervisor efectivo

		Aspectos comunes a SUPERVISORES Y TERAPEUTAS	Aspectos distintos en SUPERVISORES	Aspectos distintos en TERAPEUTAS
SUPERVISIÓN EFECTIVA	Qué es un resultado en supervisión?	Sobre el crecimiento del terapeuta?		
		Mejora el paciente?		
				Dificultad a veces, a la salida de la supervisores, para saber si ha sido efectiva o no
	La supervisión es efectiva cuando	Aporta al terapeuta una nueva visión de algo relacionado con él mismo, el paciente o la relación		
		El terapeuta se siente más seguro, fortalecido		
		Consigue el empoderamiento del terapeuta y su crecimiento personal		
		El terapeuta sale de la sesión tranquilo, aliviada la angustia		
		El terapeuta adquiere mayor capacidad de autoobservación, mentalización		
		Permite al terapeuta conocer sus límites, ajustar expectativas		
		Facilita caminos pero no los da hechos		
			El terapeuta es capaz de disfrutar con el trabajo	
	Requisitos de la supervisión efectiva	Adaptarse a la experiencia y estilo del terapeuta		
		Proporcionar una experiencia emocional en la que el terapeuta se sienta cuidado, comprendido, contenido		
		Reforzar las fortalezas del terapeuta		
	Cómo evaluar la supervisión?	Multiplicidad de factores influyen tanto en el crecimiento del terapeuta como en la mejoría del paciente	Posibilidad más clara de evaluar en supervisión continuada	
	Cómo saber si la supervisión ha sido efectiva		Pidiendo feedback, atentos a aspectos verbales y no verbales	
			Informe subjetivo	
			Evaluator externo	
		Según el clima emocional generado en el grupo		
		El terapeutas se va tranquilo, se		

		desbloquea aunque no se vaya con soluciones		
		Se va empoderado y abierto a perspectivas distintas, dispuesto a “probar”		
				Algunos terapeutas consideran que sólo lo sabrán en la sesión con el paciente
		<b>Aspectos comunes a SUPERVISORES Y TERAPEUTAS</b>	<b>Aspectos distintos en SUPERVISORES</b>	<b>Aspectos distintos en TERAPEUTAS</b>
SUPERVISOR EFECTIVO	Actitud	Actitud de aceptación y no juicio. Cálido, comprensivo, empático, respetuoso, flexible		
		Se adapta al ritmo del terapeuta (experiencia y estilo personal)		
		Pone conocimientos y experiencia al servicio del terapeuta pero sin imponer		
		No hace alarde de conocimientos ni utiliza la supervisión para reforzar su autoestima		
			Tiene capacidad para aprender	
			Es capaz de transmitir una actitud de curiosidad y placer en el encuentro con el otro	
	Manejo de la sesión de supervisión	Hace que el terapeuta se sienta cómodo, tranquilo y respetado, lo que facilita que se exponga		
		Utiliza razonablemente la autorrevelación. Muestra sus límites. Facilita un clima en el que es posible mostrarse vulnerable		
		No da clase ni consejos. Facilita que el terapeuta encuentre vías. Sugiere más que prescribe		
		Reta la narrativa del terapeuta		
		Esta atento tanto al terapeuta y al caso como al clima emocional que se genera en el grupo		
		Señala aspectos personales del terapeuta cuando están implicados con una dificultad en el caso pero no convierte la supervisión en terapia		

		Señala las fortalezas		
				Concluye con claridad, concreta lo que quiere transmitir
				Modera, estructura la sesión
				Facilita herramientas

Tabla 11. Supervisión efectiva. Aspectos comunes y diferentes en el discurso de terapeutas y supervisores

## 2.- CÓDIGOS TRANSVERSALES. BASES PARA UNA TEORÍA FUNDAMENTADA DE LA SUPERVISIÓN DESDE LA PERSPECTIVA NARRATIVA

Las palabras son como las cebollas -dijo-cuanto más capas quitas más significados encuentras. Y cuando empiezas a descubrir la multiplicidad de significados, lo verdadero y lo falso carece de importancia. Todas las preguntas que tú y Samir habéis planteado sobre los harenes están muy bien, pero siempre quedará más por descubrir. Ahora quitaré otra capa para ti -añadió luego- pero recuerda que sólo es una entre las demás.

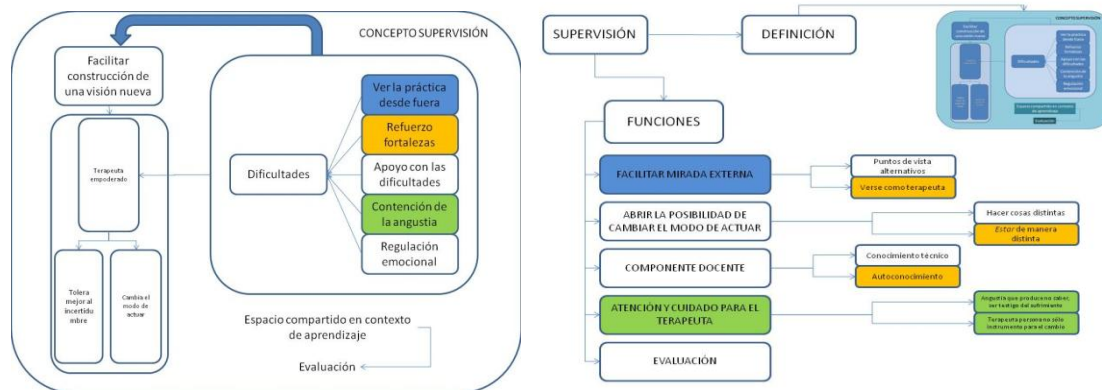
Fátima Mernissi

*Sueños en el umbral. Memorias de una niña del harén*  
Barcelona: Muchnick, 2002

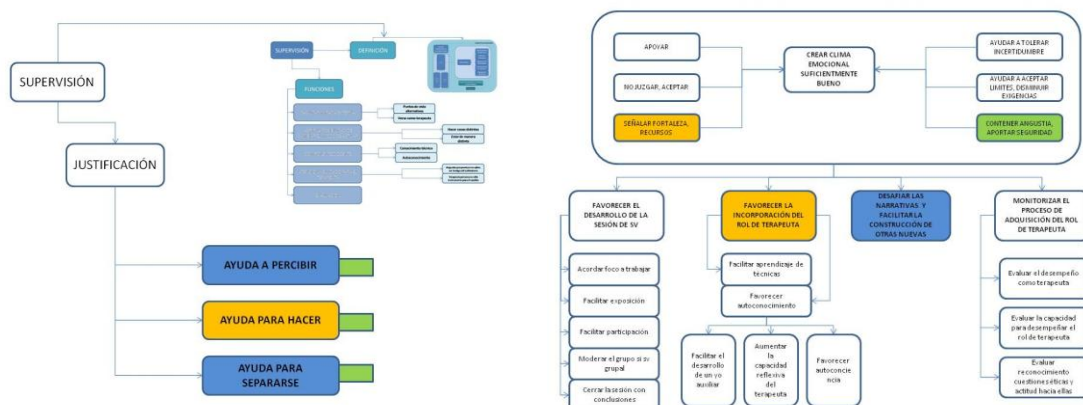
En nuestros resultados surgen tres códigos que se repiten a lo largo de todos los aspectos señalados de la supervisión, desde la definición y expectativas hasta en los aspectos que hacen que la supervisión sea efectiva.

1. Ver la práctica desde fuera, mirada externa: la importancia de este código no radica únicamente en aportar una visión no implicada en la terapia, con las ventajas que sobre el esclarecimiento de lo que ocurre en la escena terapéutica pueda tener. Lo importante es que incluye al terapeuta en su papel de terapeuta. Podríamos apuntar que, de forma similar a como el terapeuta colabora con el paciente en la generación de narrativas que hagan innecesario el malestar, el supervisor colabora con el terapeuta en la construcción de una narrativa profesional por parte de este último.
2. Refuerzo de fortalezas: en el desarrollo/ adquisición/ surgimiento del rol de terapeuta, el terapeuta utilizará recursos personales al servicio de la terapia. Desde nuestro punto de vista, este es el concepto que emerge con este código: facilita el autoconocimiento, señala en qué apoyarse y qué potenciar, favorece, desde la fortaleza, el manejo de la incertidumbre.
3. Contención de la angustia: terapeutas y supervisores hablan de la importancia de ver en el terapeuta a la persona, no sólo un instrumento para el cambio en la terapia. Hablan de la angustia en el encuentro terapéutico y de la importancia no sólo de contenerla sino de aprender a regularse emocionalmente para poder estar abierto a los aspectos que surjan tanto en la supervisión como en la terapia. Desde aquí, de forma paralela a la experiencia terapéutica, la supervisión proporciona una experiencia en la que el terapeuta se sienta cuidado, comprendido, contenido y abierto a cambios en la narrativa que tengan que ver con él mismo, con el paciente o con la relación entre ambos.

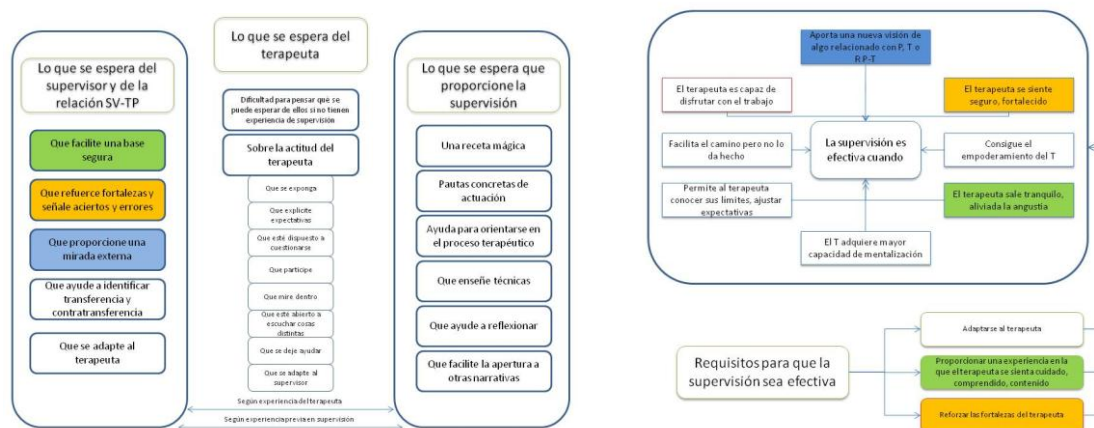
En los siguientes gráficos, pueden verse la repetición de los tres códigos mencionados, mirada externa, refuerzo de fortalezas y contención de la angustia a lo largo de los resultados obtenidos



Ver en páginas 99 y 109, definición y funciones de la supervisión



Ver en páginas 112 y 123, justificación de la supervisión y roles de la supervisora



Ver páginas 136 y 181, expectativas sobre la supervisión y supervisión efectiva



Ver página 194, características del supervisor efectivo.

Estos resultados nos permiten un grado mayor de abstracción que, sin separarse de los datos pero sin estar directamente pegada a ellos, nos lleva a inferir una teoría de la supervisión en psicoterapia desde la óptica de las narrativas:

Desde la óptica de las narrativas, la supervisión ofrece un marco en el que entender la historia del paciente y ayudar al terapeuta a articular su propia historia como profesional. Para ayudar al terapeuta a articular su propia historia como profesional utiliza la construcción de una relación, la relación con el supervisor, que tiene algunas de las características que tienen las relaciones de apego: constituye una base segura que le permite exponerse, regularse emocionalmente, tolerar la incertidumbre y permitir el surgimiento de un self profesional. Desde esta perspectiva de la supervisión como ayuda en la construcción de la narrativa profesional del terapeuta y la relación de supervisión como una relación de apego, podemos entender muchos de los resultados obtenidos, como la importancia de adaptarse al terapeuta, de reconocer su individualidad (no sólo su nivel de experiencia; también a sus características personales) o la importancia del *feedback* (entendido ahora como ayuda a nombrar aspectos no conocidos en el surgimiento del rol de terapeuta o marcado contingente).



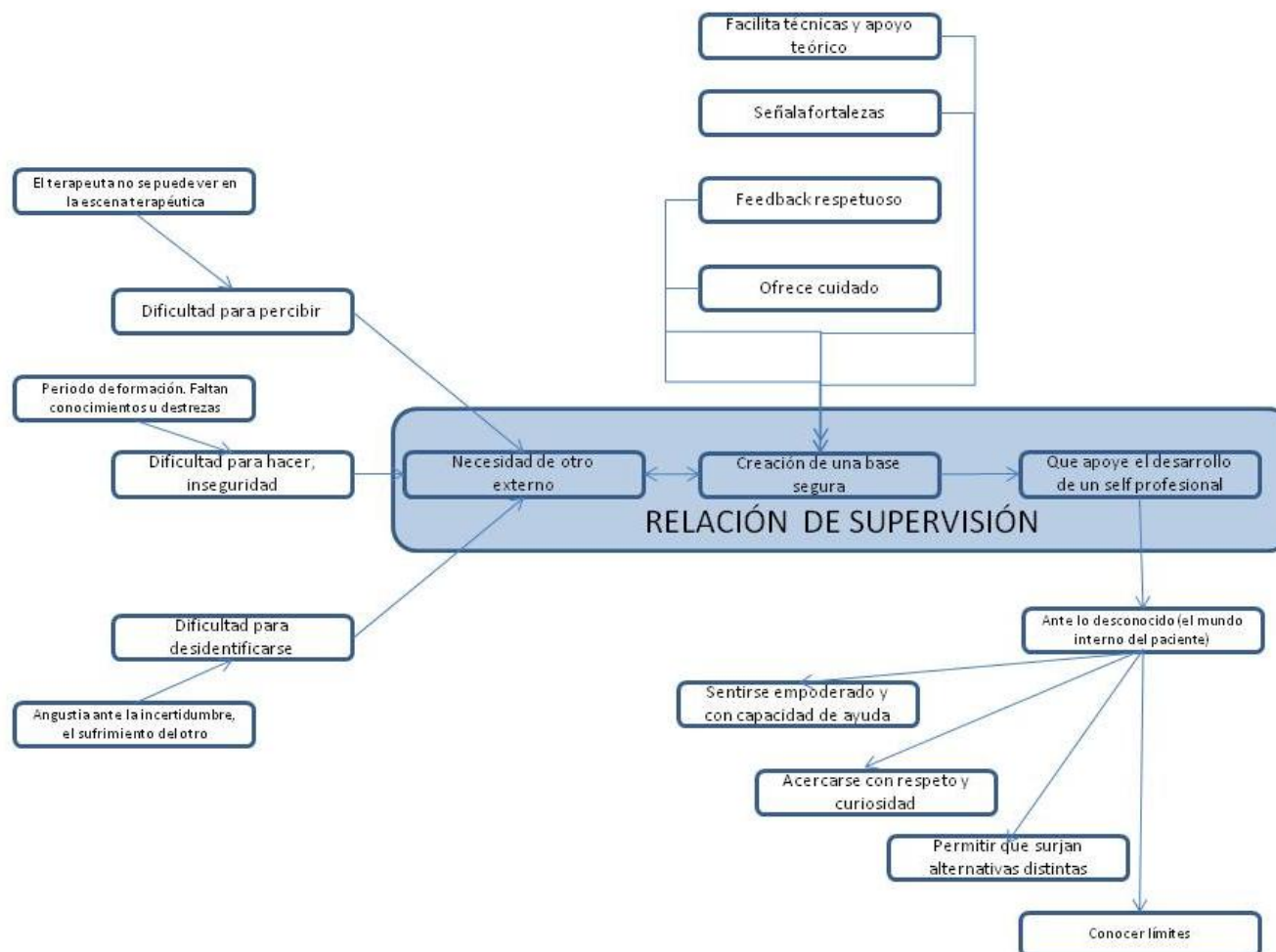


Figura 23. Teoría fundamentada de la supervisión integradora desde la óptica de las narrativas



## DISCUSIÓN



## 1.- ANÁLISIS DEL DISCURSO

### DEFINICIÓN, FUNCIONES, JUSTIFICACIÓN, LÍMITES DE LA SUPERVISIÓN

#### DEFINICIÓN

En nuestros resultados, la supervisión es la creación de un espacio compartido, un proceso que se produce en un contexto de aprendizaje entre una (o varias) persona (s) que ejerce (n) el rol de supervisor y una o un grupo de personas que ejercen el rol de terapeuta y que proporciona una experiencia que permite al terapeuta:

1. Ver la práctica clínica desde fuera, lo que facilita darse cuenta de elementos relacionados con el paciente, el terapeuta, la relación entre ambos y el contexto en el que se produce esa práctica.
2. El crecimiento del terapeuta a través del refuerzo de fortalezas y apoyo en las dificultades, facilitándole una base segura en la que poder exponerse, contener la angustia y regularse emocionalmente.
3. Construir una visión nueva en la que el terapeuta empoderado se siente capaz de aplicar técnicas aprendidas, cambiar el modo de actuar o tolerar mejor la incertidumbre.
4. La supervisión tiene también una función de evaluación sobre la evolución del terapeuta (en el caso de terapeutas en formación) y sobre su práctica clínica.

Los elementos centrales en esta definición:

- **Experiencia** en contexto de **aprendizaje**. En tanto que experiencia, involucra a la persona del terapeuta.
- **Base segura** que permite al terapeuta en formación **exponerse** y exponer dificultades. La construcción de la relación supervisor-terapeuta constituye esa base segura en la que el terapeuta puede exponerse sin temor a ser dañado, desde la que aprender y aprehenderse.
- Posibilidad de ver la práctica desde **fuera**, lo que facilita ver elementos relacionados con el paciente, el terapeuta, la relación entre ambos y el contexto en el que se produce.
- Favorecer el **crecimiento** personal y profesional del terapeuta (terapeuta empoderado) de tal manera que pueda organizar una **visión distinta** de la situación que ha llevado a supervisión, pueda **aplicar técnicas** aprendidas, **cambie el modo de actuar y/o tolere mejor la incertidumbre**.

Desde nuestro punto de vista, esta definición es similar a las que se plantean como “metateorías” de la supervisión: no se trataría tanto de que la supervisión sirviera como espacio en el que se comprueba la fidelidad a la escuela concreta de la práctica

que de la psicoterapia hace el terapeuta en formación –supervisión de primera generación, de escuela o de modelo- como utilizar un medio (en este caso, la construcción de una relación con el supervisor que tiene unas características determinadas) con el fin de favorecer el crecimiento/surgimiento del terapeuta. Esto es congruente con la base teórica que, en la terapia, sostiene la perspectiva narrativa. Por otra parte y como hemos apuntado en los resultados, la experiencia del terapeuta es señalada por supervisores y terapeutas como un componente que condiciona la supervisión a todos los niveles (expectativas, contenido, rol del supervisor, efectividad de la supervisión...). Podría encuadrarse, por tanto, dentro de los modelos de desarrollo: no tanto por identificar hitos a ir alcanzando como por remarcar el proceso, particular para cada terapeuta pero con aspectos comunes, desde el inicio de la formación a la experticia.

Definir la supervisión es un reto: el contenido y la estructura de la misma varían ampliamente en función de los grupos profesionales, la orientación terapéutica y el contexto clínico (Roth & Pilling, 2007). Han sido múltiples, por tanto, las definiciones de supervisión que se han realizado a lo largo de los más de 100 años desde que esta actividad fuera descrita, añadiendo cada una su propio matiz o haciendo énfasis en algún elemento determinado. Hemos elegido, para contrastar la definición obtenida de nuestros datos, aquellas recientes que podríamos denominar “metateorías” de la supervisión.

Milne y Watkins (DL Milne & Watkins Jr, 2014) consideran que la definición de Bernard y Goodyear (J. M. Bernard & Goodyear, 2014) es de uso habitual en Norteamérica:

*Una intervención proporcionada por un miembro senior a un miembro o miembros junior de la misma profesión. La relación entre ellos es evaluadora, jerárquica, se extiende en el tiempo, y tiene los propósitos simultáneos de mejorar el funcionamiento profesional del miembro junior, monitorizar la calidad de los servicios profesionales que él o ella ofrecen a los clientes y servir como control de acceso para la profesión particular en la que el supervisado busca entrar.*

Esta definición no explica en qué consiste la “intervención”; por otra parte, prevalece en ella el componente evaluador y la asimetría entre supervisor y supervisando. Ellis (MV Ellis, 2010) no está de acuerdo con que la supervisión se dé necesariamente entre un miembro senior y uno junior ni con que supervisor y supervisado sean necesariamente de la misma profesión. También Tomlinson considera que la supervisión es útil fuera del entorno de la formación: señala que es una paradoja que, una vez finalizada la formación, el médico pueda ejercer durante toda su vida profesional sin ningún tipo de supervisión (Tomlinson, 2015). Considera que la supervisión clínica es suficientemente flexible como para adaptarse a las necesidades de los médicos experimentados y que sus funciones se centran en la seguridad del paciente, una buena atención clínica de calidad y el bienestar profesional. La supervisión es más eficaz, sostiene, cuando sus funciones educativas y de apoyo son separadas de sus funciones de gestión y de evaluación. Entre las diferentes formas de

supervisión, la supervisión basada en la narrativa es particularmente útil, ya que se ha desarrollado, considera, para los médicos que han terminado su formación: proporciona maneras de explorar la complejidad de juicios clínicos y anima a los médicos a cuestionar una autoridad en una cultura de apoyo. Para tener éxito, la supervisión también debe ser dirigida profesionalmente y centrada en el supervisado en lugar de imponerse y centrarse en las instituciones (Tomlinson, 2015).

En el Reino Unido, la definición de supervisión aceptada en el National Health Services (NHS) es (Department of Health, 1993):

*Un proceso formal de soporte y aprendizaje que facilita a los profesionales en formación desarrollar conocimiento y competencia, asumir responsabilidad sobre su propia práctica y mejorar la protección y seguridad de la persona que recibe cuidados en situaciones complejas.*

Desde nuestro punto de vista, esta definición tiene la ventaja sobre la de Goodyear de ampliar las funciones de la supervisión, incluyendo la de soporte o cuidado del terapeuta en formación, aunque no señala la existencia del supervisor, como si hace la de Inskipp y Proctor (Inskipp & Proctor, 2001), aceptada también en el contexto de Gran Bretaña:

*Una alianza de trabajo entre un supervisor y un terapeuta en la que el terapeuta puede dar cuenta de su trabajo u ofrecer una grabación del mismo; reflexionar sobre él; recibir feedback y guía apropiadas. El objeto de esta alianza es capacitar al terapeuta para que gane en competencia ética, confianza, compasión y creatividad de manera que ofrezca el mejor servicio posible al cliente.*

Milne, en 2007, realiza una definición “empírica” de la supervisión clínica basada en el análisis lógico y la revisión sistemática de 24 estudios. Esta definición, señala, debe reunir las características de precisión, especificación, operativización y corroboración (características que no reúne la definición más conocida de Bernard y Goodyear):

*Provisión formal, mediante supervisores autorizados, de una relación basada en la educación y el entrenamiento que está focalizada en el trabajo y a través de la cual se gestiona, apoya, desarrolla y evalúa el trabajo del colega. Los principales métodos que utilizan los supervisores son uso de feedback correctivo sobre el desempeño del supervisado, enseñanza y encuadre de objetivos colaborativos. Por tanto, difiere de actividades afines como el coaching o mentoring por la incorporación de un componente evaluador. Los objetivos de la supervisión son normativo, restaurador y formativo. Estos objetivos pueden ser medidos mediante instrumentos (Milne, 2007).*

Otros autores consideran que la supervisión es una "actividad profesional distinta" (C. Falender et al., 2004), que tiene sus propias competencias y requiere de formación específica (American Psychological Association, 2014). La necesidad de formación específica para el supervisor es señalada también por autores como Goodyear (J. Bernard & Goodyear, 2004) u otros (Sue Wheeler, 2003) que entienden esta formación como un “imperativo ético” y recuerdan que la asunción de que es suficiente con

haber sido supervisado o ser un buen terapeuta para ser un buen supervisor, es incorrecta.

Las múltiples definiciones de supervisión clínica propuestas (J. Bernard & Goodyear, 2004; C. A. Falender & Shafranske, 2004; AK Hess, 2008; D Milne, 2014a; Jc Norcross & Halgin, 1997) reflejan diversos puntos de vista y el aumento de la complejidad para estudiar, aprender y practicar la supervisión clínica. Estas definiciones han enfatizado diferentes aspectos de la supervisión:

- naturaleza de la relación (jerárquica vs. colaborativa),
- factores críticos que intervienen en el aprendizaje,
- la naturaleza de los conocimientos, habilidades y actitudes / valores necesarios para adquirir esta competencia,
- los enfoques de evaluación y retroalimentación, y
- la necesidad de un enfoque reflexivo, tanto para el supervisor como para el supervisado.

Otras definiciones han hecho hincapié en las funciones de la supervisión, incluyendo la necesidad de garantizar el control de la calidad de los servicios profesionales, el control de acceso a la práctica de la psicoterapia, así como su papel en la mejora del funcionamiento profesional toda la vida (Carol A Falender & Shafranske, 2014). Milne et al (D Milne, Sheikh, Pattison, & Wilkinson, 2011) señalaron que las definiciones actuales son problemáticas porque carecen de especificidad, no tienen en cuenta la interprofesionalidad (es decir, la práctica de la psicoterapia por distintas profesiones), pueden no enfatizar la naturaleza crítica de la relación de supervisión, y en general dificultan los esfuerzos para estudiar sistemáticamente la supervisión. Falender y Shafranske consideran que el énfasis en las competencias requiere la clarificación de la naturaleza y una teoría de las competencias y de los métodos más eficaces para capacitar y evaluar, incluyendo una evaluación de los enfoques de aprendizaje basado en problemas y de los modos óptimos de supervisión.

Un reto actual es el de facilitar un consenso sobre la supervisión, que implica una definición precisa, y acomodar las diferentes perspectivas y variedades de supervisión que están apareciendo. En este sentido y en los últimos años se ha desarrollado lo que algunos denominan el marco de las competencias de la supervisión. Para ello, identifican metafactores o valores de orden superior que son esenciales para la práctica de la supervisión: la integridad de la relación, la responsabilidad de la supervisión de modelar y asegurar la integridad en la práctica; la práctica basada en valores éticos, atención a los valores y creencias a través de la tríada de supervisión cliente, supervisado/psicoterapeuta, y el supervisor; apreciación de la diversidad y de las múltiples identidades culturales en la misma triada; y, la práctica basada en la evidencia y científicamente informada (C. A. Falender & Shafranske, 2004). De forma concisa, definen la supervisión basada en competencias como "un enfoque que identifica de forma explícita los conocimientos, habilidades y valores que se ensamblan



para formar una competencia clínica y desarrollar estrategias de aprendizaje y procedimientos de evaluación para satisfacer normas de competencia referidas a criterios acordes con las prácticas basadas en la evidencia y la requisitos de la relación clínica local". Los mismos autores consideran que la supervisión basada en competencias es un movimiento en expansión y señalan, como prueba de ello, el encargo que ha hecho el *Board Educational Affairs* de la *American Psychological Association* de un grupo de trabajo para el desarrollo de las "Directrices para la Supervisión Clínica en Servicios de Psicología" (American Psychological Association, 2014). Esta guía, asumiendo la metateoría de la supervisión basada en competencias, define la supervisión como:

*La supervisión es una práctica profesional distinta que, empleando una relación de colaboración que tiene componentes de facilitación y evaluación, se extiende en el tiempo, tiene los objetivos de mejorar la competencia profesional y la práctica científicamente informada del supervisado, el seguimiento de la calidad de los servicios prestados, la protección del público, y proporcionar control de acceso para la entrada en la profesión. Incluye la supervisión llevada a cabo por todos los psicólogos de servicios de salud a través de las especialidades de clínica, consejería y psicología escolar (American Psychological Association, 2014).*

Desde nuestro punto de vista, el acento que se pone en la función de la supervisión, del supervisor, como control de acceso a la profesión no es universal y depende más de la regulación legislativa de cada país que de una función intrínseca de la supervisión. El acento en la evaluación, por ejemplo, aparece en las definiciones norteamericanas pero no en el contexto europeo. En EEUU el supervisor tiene esa función de control de acceso a la profesión, la supervisión es obligatoria durante la formación pero no después. En UK, sin embargo, el supervisor no tiene esa función de control de acceso y aunque no es obligatoria, si un terapeuta quiere pertenecer a alguna de las asociaciones de psicoterapeutas, como la *British Association for Counselling and Psychotherapy (BACP)*, se espera de él que supervise su actividad clínica a lo largo de toda su vida profesional (Sue Wheeler, 2003). Esto, entre otras cosas, hace que la literatura sobre supervisión producida en Norteamérica no sea fácilmente aplicable al marco europeo (Creaner, 2014). En nuestro medio tampoco existe una regulación de la psicoterapia que otorgue al supervisor esa función. La acreditación que hacen algunas asociaciones profesionales (como la AEN o la FEAP) tiene, de momento, la validez y el reconocimiento que sus miembros le quieran dar. Posiblemente por eso, las definiciones de supervisión que se han elaborado en nuestro medio no recogen esa función. El grupo de consenso para la acreditación de psicoterapeutas formado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas y la Federación Española de Asociaciones de Terapia de Familia (Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (AEN) Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF), 2011) definió en 2011 la supervisión como:

*Una intervención en que un terapeuta experto y uno o más terapeutas que están en formación, establecen un diálogo centrado en los problemas relacionales y de la salud que plantea un*

*consultante con el objetivo simultáneo de mejorar la capacitación y el desempeño profesional del terapeuta en formación, monitorizar la calidad de los servicios ofrecidos a los consultantes que él o ella atienden y evaluar las competencias que el supervisando va adquiriendo dentro de la actividad psicoterapéutica y su proceso de aprendizaje.*

Rodríguez Vega y Fernández Liria recogen también otras definiciones (B Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2014): “Una interacción interpersonal con el objetivo general de que una persona, el supervisor, se encuentre con otra, el supervisado, en un esfuerzo por hacer a la última más efectiva para ayudar a las personas” (Hess, 1980, pg 50) o la de Loganbill: “Una relación uno a uno, intensiva y orientada en lo interpersonal, en la cual una persona es designada para facilitar el desarrollo de la competencia terapéutica de la otra”(Loganbill et al., 1982).

Algunos autores se han detenido en analizar las asunciones que suelen ser comunes en las definiciones de supervisión (Watkins Jr, 1997):

- **Relación:** La supervisión tiene lugar en un contexto relacional. Todas las aproximaciones a la supervisión reconocen el componente relacional, pero hacen en él un énfasis distinto (R. K. Goodyear & Bradley, 1983; C Edward Watkins, 2014). Algunos la denominan *alianza de aprendizaje* (Fleming y Benedek, 1983, citado en (Watkins Jr, 1997), otros la consideran la esencia de la experiencia de supervisión (Patterson, 1983), haciendo una equivalencia entre relación de supervisión y relación terapéutica (C Edward Watkins, 2014) y otros como un medio necesario (no un fin) para enseñar habilidades y técnicas (Linehan, 1980).

Watkins señala dos grandes influencias y líneas de trabajo continuadas respecto a la alianza en el contexto de la supervisión: la derivada del concepto alianza de aprendizaje en supervisión psicoanalítica de Fleming y Benedek (Fleming & Benedek, 1966) y la perspectiva de alianza de supervisión de Bordin (C Edward Watkins, 2014). Bordin (Bordin, 1983) sugiere que es la calidad de la alianza de trabajo de la supervisión, más que el modelo o enfoque particular de supervisión, el que facilita una evolución y desarrollo positivo del terapeuta en formación. La alianza de supervisión es reconocida por muchos autores como el “alma” de la supervisión, independientemente del modelo de supervisión aplicado o de lo que se esté supervisando (C Edward Watkins, 2014). Dada esta importancia central, nos detendremos en la relación de supervisión en la discusión sobre supervisión efectiva.

- **Evaluación:** si el supervisando tiene que recibir *feedback* acerca de su desempeño, es necesario hablar de sus fortalezas y debilidades terapéuticas, de sus habilidades o áreas de funcionamiento que necesitan ser desarrolladas, potenciadas o mejoradas. Si, además, el cuidado del paciente tiene que ser monitorizado y protegido, la supervisión debe ser evaluativa. Esta función evaluadora adquiere distintas formas: no es lo mismo en un programa de formación donde al residente

se le considera apto o no apto cada año, que una supervisión voluntaria con un profesional experimentado en el que la evaluación se limita a facilitar información sobre su desempeño, habilidades y efectividad (Watkins Jr, 1997). Como hemos visto, esta es la función que más difiere en relación con el contexto donde se produce la supervisión.

- **Extensión** en el tiempo: la supervisión es un proceso que conlleva crecimiento y aprendizaje. Para que esto ocurra hace falta tiempo. La supervisada debe tener la oportunidad de trabajar con una variedad de pacientes, experimentar cómo se va desarrollando el proceso terapéutico, monitorizar el efecto del tratamiento (qué ha ido bien, qué no, por qué), intentar diferentes estrategias y técnicas en el tiempo. Todo esto forma parte del aprendizaje y crecimiento, pero no se puede hacer con prisas. ¿Cuánto tiempo es necesario para que supervisado y supervisor puedan desplegar todos estos elementos en una relación de supervisión? Watkins señala que al menos un año académico (9 meses) y Greenberg señala que en ese periodo el supervisando puede trabajar con varios supervisores. Otros autores hablan de al menos un año de supervisión en la práctica de la psicoterapia (Watkins Jr, 1997). En algunos encuadres (como el psicoanalítico), la relación de supervisión y la práctica supervisada se extiende mucho más en el tiempo.
- **Mejorar** el funcionamiento profesional: la supervisión ayuda al terapeuta a ser mejor terapeuta en relación con su capacidad conceptual, sus intervenciones y valoraciones entre otras áreas. Esta expectativa respecto a la supervisión es común a todas las teorías, modelos de supervisión y de formación.
- **Monitorizar** la calidad de los servicios profesionales: los supervisores son los últimos responsables del tratamiento que reciben los pacientes de sus supervisados. Debe haber un acuerdo claro sobre la evaluación de la calidad del tratamiento que recibe el paciente y qué hacer en caso de que la calidad no cumpla los requisitos establecidos. No puede pasar que se ponga en riesgo el bienestar del paciente.
- Servir de **control de acceso** a la profesión: en algunos lugares, y de acuerdo con esa función de evaluación, los supervisores tienen un control de acceso a la profesión y pueden recomendar, cuando lo consideran necesario, formación y supervisión adicional, terapia personal o bloquear el acceso (Watkins Jr, 1997).

En la literatura norteamericana manejada, este control de acceso a la profesión se describe al mismo nivel que las demás asunciones y se realizada por la misma persona que realiza el resto de funciones de la supervisión. El Consejo de Psiquiatría de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), sin embargo, considera que la supervisión engloba dos áreas fundamentales: clínica, psicoterapéutica, y educativa. La supervisión clínica y psicoterapéutica comprende la guía del residente por parte del

supervisor en su práctica clínica, siendo éste el responsable a efectos legales. La supervisión educativa se basa en la tutorización del residente, que incluye la provisión de entrenamiento en diferentes habilidades psicoterapéuticas, la dirección y evaluación de su progreso, o el apoyo personal si es necesario. La UEMS recomienda que las funciones de enseñanza y evaluación, por un lado, y las de orientación y tutorización, por otro, sean realizadas por personas diferentes, dado que pueden surgir conflictos entre los distintos objetivos de este tipo de supervisión (Morón Nozaleda et al., 2012).

Como hemos visto, existen muchas definiciones de supervisión y cada una de ellas intenta capturar la esencia y los componentes críticos de la compleja relación de supervisión y del proceso que se da. Aunque no hay consenso en una definición, todas hablan, de alguna manera, del desarrollo del terapeuta y del bienestar del paciente. Scaife resume las características principales de la supervisión diciendo que el propósito de la misma es asegurar el bienestar del cliente y ofrecer a estos las mejores prácticas. Con este fin, el foco de la supervisión se centra primero en las necesidades, experiencias y desarrollo profesional del terapeuta (Scaife, 2001). Esta actividad con estos objetivos ocurre en un contexto formal, en una relación acordada y caracterizada por la confianza y el respeto. Esta definición excluye otras finalidades de la relación de supervisión y, cuando sean inevitables, deben ser negociadas (Creaner, 2014).

#### **FUNCIONES**

En nuestros resultados, la supervisión tiene varias funciones:

- facilita una **mirada externa**, que ofrece una visión distinta del paciente, incluye al terapeuta y tiene la característica de ser una mirada no implicada emocionalmente en la escena terapéutica.
- Tiene una **función docente**, especialmente importante en la supervisión de terapeutas en formación, que está relacionada con la adquisición de conocimientos técnicos y el autoconocimiento. Ambos, conocimientos técnicos y autoconocimiento, se potencian a través de la organización de datos, ayudar a nombrar, reflexión.
- Tiene una función de **atención y cuidado para el terapeuta**: proporciona una base segura en la que el terapeuta puede contener la angustia. Los supervisores ponen esto en relación con ser testigo del sufrimiento del otro. Los terapeutas señalan que la angustia puede llevar al bloqueo y al contagio emocional, lo que añade un motivo más para cuidar al cuidador.
- Abre la posibilidad de **cambiar el modo de actuar**: hacer cosas distintas pero también “estar” de una manera distinta.
- Tiene una función de **evaluación** que los supervisores señalan como la más complicada para personas que, como terapeutas, se han entrenado para no juzgar. Temen que la evaluación se confunda con un juicio.

Desde nuestro punto de vista, las funciones encontradas estarían:

1. Centradas en la formación y desempeño del terapeuta (mirada externa, componente docente, evaluación)
2. Centradas en el cuidado del terapeuta (atención y cuidado del terapeuta)
3. Centradas en las actividades con el cliente (mirada externa, cambiar modo de actuar)

A diferencia de la definición, que recoge la construcción de la relación de supervisión como el medio por el que conseguir los objetivos de la supervisión, las funciones dan cuenta de qué aspectos concretos van a ser abordados de una u otra forma (predominarán unos u otros en función de moduladores como la experiencia del terapeuta, que la supervisión sea grupal o individual, etc). Nuestros resultados son similares a los de Milne (D Milne, 2007) que identifica tres objetivos, o funciones, de la supervisión: normativa, restauradora y formativa. Estos objetivos son consistentes con los que aporta la definición del NHS señalada más arriba (Department of Health, 1993) pero no con la de Goodyear (J. M. Bernard & Goodyear, 2014) que identifica tres funciones, dos de ellas solapadas con la función normativa (monitorizar la calidad de los servicios profesionales y servir de control de acceso a la profesión) y una función formativa. Pensamos que el peso menor que hemos obtenido de la función evaluación (en comparación con las otras funciones) en nuestros resultados está en relación con:

- El contexto cultural en el que se desarrolla el estudio. En nuestro país, la psicoterapia no es una profesión ni una formación regulada por ley. Aparece la formación en psicoterapia en los programas docentes de psicólogos clínicos y psiquiatras pero puede no existir una formación reglada en las instituciones públicas que forman a estos profesionales, no se dice en los programas de formación que entre las funciones del supervisor esté esa función reguladora de acceso a la profesión.
- La formación de los terapeutas (y los supervisores). Los terapeutas (y los supervisores) se entrenan para no juzgar. Esta es una de las características del supervisor apreciadas por las terapeutas en supervisión: *no sentirme juzgada*. Posiblemente la función de evaluación es la que más se separa, en la supervisión, de las tareas que realiza un terapeuta. Bernard y Goodyear (J. Bernard & Goodyear, 2004) reconocen que este es un aspecto problemático para muchos supervisores porque
  1. se ajusta a un paradigma diferente del que guía su trabajo como terapeutas (que no es evaluativo)
  2. No hay criterios claros para determinar lo que convierte a un terapeuta en competente.

Holloway señala que en los modelos de supervisión desarrollados en la mayoría de los países europeos, la supervisión hace énfasis en la función restauradora y consultora mientras que los modelos desarrollados en Estados Unidos incluyen el control de acceso a la profesión y un peso marcado en la función evaluadora (E L Holloway, 2014). Milne y Watkins (DL Milne & Watkins Jr, 2014), en un intento de clarificar y diferenciar métodos, de funciones de la supervisión, objetivos y propósito, proponen el siguiente esquema, con el que pretenden mostrar gráficamente cómo se combinan las diferentes funciones de la supervisión para promover una práctica clínica efectiva y segura:

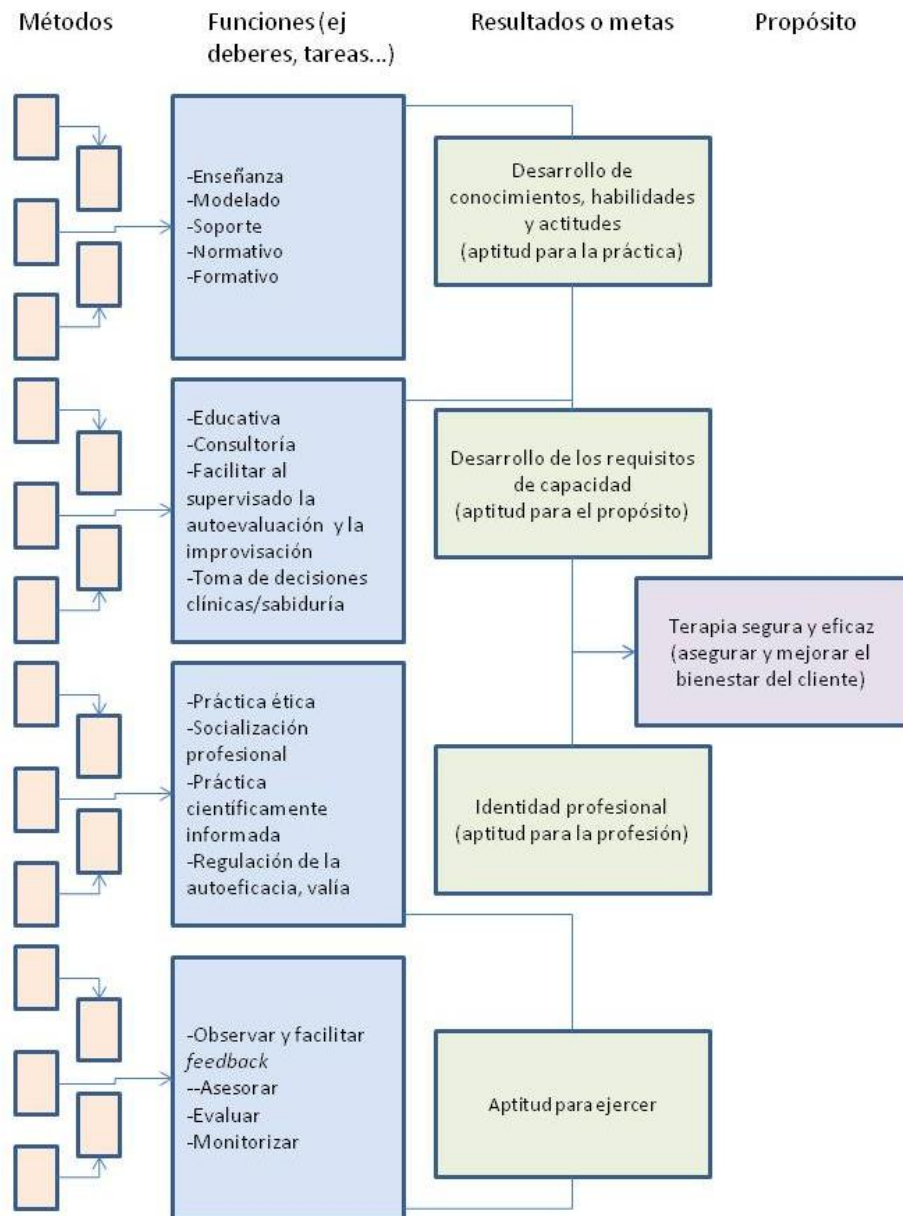


Figura 24. Articulación de las funciones de supervisión para conseguir una terapia segura y eficaz (DL Milne & Watkins Jr, 2014)

Podemos comparar este esquema con el que resulta de nuestros datos:

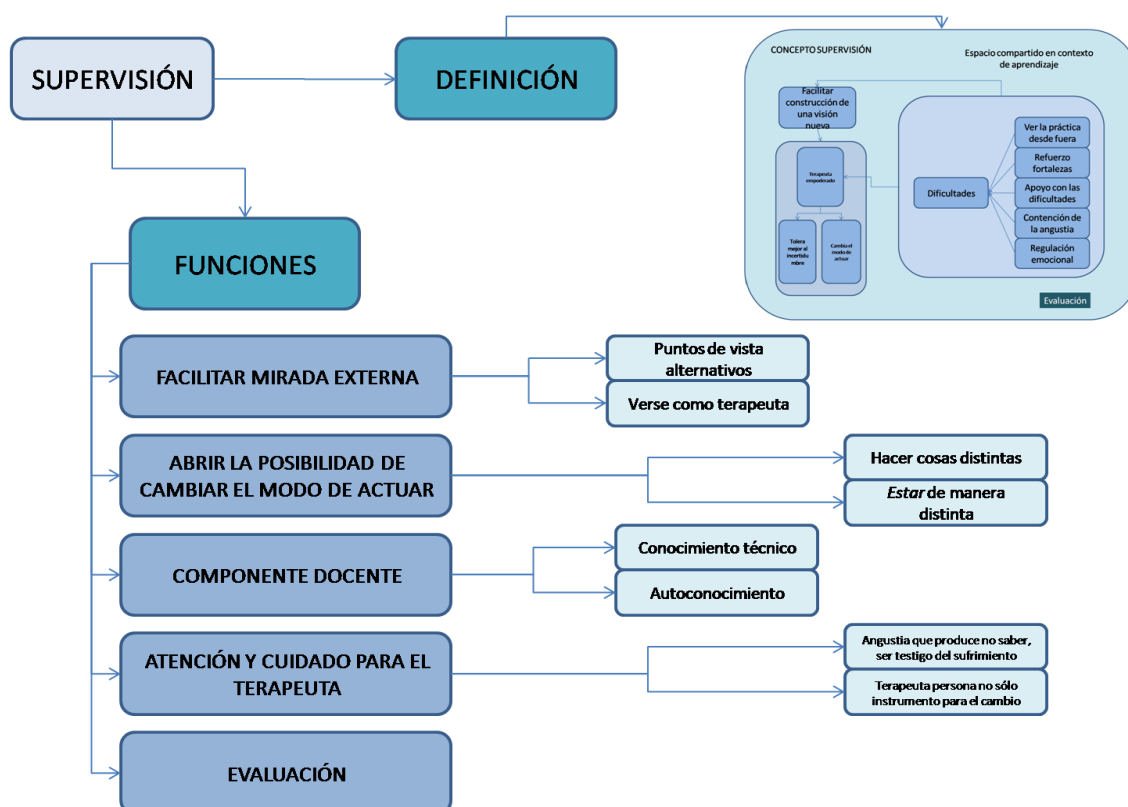


Figura 9. Funciones de la supervisión

Pensamos que la discusión no está en las funciones (que son similares) sino en el objetivo último de la supervisión, en caso de que hubiera que elegir uno (ver discusión en el apartado supervisión efectiva).

En nuestros resultados, la supervisión se justifica en base al proceso de adquisición de un rol de terapeuta por parte de la persona en formación: en ese proceso de aprendizaje/ crecimiento precisará ayuda para tareas complejas. Podríamos decir que estas tareas, con sus peculiaridades, tienen en común favorecer la integración de conocimientos teóricos, práctica clínica y crecimiento del terapeuta. Estarían en relación con el desarrollo de un “supervisor interno”:

4. Ayuda a percibir: existe una dificultad para conseguir por uno mismo una mirada distinta y/o en perspectiva sobre el paciente, el terapeuta y la relación entre ambos.
5. Ayuda para hacer: algunas situaciones en las que el terapeuta se siente bloqueado se benefician de esa mirada no implicada en la terapia.
6. Ayuda para desidentificarse: la supervisión ayuda a encontrar una distancia emocional que permita al terapeuta no confundirse con el paciente, evitar el contagio emocional.

Los supervisores separan la supervisión de otras actividades que pueden hacer junto con los terapeutas pero que no son supervisión: tutoría y consejo. Supervisores y terapeutas señalan que la supervisión no facilita ni una fórmula mágica ni un manual de instrucciones.

Lowndes y Hanley (Lowndes & Hanley, 2010) se preguntan por los retos que tienen por delante los terapeutas en formación en psicoterapia desde una perspectiva integradora y los efectos que esta formación tiene sobre ellos. Para ello, realizaron dos grupos focales con terapeutas en formación y, dentro de la categoría “el reto de convertirse en terapeuta integrador” identificaron cuatro subcategorías: cuestiones de formación, cuestiones prácticas, el desarrollo de una identidad integradora y el impacto de la formación integradora. Las principales conclusiones fueron la disposición de los alumnos para tolerar la ambigüedad teórica y la incomodidad que rodea al hecho de no pertenecer a una comunidad de paradigma puro. Lowndes y Hanley concluyen que los supervisores deben de ser conscientes de los retos que afrontan los terapeutas en formación y abogan por un mayor apoyo de redes inter pares para combatir el aislamiento que comunican algunos terapeutas.

### **ROLES DEL SUPERVISOR**

En nuestros resultados, la supervisora facilita el desarrollo del terapeuta y para ello desempeña roles relacionados con:

- Propiciar la generación de un clima que posibilite la colaboración supervisor-terapeuta.
- Favorecer el desarrollo de la sesión de supervisión
- Desafiar las narrativas aportadas por el terapeuta y facilitar la construcción de nuevas narrativas
- Favorecer la incorporación del rol del terapeuta
- Monitorizar el desarrollo del terapeuta

Existen variables que modulan los roles del supervisor: la experiencia del terapeuta, el tipo de supervisión (grupal vs individual; puntual vs continuada), la relación supervisor terapeuta y la experiencia del supervisor.

La etiqueta *roles* ha sido utilizada por diversos autores para describir acciones especializadas del supervisor. Como vimos al presentar los modelos de supervisión, los modelos de rol social asumen que el supervisor, potencialmente, puede jugar varios roles. Los reconocidos con más frecuencia son los de maestro, consultor y apoyo (Gold, 2004; B Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2014); en la práctica, los roles de evaluador, profesor, y modelo también se usan para describir la conducta y actitud del supervisor. El factor central del modelo de Holloway (E L Holloway, 2014) es la relación terapéutica (ver figura 3) y existen otros seis factores (cuatro de contexto –supervisor, supervisado, cliente y organización- y dos de proceso –tareas de supervisión y funciones/roles de supervisor-). En este modelo (*Systems Approach to Supervisión, SAS*) se describen cinco subroles que, aunque se entrecruzan, cada uno tiene una conducta típica y un rol social que establece una relación de poder distinta en el contexto de la relación de supervisión. Los roles/funciones que definen son:



asesoría/instrucción, modelado, consultoría, soporte y monitorización/evaluación. Autores norteamericanos, donde el supervisor tiene la llave para el acceso o no del terapeuta en formación a la profesión de psicoterapeuta, señalan los múltiples y potencialmente contradictorios roles del supervisor: protección del cliente y acceso a la profesión junto con el papel de mejorar y facilitar el crecimiento y desarrollo de las competencias del supervisado (Carol A Falender & Shafranske, 2014).

En nuestros resultados, cuando preguntamos a terapeutas y supervisores por roles, no obtenemos estos datos que aparecen en la literatura. Obtenemos más bien tareas de supervisión asociadas a crear una alianza de supervisión que posibilite la incorporación del rol de terapeuta y el cambio de narrativas (tanto de la narrativa-problema que lleva al paciente a la consulta como de la narrativa del terapeuta en tanto que tal). Desde nuestro punto de vista, esto es congruente con un modelo integrador de supervisión que tiene como principios básicos (J C. Norcross & Halgin, 2005): garantizar conocimientos previos; entender los prejuicios y ansiedades de los supervisados; apreciar las dificultades para la integración; clarificar expectativas y objetivos; compartir nuestro trabajo con los supervisados; hacer un uso óptimo de la relación de supervisión; ajustar la supervisión al terapeuta supervisado y proporcionar un modelo sistemático.

Desde una perspectiva también integradora, Lampropoulos hace un paralelismo con los factores comunes en psicoterapia y busca los factores comunes en el proceso de supervisión de psicoterapia y describe tareas del supervisor relacionadas con: la relación de supervisión (elegida e impuesta a un tiempo): alianza de trabajo, aspectos transferenciales y contratransferenciales; soporte y alivio de la tensión, ansiedad y distres; instilar esperanza y aumentar las expectativas; autoexploración, autoconciencia e *insigth*; una justificación teórica y un ritual para la supervisión; exposición y confrontación de los problemas; adquisición y puesta a prueba de lo aprendido y dominio del nuevo conocimiento. Considera que esta aproximación apoya los diferentes roles que el supervisor asume en distintos momentos de la supervisión y con distintos supervisados (Lampropoulos, 2003).

Borders (L Dianne Borders, 2014), que centra su trabajo en las buenas prácticas en supervisión clínica, considera que el esquema de competencias requiere un conocimiento declarativo, lo que un supervisor competente necesita saber; las mejores prácticas, sin embargo, proporcionan la base para el conocimiento procedimental, describen cuándo y cómo se aplica el conocimiento declarativo, o lo que un supervisor hace durante la supervisión. Delimita doce secciones (inicio de la supervisión, objetivos del encuadre, dar *feedback*, conducción de la supervisión, relación de supervisión, consideraciones sobre diversidad y defensa, consideraciones éticas, documentación, evaluación, formato de supervisión, el supervisor y preparación del supervisor). En la sección dedicada al inicio de la supervisión, por ejemplo, menciona la discusión de las expectativas, las responsabilidades de ambos, el contrato

de supervisión y los límites de la confidencialidad. En la dedicada a *feedback*, proporcionan directrices para ofrecer retroalimentación constructiva sin abrumar al supervisado. Esta retroalimentación se caracteriza por ser regular, permanente, manejable, oportuna, concreta, descriptiva, directiva según sea necesario, ajustada al nivel y orientación de desarrollo del supervisado para lograr un equilibrio entre desafío y apoyo. El *feedback* se basa, al menos en parte, en la observación directa (por ejemplo, la observación en vivo, la revisión de las grabaciones digitales) del trabajo del supervisado. Los supervisores también ayudan a que los supervisados presten atención a los comentarios de los clientes y compañeros, y son conscientes de que su comportamiento durante la reunión es una forma de retroalimentación no verbal. Desde nuestro punto de vista, nuestros resultados son más acordes con esta aproximación a las buenas prácticas que conjuga lo teórico con lo experiencial y describe el rol del supervisor en cada una de las fases de la supervisión más que con una aproximación exclusivamente teórica.

Consideramos que nuestros resultados, tareas asociadas al desarrollo de la supervisión, también son compatibles con el mapa de competencias de Roth y Pilling (Roth & Pilling, 2007) para realizar la supervisión (ver figura 25). Ellos presentan cuatro dominios: el primer dominio esboza un conjunto de competencias de supervisión genéricas, que los supervisores de todas las orientaciones suelen emplear. El segundo dominio, todavía transteórico, describe algunas de las tareas de supervisión particulares. El tercer dominio se centra en la supervisión de modelos específicos, y en el cuarto se identifican las metacompetencias que los supervisores necesitan aplicar en todos los otros dominios; por lo general son ejemplos de la toma de decisiones de orden superior (adaptar el proceso y el contenido de la supervisión al desarrollo del terapeuta, dar un *feedback* balanceado, manejar las dificultades del supervisado para utilizar la supervisión, gestionar las preocupaciones sobre la práctica o utilizar una supervisión “de baja intensidad”).

Hawkins y Shohet (Hawkins & Shohet, 2012) consideran, de forma similar, que el supervisor debe acompañar muchas funciones en su rol: el consejero que da soporte; el educador que ayuda a aprender y a crecer; el gestor con responsabilidades sobre la calidad del trabajo del supervisado con los clientes; el asesor con responsabilidades respecto a la organización que costea la supervisión. El supervisor debe ser capaz de combinar estos roles en la proporción adecuada, cada vez. Consideran que si estos roles no están claramente explicitados en el contrato de supervisión, es más fácil que ésta se deslice hacia otro tipo de relaciones de ayuda (como la que uno puede esperar de un juez, de un médico, un amigo, un sacerdote o mamá) y que las *transacciones* que se realizan entre ellos sean colusorias o cruzadas. Una transacción colusoria puede hacer sentir bien a las dos partes pero es improductiva porque responde a las necesidades neuróticas de ambos, no a las necesidades de supervisión. En una transacción cruzada, el supervisado, por ejemplo, puede esperar apoyo y recibir juicio.

Esto sólo aumentara los sentimientos de la supervisada de incomprensión y menosprecio propio.

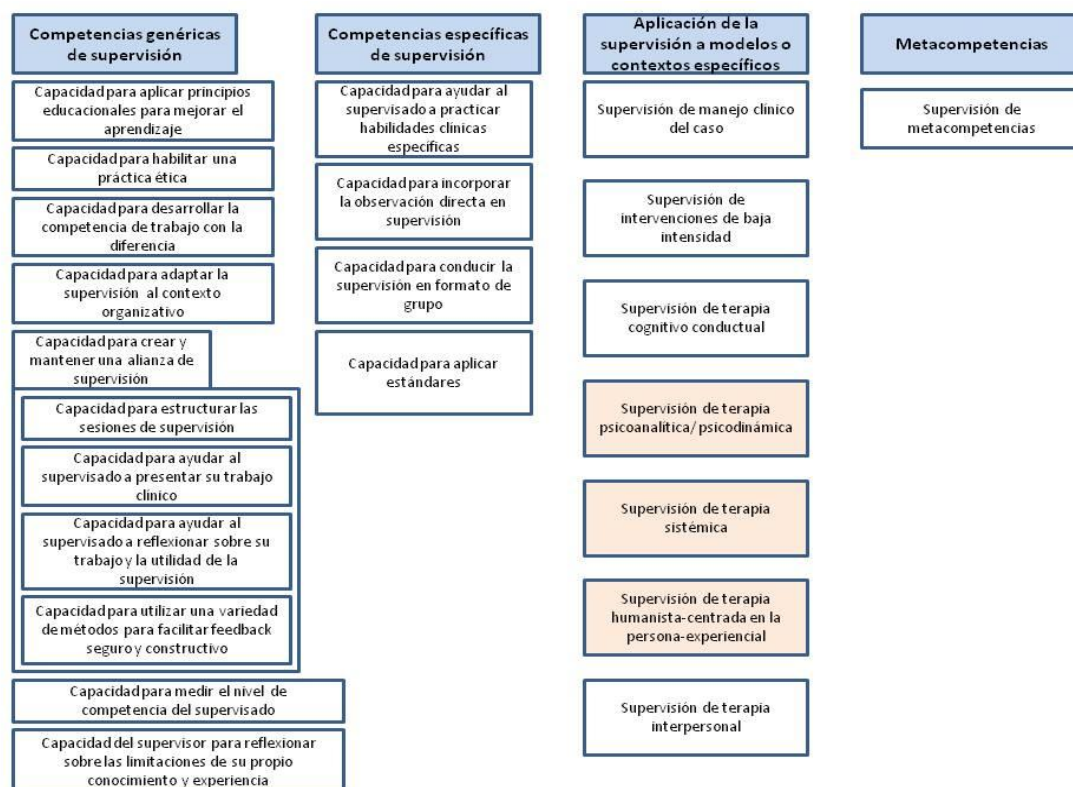


Figura 25. Mapa de competencias del supervisor. Tomado de Roth y Pilling (Roth & Pilling, 2007)

## EXPECTATIVAS SOBRE LA SUPERVISIÓN

Aunque son muchos los trabajos que hablan de la necesidad de ajustar las expectativas en la supervisión (C. Falender et al., 2004; Friedlander & Snyder, 1983; Nicholas Ladany, 2004; Roth & Pilling, 2007; Yager & Bienenfeld, 2003), muchos menos se centran en cuáles son esas expectativas, por parte de terapeutas y supervisores. Myrna Friedlander y Jilisa Snyder (Friedlander & Snyder, 1983), utilizando como base el modelo de desarrollo de Stoltenberg (Stoltenberg, 1997) pusieron a prueba un modelo de predicción de expectativas. Pasaron un inventario de autoeficacia y de expectativas (respecto a sus clientes y a su propio desarrollo) a terapeutas en formación en etapas iniciales y avanzadas. Las variables dependientes fueron las características del supervisor (confiable, atractivo, experto) y su papel (evaluador o de soporte). Los terapeutas esperaban que los supervisores fueran más confiables que expertos y más expertos que atractivos. Esperaban también una función de evaluación más que una función de soporte (estudio realizado en el entorno norteamericano). Falender (C. Falender et al., 2004) considera los procesos de supervisión se guían por consideraciones de desarrollo: tanto el terapeuta como el supervisor funcionan en sus respectivos niveles de desarrollo profesional, lo que afecta a sus expectativas, aprendizaje y conductas. Y consideran que el marco de competencias puede ayudar a ajustar expectativas sobre la supervisión tanto de terapeutas como de supervisores.

En nuestros resultados, terapeutas y supervisores esperan:

**Sobre la relación supervisor-terapeuta:** un clima de confianza, apoyo y no crítica en el que se les facilite exponer el caso que traen y a ellos mismos en su rol de terapeuta. Esperan sentirse apoyados, acompañados. Les gustaría que se les señalaran fortalezas personales y, respecto al caso que traen, qué han hecho bien y qué errores han cometido. Esperan del supervisor que les ayude a tener una mirada más amplia y comprensiva que abarque al paciente, al terapeuta, a la relación que establecen entre ellos y, en ocasiones, la institución en la que tal práctica se lleva a cabo.

Como en nuestros resultados, la literatura sobre la supervisión está llena de referencias que hablan de la importancia fundamental de la relación de supervisión, el componente crítico, señalan Ladany et al (N. Ladany, Mori, & Mehr, 2013), de la supervisión efectiva. Worthen y McNeill (Worthen & McNeill, 1996) identifican la “buena” relación de supervisión como aquella que invita a estar abierto al aprendizaje y está caracterizada por la empatía, no juicio, validación, afirmación y una actitud que permite la exploración y experimentación. Dado este papel central, nos detendremos en algunos elementos de la relación de supervisión en la discusión sobre supervisión efectiva.

**Sobre qué proporciona la supervisión:** esperan orientación (en el sentido de saber dónde están con el paciente y por dónde pueden seguir), seguridad, aumento de su capacidad reflexiva y apertura a nuevas perspectivas o aspectos no contemplados previamente. Cómo conseguir esto puede verse como un proceso que varía a lo largo de la experiencia del terapeuta (aunque la experiencia del terapeuta no es la única variable que influye en esta expectativa; también hay variables personales): inicialmente esperan ayuda muy concreta en aspectos relacionados con dificultades con el paciente, aprender técnicas. Más adelante, la persona del terapeuta se incluye como foco de la supervisión, como miembro del sistema paciente-terapeuta-relación y como cuidador que también precisa ser cuidado. Esperan poder ver más claro y sentirse más seguros en ese sistema y tolerar mejor la incertidumbre y los miedos que sienten en su rol de terapeutas. En este sentido, podríamos hablar de un continuum de expectativas: “receta mágica”, pautas concretas, técnicas, orientación, reflexión. Esperan que el supervisor se adapte al terapeuta, a su estilo, su experiencia.

En su tesis doctoral, Carroll (MF Carroll, 1994) intenta identificar las expectativas de los supervisados sobre lo que ocurriría en la sesión de supervisión, ordena las tareas de supervisión definidas previamente (relación de supervisión, tarea docente, tarea de consejería, seguimiento de temas ético-profesionales como tarea de supervisión, evaluación, consulta y tarea administrativa) según estas expectativas y ve cómo cambian en el tiempo. Para ello elabora un cuestionario *Expectation on supervision* que pasa a todos los estudiantes de 6 de los 7 máster de psicoterapia que en aquel momento se llevaban a cabo en Gran Bretaña. Los supervisados ordenaron las siete

tareas genéricas de supervisión de una manera clara. Para ellos, la tarea más importante fue la de consulta en los tres momentos en los que se administró el cuestionario y la tarea administrativa fue la menos importante, también en las tres administraciones del cuestionario. Entre estos dos extremos, las otras tareas tuvieron, aproximadamente, la misma importancia. Pero hay diferencias significativas: la tarea relación aumenta significativamente en importancia a medida que la supervisión avanza; la tarea de evaluación disminuye en importancia significativamente a lo largo del tiempo. También Swanson y O'Sabe (Swanson & O'Saben, 1993) estudian la relación entre las necesidades y expectativas del terapeuta en formación con su experiencia clínica, el programa de formación elegido y el estilo cognitivo del supervisado. La variable que se destacó en relación a necesidades y expectativas fue la experiencia clínica.

**Sobre el estilo del supervisor:** la literatura hace referencia al “estilo del supervisor” como la manera habitual y característica que el supervisor tiene de relacionarse con los supervisados (Watkins Jr, 1997). Shanfield et al describieron primero y confirmaron después (Shanfield, Mohl, Matthews, & Hetherly, 1992) cuatro estilos básicos de supervisión (orientado a la tarea, experto, confrontador y directivo y facilitador) que se manifiestan en diferentes áreas de la supervisión (como el control de la sesión de supervisión o el nivel de actividad que mantiene en la misma). La experiencia del terapeuta y la experiencia previa en supervisión modulan las expectativas que tienen los terapeutas respecto al estilo del supervisor. Podríamos decir que, en nuestros resultados, la preferencia en cuanto al estilo del supervisor corre pareja a las expectativas y a la experiencia (aunque no sólo influye la experiencia): terapeutas en formación con menos experiencia esperan un supervisor directivo que deje poco margen para la incertidumbre. En este sentido también pueden leerse las conclusiones del trabajo de Dougher (Dougher, 2001) que señala que terapeutas noveles cambian más la planificación del tratamiento como resultado de la supervisión que terapeutas más experimentados (citado en (Sue Wheeler, 2003). Para Friedland and Snyder, como hemos citado más arriba, los terapeutas esperan que el supervisor sea más alguien en quien confiar que experto, más experto que seductor y más evaluador que figura de apoyo (Friedlander & Snyder, 1983).

**Sobre lo que se espera de los terapeutas:** en nuestros resultados, los terapeutas consideran que se espera de ellos:

1.- Los terapeutas con menos experiencia en supervisión (algunos no tienen ninguna experiencia) tienen dificultad para pensar qué pueden esperar de ellos los supervisores y tienden a centrarse en **cómo deben presentar el paciente a supervisión:** formulado o no para psicoterapia..., en todo caso, un paciente sobre el que hayan reflexionado previamente, que les plantee alguna dificultad y en el que se encuentren implicados, con el que vayan a seguir trabajando si es posible.

2.-Los terapeutas con mayor experiencia en supervisión reflexionan, además, sobre la **actitud** que consideran que el supervisor espera de ellos, actitud relacionada con la creación de la relación supervisor-terapeuta y con su crecimiento: que expongan sus expectativas con claridad, que se cuestionen, participación, reflexión, honestidad para reconocer dificultades personales y/o errores, valentía para exponerse, apertura para dejarse ayudar, para atreverse a pensar de otra manera.

3.-Los terapeutas más noveles consideran que el supervisor espera que se adapten a él.

Para Roth (Roth & Pilling, 2007), lo que se espera es que el terapeuta ofrezca un relato honesto y abierto de su trabajo y que el supervisor ofrezca información y orientación con el objetivo de facilitar el desarrollo de las competencias clínicas del supervisado y asegurar que su práctica se ajuste a las normas éticas y profesionales actuales. Holloway (E L Holloway, 2014) señala que cada pareja supervisor-supervisado tendrá unas expectativas idiosincrásicas sobre la supervisión. El esclarecimiento de estas expectativas afecta directamente a la relación y al establecimiento de objetivos específicos de aprendizaje.

Algunos autores (Creaner, 2014; Hawkins & Shohet, 2012) consideran que, para que el terapeuta pueda sacar el mayor partido posible de la supervisión, es muy importante que antes haya hecho un ejercicio de reflexión sobre su práctica con el paciente que supervisará. Esta reflexión gira en torno a sus necesidades formativas, normativas y de soporte y facilita que el supervisado-terapeuta (una persona que se dedica a ayudar a los demás) se ponga en disposición de ser ayudado por otro.

¿Qué no se puede esperar de la supervisión? Terapeutas y supervisores coinciden en que la supervisión no proporciona una “fórmula mágica” ni un “manual de instrucciones” con el que aproximarse al paciente, sabiendo sin duda alguna lo que hacer y habiendo eliminado la incertidumbre. Los supervisores consideran que la supervisión no debe cubrir esta expectativa pero los terapeutas, en general los más noveles, sí la traen y esperarían un supervisor más directivo y unívoco, que les dijera “esto es lo que hay que hacer” y proveyera la sesión de supervisión de una estructura clara. Con la experiencia del terapeuta, esta expectativa se pierde. Los supervisores explicitan que la supervisión, aunque en ocasiones señale aspectos de la persona del terapeuta que están interfiriendo con la terapia, no es terapia.

#### **PROCESO DE LA SUPERVISIÓN**

En nuestros resultados se aprecian varios tipos de supervisión en función de cómo se presenta el material (escrito o audiovisual), número de participantes (individual o grupal), continuidad o no en el tiempo (puntual o de proceso) y experiencia del terapeuta que supervisa (básica o avanzada).

Aunque muchos modelos de supervisión generalmente se refieren a la supervisión individual y con frecuencia prefieren la diada supervisor-supervisando, algunos autores consideran que la supervisión grupal puede suponer un factor añadido a la supervisión de terapeutas en formación o un valor en sí mismo (Creaner, 2014).

**Algunas consideraciones sobre la supervisión grupal:** En nuestros resultados, terapeutas y supervisores señalan que la supervisión grupal supone una mayor exposición del terapeuta pero cuenta con la ventaja de la existencia de factores grupales como la universalidad o el modelado que aportan un plus sobre la individual. También se señala como ventajosa la existencia de un multiverso de significados. Terapeutas y supervisores consideran que el rol del supervisor varía, adoptando el papel del moderador de grupo si la supervisión es grupal. Señalan tanto terapeutas como supervisores que la posibilidad de trabajar sobre aspectos contratransferenciales o centrados en la persona del terapeuta es mayor en la supervisión individual.

Nelson está de acuerdo con la posibilidad de aprender de los compañeros en el grupo y considera, además, que supone un ahorro de tiempo y energía (M. Nelson, 2014). Hawkins y Shohet, aun de acuerdo con el ahorro de tiempo y energía, consideran que el entorno grupal debe ser un acuerdo querido por ambas partes, supervisados y supervisor, antes que un mal menor (Hawkins & Shohet, 2012). Creaner añade las ventajas en el grupo de aportar un entorno de aprendizaje, la multitud de perspectivas que puede contemplar el supervisado así como una discusión y reflexión más rica. Otros autores señalan como ventaja una atmósfera de soporte en la que compartir la ansiedad con otros que están pasando por la misma situación, la variedad de experiencias vitales que aportan los supervisados, la posibilidad de utilizar técnicas de supervisión distintas a las empleadas en supervisión individual y la posibilidad de que el grupo refleje el contexto en el que el supervisado lleva a cabo su trabajo (Hawkins & Shohet, 2012). En cuanto a las desventajas que pueda suponer, algunos autores (Glickauf-Hughes & Campbell, 1991; Hawkins & Shohet, 2012) señalan que algunas dinámicas grupales puede interferir con el proceso de aprendizaje: competición entre supervisados, sentimientos de vergüenza, actitudes defensivas al presentar un caso, diferente nivel de habilidades entre los miembros del grupo, normas rígidas.

La literatura varía ampliamente en qué constituye un grupo de supervisión en cuanto a tamaño, contenido y foco de la supervisión, tiempo esperado para el desarrollo de la dinámica grupal, duración de la sesión y experiencia de terapeutas y supervisados (Creaner, 2014; Hawkins & Shohet, 2012). Mastoras y Andrews (Mastoras & Andrews, 2011) realizan una revisión sistemática que incluye 11 estudios sobre las experiencias y la percepción de los supervisados en supervisión grupal. Destacan algunos temas que aparecen de forma recurrente como la importancia del *feedback* entre pares y recomiendan que los supervisores grupales fomenten el *feedback* entre compañeros más que ofrecer supervisión individual en un contexto grupal. Deben, al tiempo, hacer

sus propias contribuciones y ofrecer también *feedback* y apoyo. Destacan la flexibilidad del supervisor grupal en los múltiples roles que ejerce así como la importancia del manejo del tiempo. Los estudios que revisaron hablaban también de la importancia de que el supervisor conozca procesos y dinámicas grupales, especialmente en relación a la cohesión grupal, seguridad y manejo de situaciones conflictivas. Consideran que es prometedora la adopción de una perspectiva de desarrollo del terapeuta y que la ansiedad debe ser explícitamente discutida para normalizar los sentimientos de los terapeutas en las etapas iniciales.

**Formato de supervisión: presentación del material.** En nuestros resultados, lo más habitual es trabajar sobre el material escrito que aporta el terapeuta en base a sus propias notas del caso obtenidas durante o después de cada sesión. Los terapeutas conocen poco y utilizan poco las grabaciones, especialmente las grabaciones en vídeo, pero consideran que proporcionan datos no dependientes del recuerdo del terapeuta (como sí es necesario al elaborar el material escrito), aspectos de la comunicación no verbal de paciente y terapeuta y cuestiones relacionadas con cómo se desenvuelve el terapeuta. Con este tipo de material se sienten más expuestos. Los supervisores consideran que el material audiovisual se utiliza poco pero, de hacerlo, aportaría riqueza a la supervisión. Nelson (M. Nelson, 2014) considera que el formato en el que se presenta el material está a menudo influenciado por el lugar en el que se lleva a cabo la supervisión (disponibilidad de espejo unidireccional, cámaras,...). El formato más habitual es el informe verbal o escrito que el terapeuta hace al supervisor. Para Rodríguez Vega y Fernández Liria (B Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2014) tiene el riesgo de olvidos y sesgos del terapeuta y también de la dificultad de que éste se dé cuenta de sus puntos ciegos. Desde su punto de vista, el proceso de supervisión puede remontar estas dificultades al fijarse no sólo en el contenido de la sesión sino en el proceso de cómo se presenta ese contenido. Las notas son también un buen instrumento para hacer un seguimiento y tener una mirada longitudinal del caso. Otros formatos de supervisión implican el uso de audio o vídeo grabaciones. Nelson señala (M. Nelson, 2014) que las nuevas tecnologías han abaratado y posibilitado la extensión del uso de las grabaciones; incluso han hecho posible formatos de supervisión (como el correo electrónico o la videoconferencia) impensables hace unos años (Hawkins & Shohet, 2012; Townend & Wood, 2007). Sin embargo, el uso de grabaciones para supervisión se enfrenta a dos dificultades: la resistencia del cliente a ser grabado y la del terapeuta en formación. En este formato el terapeuta se puede sentir más vulnerable y se aconseja sólo cuando la relación de supervisión está bien establecida ya que como señala Neufeldt (R. K. Goodyear & Nelson, 1997) la reflexión en supervisión sobre la propia práctica requiere de una voluntad de ser vulnerable como cualidad esencial y de examinar el propio trabajo desde una posición de humildad.

Weerasekera (Pr Weerasekera, 2013) revisa las publicaciones sobre cómo deben los supervisores supervisar a los residentes en Psiquiatría. Con la excepción del *Royal*



*College of Psychiatrist* que recomienda el uso de grabaciones en audio o vídeo, las agencias como la ACGME, RCPSC o la UEMS han hecho hincapié en el currículum, pero no en los **métodos**. En la literatura se describen al menos cuatro métodos de supervisión:

1. Supervisión tradicional (el supervisando cuenta el caso)
2. Coterapia
3. Supervisión directa (espejo o vídeo) con *feedback* posterior
4. Supervisión in vivo (comunicado el terapeuta con el supervisor por un auricular)

Hay escasa información sobre qué métodos se usan más frecuentemente: En Canadá: las escuelas que usan grabaciones o supervisión in vivo son pocas (Ravitz & Silver, 2004); en Estados Unidos existe un informe de 1997 que habla de 10% de supervisiones usando grabaciones. Otro informe de la APA en 2007 refiere que el 42% usa discusión de casos, el 12% vídeo, el 10% in vivo y el 9% audio; en Europa, la mitad de los terapeutas han sido observados en supervisión (Compernelle & Goldberg, 1998); en UK, el 13% de los terapeutas han sido supervisados con audio o vídeo, el 6% ha tenido supervisión in vivo. Entre los miembros de la *British Association of Behavioural and Cognitive Therapy*, sólo el 5% usa grabaciones (DeRoma, Hickey, & Stanek, 2007).

**Métodos/técnicas usados en supervisión:** En nuestros resultados, las técnicas utilizadas con más frecuencia son técnicas conversacionales, preguntas reflexivas, rol playing, escultura y mindfulness (esta última señalada sólo por supervisores). Los supervisores mencionan también la metasupervisión. En las supervisiones continuadas, el establecimiento del vínculo supervisor terapeuta y las características de esta relación son la herramienta fundamental de la supervisión. En todo caso, las técnicas se adaptan a la experiencia y características del terapeuta.

Weerasekera revisa el formato y técnicas empleadas con los terapeutas en la adquisición de competencias en psicoterapia (definida como la capacidad de proporcionar los ingredientes activos de una terapia específica que son definidos operativamente y evaluados a través de escalas específicas) señalando que se ha demostrado experimentalmente que mejora si el supervisor proporciona *feedback* sobre sesiones concretas registradas en audio o vídeo más que sobre una discusión de las sesiones sobre la narración del supervisando (P. Weerasekera, Manring, & Lynn, 2010; P. Weerasekera et al., 2003). Weerasekera describe la técnica del microcounselling que consiste en dar *feedback* momento a momento sobre su desempeño sobre sesiones grabadas. Comprende tres pasos: modelado, ensayo y *feedback*.

La retroalimentación es esencial y debe ser clara. En este sentido, Creaner (Creaner, 2014) señala que el *feedback* debe darse de manera oportuna, relacionado con los objetivos de aprendizaje específicos, de apoyo y desafiante, focalizado en las fortalezas

y en las áreas de desarrollo, construido sobre *feedbacks* previos y motivador y respetuoso con el supervisado. Es importante dar el *feedback* en las fases tempranas de la formación. No hay que esperar a sesiones completas. Se debe dar sobre fragmentos significativos según aparecen.

Se ha estudiado el peso de los tres componentes (modelado, ensayo y *feedback*). Miller et al, (Miller, Yahne, Moyers, Martinez, & Pirritano, 2004) aleatorizaron 140 profesionales que estaban formándose en entrevista motivacional para pacientes con adicciones a 5 condiciones: taller sólo; taller más *feedback* de la práctica; taller más *coaching* individual; taller, *feedback* y *coaching*; lista de espera con formación autoguiada. Aunque las cuatro alternativas que incluían taller mostraron efecto, sólo los que tuvieron *feedback* o *coaching* basados en grabaciones en audio o vídeo mantuvieron su competencia en el tiempo.

Sholomskas et al (Sholomskas et al., 2005) asignaron 78 clínicos comunitarios aleatoriamente a tres grupos: Revisión del manual de TCC sólo; Revisión del manual de TCC más acceso a web site; Revisión del manual de TCC, seminario y supervisión con grabaciones de audio. Los del último grupo tuvieron mejores resultados en cuanto a competencia que los otros dos.

Kivlighan et al (Kivlighan, Angelone, & Swafford, 1991) comparan (para una psicoterapia interpersonal-dinámica manualizada): Supervisión in vivo; Supervisión sobre grabación en vídeo. La supervisión in vivo produjo mejor aprendizaje y los pacientes informaron de alianzas más fuertes.

Weerasekera (Pr Weerasekera, 2013) considera que esto demuestra que hay métodos de supervisión con fundamento empírico y que estos incluyen: modelado por un experto; ensayo de las habilidades por el supervisando; *feedback* basado en la observación real del desempeño (grabado o en vivo). Muy pocos programas de formación de residentes están usando estos métodos y esta autora aboga porque se usen.

**Estructura de la sesión de supervisión:** la supervisión puede ser contemplada, en nuestros resultados, como un proceso con una estructura y dinámicas características: comienza antes de la sesión de supervisión propiamente dicha, con la elección que el terapeuta hace del caso y la preparación del material. Supervisor y terapeuta explorarán juntos y acordarán el posible foco de supervisión: el paciente, la relación terapéutica, aspectos transferenciales y contratransferenciales, el contexto asistencial o la persona del terapeuta. Trabajarán sobre ello en una sesión de estructura y dinámica generalmente predecible, utilizando unas técnicas adaptadas al caso presentado, a las características del terapeuta y a la relación supervisor-terapeuta.

Tracey et al (Tracey, Ellickson, & Sherry, 1989) estudian la relación entre la preferencia sobre la estructuración que tenga la sesión de supervisión con el nivel de experiencia

del supervisado, su reactancia y el contenido de la sesión. Los terapeutas noveles prefirieron, en todo caso, una sesión estructurada. Los terapeutas con más experiencia elegían la estructuración de la sesión en relación inversa con su nivel de reactancia, a menos que el contenido tuviera que ver con el suicidio, en cuyo caso también preferían una sesión estructurada. Freeman considera la estructura de la supervisión, en la que incluye roles y responsabilidades, información, asesoramiento teórico evaluación y *feedback*, como una estrategia proactiva para reducir la ansiedad del supervisado (Freeman, 1993)

**Proceso del terapeuta:** en nuestros resultados, los terapeutas consideran su formación como un proceso que se inicia desde una posición de no saber, inseguridad, angustia... en este periodo, el foco propio parece estar puesto en los errores. Desde ahí, demandan pautas “para no seguir haciéndolo mal”. A lo largo del proceso, además de conocimientos técnicos y destreza, conocerán sus fortalezas, se sentirán apoyados... El terapeuta se va empoderando y aprendiendo a lidiar con la incertidumbre.

De igual manera, Borders considera que los terapeutas en formación progresan en tres dimensiones principales: conciencia de sí, dependencia/autonomía y adquisición de habilidades y conocimientos teóricos (L. D Borders, 1991). Los supervisores se dan cuenta de los distintos momentos por los que está pasando la persona en su proceso de adquirir el rol de terapeuta. E intentan crear una base segura para que el terapeuta pueda exponerse sin daño, se adaptan al terapeuta, le acompañan y le cuidan. También así, Carey y Laning consideran que en la supervisión de terapeutas más noveles, los supervisores tienden a centrarse en la adquisición de habilidades básicas de comunicación y generales de psicoterapia más que en la adquisición de habilidades específicas o un pensamiento crítico (Carey & Lanning, 1993). Por su parte, Lampropoulos (Lampropoulos, 2003) recomienda en los primeros momentos de la formación no utilizar la observación in vivo sino las notas o grabaciones para la supervisión y centrarse al menos tanto en las fortalezas como en los errores para disminuir la ansiedad en la supervisión. Como hemos visto al revisar los modelos de supervisión, todos los modelos de desarrollo se basan en esta asunción, que el surgimiento/desarrollo del rol del terapeuta en la persona en formación es un proceso (J. Bernard & Goodyear, 2004; Loganbill et al., 1982; Stoltenberg, 1997).

Que la supervisión sea individual o grupal, la elección del supervisor, el entorno en el que se lleva a cabo la supervisión... todos estos aspectos son importantes porque como afirman Webb and Wheeler (Webb & Wheeler, 1998), los supervisados son más propensos a revelar aspectos delicados en la supervisión cuando esta es individual, más que en la supervisión grupal, cuando han elegido al supervisor y cuando son supervisados por alguien independiente del entorno en el que trabajan. WE Singo, sin embargo, comparó, en términos de autoeficacia, ansiedad y adquisición de habilidades básicas, la supervisión grupal por pares y la supervisión individual y encontró que son

complementarias y que no hay diferencias significativas entre ellas (citado en (Sue Wheeler, 2003).

Ese “exponerse” del que hablan los terapeutas en nuestros resultados está relacionado con la ansiedad que frecuentemente experimentan en la supervisión, especialmente los terapeutas más noveles (Lampropoulos, 2003; Mehr, Ladany, & Caskie, 2010) y que ha sido atribuida a múltiples aspectos: falta de entendimiento de lo que ocurre en la supervisión, patrones de apego del supervisado, asimetrías de poder, sentimientos de inadecuación en el rol de terapeuta o como síntomas de un trauma vicario (Creaner, 2014). Mientras un cierto nivel de ansiedad puede ser inevitable en las situaciones de aprendizaje, altos niveles de ansiedad pueden impedir el proceso de aprendizaje. Ellis (MV Ellis, 2010) cuestiona la omnipresencia de la ansiedad en la supervisión y que esta dificulte, por ejemplo, la grabación de las sesiones de terapia y su seguimiento en supervisión. Señalan que la realización de talleres previos explicando aspectos básicos de la supervisión contribuye a disminuir la ansiedad en el supervisado novel. Encuentra también un patrón persistente: cuando se describía una buena relación de supervisión, la ansiedad era baja y al contrario: una relación de supervisión deficitaria estaba asociada con altos niveles de ansiedad, independientemente de que se hubiera hecho o no un taller para conocer distintos aspectos básicos de la supervisión (roles, expectativas, metas, proceso, derechos y responsabilidades).

Watkins (C. Edward Watkins, 2012) considera que la desmoralización del supervisado ha recibido mucha menos atención que la ansiedad pero puede tener consecuencias más devastadoras en el proceso de desarrollo/surgimiento del self profesional. La desmoralización puede llevar a que el terapeuta se cuestione cada vez más su aptitud para el ejercicio de la psicoterapia, especialmente en las primeras etapa de su formación. Considera la desmoralización como una parte inherente a la experiencia de formación y la supervisión como un proceso de remoralización.

**Proceso de la relación de supervisión:** Holloway (E L Holloway, 2014) considera que también la relación de supervisión va pasando por distintas fases, como el terapeuta y el supervisor, y considera que sigue siendo de utilidad la descripción de las fases de la relación hecha por Mueller y Kell (Mueller & Kell, 1972 citado por (E L Holloway, 2014):

Fase de desarrollo	Fase madura	Fase de terminación
Clarificación de la relación con el supervisor	Incremento de la naturaleza personal de la relación, con roles menos rígidos	Comprensión de las conexiones entre la teoría y la práctica en relación con clientes particulares
Establecimiento del contrato de supervisión	Incremento de la vinculación afectiva y de la influencia potencial	Disminución de la necesidad de dirección del supervisor
Intervenciones en las que el supervisor enseña	Desarrollo de habilidades de conceptualización de casos	

Desarrollo de competencias	Incremento de la confianza y autoeficacia en la terapia
Desarrollo de planes de tratamiento	Confrontación de cuestiones personales si están relacionadas con el desempeño profesional

Tabla 12. Fases de la relación de supervisión según Mueller y Kell (Mueller & Kell, 1972)

**Proceso del supervisor:** En los grupos de supervisores se señala también la posibilidad de considerar la evolución del supervisor como un proceso. Partiría desde una posición rígida en un ambiente que se percibe como desordenado y en el que sólo se puede responder a demandas concretas hasta otra posición más relajada, en la que es posible estar receptivo a la demanda explícita e implícita, incluidas las dificultades personales del terapeuta. Chagoya y Chagoya señalan que es frecuente que al principio, cuando tiene menos experiencia, el supervisor adopte modos más narcisistas, queriendo mostrar todo lo que sabe y sus habilidades. A medida que va ganando experiencia se va dando cuenta de que una supervisión suficientemente buena tiene que partir del respeto por lo que trae el terapeuta, de su forma y estilo personal y establecer una relación colaborativa (Chagoya & Chagoya, 1994). Hawkins y Shohet (Hawkins & Shohet, 2012) consideran que el supervisor, antes de ejercer como tal, debe preguntarse por qué quiere ser supervisor, contar con una buena supervisión para él mismo y formarse. Watkins (C Edward Watkins, 2012; C. E. Watkins, 1993) desarrolla el SCM (*Supervisor Complexity Model*) que proporciona un modelo de desarrollo del supervisor en cuatro estadios:

Estadio 1: (rol de shock y fenómeno de la impostura) en este estadio inicial, el supervisor en formación puede sentirse como un impostor, debido a su autoridad profesional, lucha por el desarrollo de sus competencias y se centra más en el contenido que en el proceso en la relación de supervisión.

Estadio 2: (rol de recuperación y transición) según va ganando en experiencia, comienza a sentirse más confiado en el papel de supervisor y participa más profundamente con el supervisado. Tiene conciencia de las dinámicas relacionales pero no se siente seguro como para afrontarlas con el supervisado.

Estadio 3: (consolidación de rol) el supervisor tiene mayor conciencia de sí mismo y se ha producido un cambio de paradigma de terapeuta a supervisor. La identidad del supervisor se está integrando, hay una mayor apertura a la experiencia y puede identificar con mayor claridad las necesidades del cliente.

Estadio 4: (rol de maestría) Este estadio final está caracterizado por una valoración equilibrada de habilidades. El supervisor es más flexible en su aproximación a la supervisión y en el encuentro con las necesidades de aprendizaje de sus supervisados. Ha desarrollado su propio estilo de supervisión que es consistente con su aproximación teórica.

Otros autores consideran que la evolución del supervisor se ajusta más a una perspectiva dimensional que identifica 10 dimensiones (R. Goodyear, Lichtenberg, Bang, & Gragg, 2014; Heid, 1998) en el ejercicio de la supervisión y cuyo nivel va cambiando con el tiempo: ser capaz de percibir/actuar en situaciones complejas, aprender a pensar como un supervisor, desarrollar la capacidad de ser uno mismo, aprender a verse a uno mismo como supervisor, desarrollar la capacidad de utilizar la reflexión como herramienta para monitorizar los prejuicios propios y el impacto que uno mismo tiene sobre los otros, desarrollar confianza sobre lo que uno considera que constituye una supervisión eficaz, desarrollar confianza en su competencia como supervisor, desarrollar paciencia con el proceso de desarrollo del supervisado, desarrollar el valor de hacer lo correcto en su papel de control de acceso a la profesión, aprender a comprender y gestionar el poder.

Cada vez hay mayor acuerdo en que la práctica de la supervisión requiere formación específica (J. Bernard & Goodyear, 2004; Creaner, 2014; Hawkins & Shohet, 2012). Bradley y Whiting recomiendan incluir en la formación de los supervisores (Bradley & Whiting, 2001):

- Teoría o base de conocimientos relevante sobre el funcionamiento de la supervisión
- Desarrollo de las habilidades de supervisión
- Integración de teoría y habilidades en un estilo de trabajo de supervisión
- Desarrollo de la identidad profesional del supervisor

En los últimos años se ha producido un incremento importante en la investigación sobre la supervisión clínica como una competencia profesional distinta y una competencia básica en psicología (Fouad et al., 2009) que ha resultado en un aumento de la formación en supervisión, elaboración de directrices y regulación (N. Ladany et al., 2013). El grupo de trabajo sobre supervisión de la *Competencies Conference: Future Directions in Education and Credentialing in Professional Psychology* (C. Falender et al., 2004) identificó cinco factores esenciales que impregnan todos los aspectos de desarrollo profesional. Cada uno, consideran, constituye un componente clave para la práctica de la supervisión y requiere formación específica (conocimientos específicos, habilidades y valores) e investigación. Estos cinco factores fueron:

1. El reconocimiento de que la adquisición de las competencias de supervisión es un proceso de desarrollo largo, acumulativo, cuyo nivel de dominio se extiende más allá de las competencias.
2. El reconocimiento de que la atención a la diversidad en todas sus formas (por ejemplo, edad, discapacidad, etnia, género, identidad de género, raza, religión, orientación sexual, religión, situación socioeconómica, etc.) se ve reflejado en todos los aspectos del proceso de supervisión y requiere competencia específica.
3. El reconocimiento de que es esencial la atención a aspectos legales y éticos

4. El reconocimiento de que la formación se ve influenciada por factores profesionales y personales como valores, creencias, prejuicios y conflictos interpersonales, que pueden ser fuente de contratransferencia.
5. El reconocimiento de que tanto la autoevaluación como la evaluación por pares es una necesidad en todos los niveles de desarrollo del supervisor. (C. Falender et al., 2004).

Este mismo grupo propone el siguiente marco de competencias de la supervisión:

Marco de competencias de la supervisión
<b>Conocimientos</b> Conocimiento del área que será supervisada (psicoterapia, investigación...) Conocimiento de los modelos, teorías, modalidades e investigación en psicoterapia Conocimiento del desarrollo profesional del terapeuta Conocimiento de los aspectos éticos y legales específicos de la supervisión Conocimientos sobre evaluación y resultados de proceso Conciencia y conocimiento de la diversidad en todas sus formas
<b>Habilidades</b> Modalidades de supervisión Habilidades de relación: capacidad para construir una relación y alianza de supervisión Sensibilidad a los múltiples roles que puede poner en juego con el supervisado y capacidad para desarrollarlos y equilibrarlos Capacidad para proporcionar <i>feedback</i> efectivo, sumativo y formativo Capacidad para promover el crecimiento y la autoevaluación en el supervisado Capacidad para conducir su propio proceso de auto evaluación Capacidad para valorar las necesidades de aprendizaje y el nivel de desarrollo del supervisado Capacidad para animar y utilizar el <i>feedback</i> evaluativo que le proporciona el supervisado Habilidades didácticas Capacidad para establecer límites adecuados y buscar consulta cuando las cuestiones que aparecen en la supervisión quedan fuera de las competencias de la supervisión Flexibilidad Pensamiento científico y traslado de los hallazgos científicos a la práctica, a lo largo del desarrollo profesional
<b>Valores</b> La responsabilidad por el cliente y el supervisado recae en el supervisor Respeto Responsable de la sensibilidad a la diversidad en todas sus formas Equilibrio entre cuidado y reto Empoderador Compromiso con el aprendizaje y el crecimiento profesional a lo largo de toda la vida profesional Equilibrio entre las necesidades clínicas y de formación Valor de los principios éticos Compromiso de conocer y utilizar los conocimientos científicos disponibles relacionados con la supervisión Compromiso de conocer sus propias limitaciones
<b>Cuestiones generales de contexto social</b> Diversidad Aspectos éticos y legales Procesos de desarrollo Conocimiento del contexto inmediato y de las expectativas del mismo sobre la supervisión que va tener lugar Conciencia del contexto sociopolítico dentro del que la supervisión va a tener lugar Creación de un clima en el cual el <i>feedback</i> honesto es la norma (de apoyo y retador)
<b>Formación en competencias de supervisión</b> Realización de cursos en supervisión en los que estén incluidos los conocimientos y habilidades listadas Recibir supervisión de la supervisión, incluyendo alguna forma de observación (grabación en audio o en vídeo) con <i>feedback</i> crítico
<b>Evaluación de las competencias de supervisión</b> Haber completado con éxito los cursos de supervisión Verificación de supervisión de supervisión previa con documentación lista para ser evaluada de forma independiente Evidencia de observación directa (audio o vídeo)

Documentación de experiencias de supervisión que reflejan la diversidad  
*Feedback* del supervisado documentado  
*Auto evaluación y conciencia de las necesidades de consulta cuando son necesarias*  
Valoración de los resultados de la supervisión: en supervisión individual y grupal

Tabla 13.. Marco de competencias de la supervisión (C. Falender et al., 2004)

## **SUPERVISIÓN EFECTIVA**

En nuestros grupos, terapeutas y supervisores se plantean qué es un resultado en supervisión, o dicho de otra forma, si el resultado estaría en relación con la mejoría del paciente o con el empoderamiento del terapeuta. Los terapeutas consideran la efectividad en los resultados sobre el paciente y su sensación de calma y los supervisores se focalizan más en la monitorización del progreso del terapeuta. Estas mismas alternativas en la consideración de qué es un resultado en supervisión se reproducen, desde hace años, en la literatura. Wheeler et al (S Wheeler & Richards, 2007) y Falender (C. A. Falender, Burnes, & Ellis, 2013) consideran que la evidencia de la efectividad de la supervisión en uno u otro sentido es escasa (Creaner, 2014).

### **1.- Impacto de la supervisión y resultados en los clientes:**

El *impacto* de la supervisión se ha medido tradicionalmente sobre los terapeutas y muy poco sobre los pacientes (Wrape, Callahan, Ruggero, & Watkins, 2015).

El bienestar del cliente es una de las características que aparecen en algunas de las definiciones de supervisión (J. Bernard & Goodyear, 2004). Ellis y Ladany (Ellis & Ladany, 1997) estiman que la prueba de fuego de la supervisión es si tiene o no un impacto positivo en la evolución del cliente. Freitas revisó la investigación sobre el impacto de la supervisión en los resultados en el cliente entre los años 1981 y 2001 (Freitas, 2002) encontrando 10 estudios realizados entre 1981 y 1997. La conclusión principal fue que los errores metodológicos limitaban la posibilidad de extraer conclusiones. Posteriormente, Wheeler y Richards (S Wheeler & Richards, 2007) dirigen una revisión sistemática encargada por la *British Association for Counseling and Psychotherapy* sobre la investigación del impacto de la supervisión clínica en consejeros (*counsellors*), terapeutas, su práctica y sus clientes. En última instancia, afirman, el asesoramiento y la psicoterapia se llevan a cabo para el beneficio del cliente. La más poderosa demostración de la eficacia de la supervisión se manifiesta, por tanto, en cambios en el cliente que puedan atribuirse a la forma en que el trabajo del terapeuta se ha mejorado a través de la supervisión.

Varios estudios intentan explorar esta relación aunque se señala que la mayoría de los estudios no recoge ninguna información sobre los clientes con los que se está trabajando. El estudio realizado por Bambling et al (Bambling, King, Raue, Schweitzer, & Lambert, 2006) evaluó el impacto de la supervisión clínica en la alianza de trabajo con el cliente y la reducción de síntomas en el tratamiento breve de la depresión mayor. Este es el único estudio recogido en la revisión de Wheeler y Richards sobre evaluación de resultados en el cliente que consideran como de alta calidad metodológica. Los autores asignaron al azar 127 clientes con un diagnóstico de



depresión mayor a 127 terapeutas supervisados o sin supervisión para recibir ocho sesiones de tratamiento basado en la resolución de problemas. Los terapeutas supervisados fueron asignados también aleatoriamente a supervisar habilidades de alianza o focalizar en el proceso de alianza y recibieron ocho sesiones de supervisión. Antes de comenzar el tratamiento, los terapeutas recibieron una sesión de supervisión para realizar un breve entrenamiento sobre el trabajo con la alianza de supervisión y las características específicas de cada caso. Se utilizaron medidas estándar de alianza terapéutica y cambio de síntomas como variables dependientes. Los resultados mostraron un efecto significativo para ambas condiciones de supervisión sobre la alianza de trabajo desde la primera sesión de la terapia, la reducción de los síntomas, y la retención en el tratamiento y evaluación, pero no se encontraron diferencias entre las dos condiciones de supervisión. No fue posible separar los efectos de la supervisión de la sesión única previa al inicio de tratamiento y es posible que los efectos de lealtad muestren unos resultados amplificados. Para Wheeler y Richards (S Wheeler & Richards, 2007), los resultados de este estudio tienen dos implicaciones importantes:

- Proporcionan apoyo empírico a la hipótesis de que la supervisión centrada en la alianza de trabajo puede influir en la percepción que el cliente tenga de la alianza y mejorar los resultados en el tratamiento psicoterapéutico breve de la depresión.
- Dado que la supervisión parece tener un efecto significativo en la alianza terapéutica, la formación en la supervisión centrada en la alianza podría ser valiosa para los futuros supervisores.

Consideran, además, que los ensayos clínicos de supervisión son posibles y puede mostrar efectos positivos.

Steinhelber (1984) también aporta un desglose de los diagnósticos de los clientes. Algunos otros estudios ofrecen información del cliente limitada, por ejemplo, Jumper (1999), Patton y Kivlighan (1997) y Strozier et al (1993) (citado en (S Wheeler & Richards, 2007)). Concluyen que la información acerca de los clientes atendidos por los supervisados en la investigación en supervisión es de suma importancia y refleja uno de las cuestiones metodológicas de la investigación en supervisión que necesita una mayor exploración y transparencia en los estudios. Para algunos autores (C. Edward Watkins, 2011a), la investigación en resultados en el paciente es un imperativo ético y la razón de ser de la supervisión. Wrape et al (Wrape et al., 2015) llevan a cabo un estudio intentando ver si hay variables del supervisor que se puedan relacionar con la mejoría del paciente al que atiende el supervisando y encuentran que el tiempo transcurrido desde que el supervisor ha obtenido su titulación sí está relacionado con los resultados en el cliente, de tal forma que la titulación reciente del supervisor se asocia con mejores resultados en el cliente.

## **2.- Crítica de la orientación a resultados:**

Milne (D Milne, 2014) recoge la polémica entre considerar los resultados en el cliente como la “prueba de fuego” de la supervisión (postura defendida entre otros por Ellis y Ladany (M. Ellis & Ladany, 1997), Freitas (Freitas, 2002), Holloway y Neufeldt (Elizabeth L Holloway, Neufeldt, & Allstetter, 1995), Wheeler (S Wheeler & Richards, 2007) o Watkins (C. Edward Watkins, 2011b)) y plantear que la supervisión se lleva a cabo principalmente en beneficio de los supervisados y esto redundará en una ayuda más cualificada para el paciente. Esta última posición ha sido defendida en otros momentos por los mismos y otros autores con afirmaciones como que es axiomático que la supervisión clínica se lleva a cabo en beneficio de los supervisados (Freitas, 2002), o que "cambios en las características del terapeuta representan el objetivo principal de la supervisión..."(B. E. Wampold & Holloway, 1997).

Milne considera que no hay consenso ni apoyo empírico acerca de cuál sea la prueba definitiva de la eficacia de la supervisión lo que socava la validez de la metáfora de los resultados en el cliente como prueba de fuego. Por otra parte, esta consideración de los resultados únicamente como resultados en salud soslaya y dificulta la toma en consideración de otros criterios de calidad definidos por Donabedian, y también evaluables, en estructuras y procesos (D Milne, 2014a). Propone una reformulación de la evaluación de resultados en supervisión clínica, recuperando las teorías de aprendizaje del adulto. La supervisión clínica es principalmente una forma de aprendizaje experiencial. De acuerdo a este modelo de aprendizaje experiencial, los supervisados adquieren competencias a través de una combinación de cuatro modos de aprendizaje: reflexión; conceptualización (pensamiento); planificación; y experiencia concreta (sentir y hacer) (D Milne, 2009). Construye el modelo *Evidenced Based Clinical Supervision* en torno a cuatro principios o tareas esenciales:

- la realización de una evaluación de las necesidades educativas del supervisado,
- que lleva a la colaboración con el supervisado en un contrato de aprendizaje,
- la facilitación del aprendizaje del supervisado a través de la aplicación de diversos métodos,
- el uso de una evaluación con el fin de monitorizar y medir los resultados.

Paso 1	Diseño de la intervención	Conceptualización de la supervisión
Paso 2	Formación del supervisor	Describe y estandariza la capacitación de los supervisores
Paso 3	Fidelidad de la supervisión	El supervisor ha llevado a cabo la supervisión de acuerdo con lo previsto
Paso 4	Recepción: Impacto inicial “correcto” en el supervisado	Obtención de los primeros resultados en la terapia
Paso 5	Generalización	Los terapeutas aplican lo aprendido en la supervisión en los tratamientos posteriores
Paso 6	Evaluación sistemática	evaluación de los resultados clínicos obtenidos por el supervisado (terapeuta) con los clientes

Tabla 14. Aspectos a evaluar en la supervisión (D Milne, 2009)

### **3.- Resultados en *crecimiento del terapeuta*:**

Hace 45 años Chessick describió (Chessick, 1971) lo que algunos consideran profético (C. Edward Watkins, 2013), la tríada de las dificultades que los supervisores tienen que enfrentar con los terapeutas en formación: (a) ocuparse de la ansiedad mientras se desarrolla una “mentalidad psicológica”; (b) el desarrollo de la identidad como psicoterapeuta; y (c) la comprensión de lo que significa la psicodinámica y la psicoterapia.

Watkins señala que la supervisión aparece en todos los modelos de psicoterapia y programas de formación de profesiones relacionadas con la atención a la salud mental y que tiene relación, por una parte, con el aprendizaje de una práctica profesional y, por otra, con el desarrollo de una identidad profesional (Watkins Jr, 1997).

Algunos autores consideran la supervisión como la actividad más importante en la contribución a la efectividad de la formación en psicoterapia (C J Gonsalvez & Milne, 2010) incomparable en su poder y potencial para preparar a los terapeutas en formación para la práctica y ayudar a los terapeutas más avanzados a desarrollar sus habilidades psicoterapéuticas. Watkins considera que la supervisión en psicoterapia es un medio (si no el principal medio) para enseñar, transmitir y perpetuar las tradiciones, la práctica y la cultura de la psicoterapia. Además, la supervisión es también un servicio profesional que (a) muchos terapeutas proporcionarán en algún momento de sus carreras, y (b) solicitarán en su propia formación específica (C Edward Watkins, 2012).

La supervisión en psicoterapia tiene un lugar preponderante en la "construcción" de los psicoterapeutas (C. Watkins, 2014). Proporciona, entre otros, *feedback* al supervisado sobre su desempeño, ofrece guía en tiempos de confusión y necesidad, permite la posibilidad de general visiones alternativas y perspectivas distintas acerca de la dinámica de los pacientes, intervenciones y curso del tratamiento, estimula la curiosidad acerca de los pacientes y la experiencia de tratamiento, contribuye al proceso de formación de identidad de terapeuta y sirve como “base segura” para el supervisado, haciéndole saber que no está solo en su proceso de “aprendiz” de psicoterapeuta. La supervisión proporciona también un “control de calidad” asegurándose de que los cuidados que se prestan a los pacientes son aceptables, que el terapeuta no daña, que el supervisado posee suficientes habilidades en su función como “terapeuta”, y que cuando faltan esas habilidades, se detecta y se pone algún tipo de remedio (Watkins Jr, 1997).

Hawkins habla de supervisión “suficientemente buena”, por analogía a la madre suficientemente buena de Winnicott, cuando ayuda al terapeuta a sobrevivir a relaciones o ataques dañinos de los clientes, a través de la fuerza de la relación de supervisión. Muchas veces, señala, trabajadores muy competentes pueden presentar dudas sobre sí mismos y su capacidad para funcionar en el trabajo a través de la absorción de la angustia, la enfermedad y la perturbación de los clientes. El papel del

supervisor no es sólo tranquilizar al supervisado, sino que pueda sentir las emociones que siente en el ambiente más seguro de la relación de supervisión, sobrevivir a ellas, reflexionar y aprender. La supervisión proporciona un recipiente que contiene la relación de ayuda dentro de la tríada terapéutica supervisor-terapeuta-cliente (Hawkins & Shohet, 2012)..

Nuestros resultados indican que la supervisión es efectiva cuando aporta al terapeuta nuevas perspectivas, hace que vea las cosas más claras en relación con él mismo, el paciente o la relación entre ambos, cuando consigue el empoderamiento del terapeuta y su crecimiento: hace que el terapeuta se sienta más seguro, fortalecido; sale de la supervisión calmado, tranquilo, aliviada la angustia; adquiere mayor capacidad de autoobservación / mentalización; la supervisión efectiva permite al terapeuta conocer límites, ajustar expectativas y disfrutar con el trabajo. La supervisión efectiva abre nuevas perspectivas, facilita caminos... pero no los da hechos. Para que la supervisión sea efectiva tiene que, adaptándose a la experiencia y estilo del terapeuta, reforzar las fortalezas del terapeuta y proporcionar una experiencia emocional positiva, en el sentido de que el terapeuta se sienta cuidado, comprendido, contenido.

Para Mary Creaner (Creaner, 2014), dado el papel central que juega la supervisión en la formación de los terapeutas, determinar lo que es efectivo e inefectivo en la supervisión es esencial. Norem et al (Norem, Magnuson, Wilcoxon, & Arbel, 2006) entrevistaron a 12 supervisores expertos e identificaron las características de los supervisados que, desde su punto de vista, habían logrado un crecimiento extraordinario durante la supervisión:

Atributo	Definición
Madurez	De una variedad de experiencias vitales, incluyendo la exposición a diversas ideas y personas, los supervisados “excelentes” adquieren información y aumentan la comprensión de sí mismos y de la profesión. Su madurez contribuye al desarrollo de su autonomía
Autonomía	Los supervisados tienen suficiente confianza en sí mismos y en su eficacia como para ensayar conductas nuevas y aceptar el <i>feedback</i> evaluador de otros. Tienen un papel activo en la terapia y en el proceso de supervisión
Perspicacia, intuición	Los supervisados tienen los conocimientos necesarios, conocimientos teóricos y habilidades para la terapia. Demuestran su capacidad para utilizar el proceso racional, sensatez, complejidad cognitiva, empatía, discernimiento, sagacidad, intuición e <i>insigth</i>
Motivación	Los supervisados están comprometidos con el crecimiento profesional y la excelencia en su práctica clínica. Son proactivos en el desarrollo de habilidades profesionales y conocimientos. Exceden el mínimo requerido
Autoconciencia	Son capaces de identificar sus fortalezas y debilidades. Son conscientes de sus experiencias emocionales y sus respuestas . Están dispuestos a explorar estas experiencias relacionadas con los pacientes y el supervisor
Apertura a la experiencia	Están dispuestos a ensayar nuevas técnicas y experiencias. Están acostumbrados a asumir riesgos. Consideran diferentes perspectivas y agradecen el <i>feedback</i>

Tabla 15. Atributos del supervisado que contribuyen al éxito de la supervisión (Norem et al., 2006)

Wheeler y Richards (S Wheeler & Richards, 2007) señalan que los estudios que se centran en los cambios en el supervisado a través de la supervisión adolecen de algunos problemas metodológicos que pueden ser relevantes como no señalar edad, género y raza del supervisado, orientación teórica, práctica terapéutica o formación en el uso de la supervisión. Esas mismas carencias aparecen en las descripciones de los supervisores lo que, a juicio de los autores de la revisión, resulta sorprendente y limita la extracción y extensión de conclusiones. Algunos autores han sugerido que entre los resultados beneficiosos para el terapeuta se encuentran el aumento de la autoconciencia, el fortalecimiento de la relación terapeuta-paciente, el aumento de conocimientos y la mejoría de la autoeficacia (L. E. Beutler & Kendall, 1995; R. K. Goodyear & Guzzardo, 2000; S Wheeler & Richards, 2007; Wrape et al., 2015).

1.- **Autoconciencia:** aunque desde cada marco teórico se utilice un lenguaje diferente para distinguir este fenómeno, hay acuerdo en que el trabajo con el paciente tiene un impacto emocional en el terapeuta (Creaner, 2014). El terapeuta debe ser lo suficientemente consciente de su propio proceso emocional para poder comprender sus reacciones con el paciente, y para distinguir sus propios pensamientos y sentimientos de los del paciente con el fin de dar sentido y utilizarlos al servicio del cliente. Por lo tanto, el continuo desarrollo de la conciencia de sí mismo constituye una parte integral de la formación del terapeuta (S Wheeler & Richards, 2007). Es lo que hemos llamado, en nuestros resultados, ayuda para desidentificarse y desarrollo de un “supervisor interno” (Hawkins & Shohet, 2012; B Rodríguez Vega & Fernández Liria, 2014). La auto-conciencia se ve reforzada a través de la supervisión.

A través de entrevistas en profundidad con nueve terapeutas en formación, Jiménez Andujar (Jiménez Andújar, 2002) exploró el crecimiento de los supervisados. El autor preguntó cómo definir y comprender el crecimiento personal, cuáles de sus experiencias en supervisión lo apoyaron y cuáles lo dificultaron. Encontró que algunos de los participantes se hicieron más conscientes de sus problemas personales. También aumentaron su sentido de autonomía, de ser competente y sentirse bien con sus habilidades y fueron capaces de evaluar su desempeño. La conceptualización de la conciencia estaba interrelacionada con la percepción de las debilidades y fortalezas en el papel de terapeuta, problemas personales que podría interferir en su desempeño y los límites de sus relaciones con los pacientes. Los participantes en este estudio percibieron la supervisión individual como más segura que el grupo supervisión en la promoción de su crecimiento personal. Raichelson, Herron, Primavera y Ramírez (Raichelson, Herron, Primavera, & Ramirez, 1997) llevaron a cabo una encuesta transversal con 300 supervisores y supervisados que examinó el proceso paralelo en la supervisión, comparando orientaciones psicoanalítica y no psicoanalítica. Diseñaron una encuesta ad hoc para evaluar la incidencia y los efectos del proceso paralelo. Primero preguntaban sobre su existencia y después sobre su valor para el supervisado. Encontraron una correlación entre la percepción de su existencia y aspectos de la

terapia como una conciencia más profunda de las cuestiones contratransferenciales por parte del supervisado y una mayor comprensión de las respuestas emocionales del paciente; fortalecimiento de la alianza de trabajo paciente-terapeuta, aumenta la capacidad del supervisado de aprender del supervisor; los pacientes examinan resistencias que habían evitado previamente en la terapia y la relación de supervisión se fortalece y mejora la comunicación. Concluyen que los supervisados ganan en conciencia de sí mismos a través del uso del proceso paralelo. Tryon (Tryon, 1996) utilizó un diseño longitudinal para investigar el desarrollo de la autopercepción en el transcurso de un año de formación usando el instrumento SLQ-R (*Supervisory Levels Questionnaire-Revised*). Evaluaron la auto conciencia/ conciencia del otro del supervisado, la motivación y la autonomía-dependencia. Lo midieron en 25 supervisados, que partían de un nivel distinto de formación, en las semanas 5, 15 y 31 de su formación. Encontraron que el 56% de los participantes en el estudio habían aumentado la puntuación en autoconciencia/conciencia del otro en ese periodo de tiempo lo que indica que la supervisión puede tener un impacto positivo sobre la autoconciencia del supervisado. El 52% tenían puntuaciones progresivamente más altas en la escala de autonomía-dependencia, pero sólo el 13% tenían aumento progresivo en la escala de motivación. Aunque lo citan en su revisión, Wheeler y Richards critican la metodología y consideran que un observador independiente, con otras expectativas, habría podido llegar a resultados distintos en la valoración de estos autoinformes (S Wheeler & Richards, 2007)

**2.- Desarrollo de habilidades:** Uno de los propósitos principales de la supervisión es facilitar el conocimiento y manejo de técnicas y habilidades que son parte integral del proceso terapéutico. Esto es particularmente pertinente cuando los supervisados están en formación. Wheeler y Richards incluyen nueve estudios (L. D Borders, 1991; Carey, Williams, & Wells, 1988; Dodenhoff, 1981; Ögren, Jonsson, & Sundin, 2005; Strozier, Kivlighan, & Thoreson, 1993; Vallance, 2005; Worthen & McNeill, 1996; Everett L. Worthington & Roehlke, 1979) en su revisión que consideran que proporcionan alguna evidencia sobre el desarrollo de habilidades como resultado de la supervisión (S Wheeler & Richards, 2007). Definen el desarrollo de habilidades como una mayor capacidad para interactuar con un paciente de manera útil. Los artículos señalados exploraron diversos aspectos de las medidas del desarrollo de habilidades o fueron registrados de diferentes maneras, incluyendo auto-informes del terapeuta, informes del supervisor, entrevistas, observaciones y opinión subjetiva. Los estudios incluyeron supervisión grupal e individual. La medición del desarrollo de habilidades no era el foco específico de muchos de los estudios, pero fue señalado. En este punto señalan que es razonable esperar que las habilidades de orientación y psicoterapéuticas se desarrollen a través de la supervisión, como parte de su función educativa pero no han encontrado un estudio riguroso y bien diseñado que estudie el desarrollo de habilidades psicoterapéuticas en relación con la supervisión.

3.- **Autoeficacia:** se puede describir como la creencia del terapeuta en su propia capacidad para la práctica efectiva. La creencia del terapeuta en su eficacia es la causa principal de una acción terapéutica eficaz (Larson y Daniels, 1998, citado por (S Wheeler & Richards, 2007), y es, por tanto, un componente importante de la supervisión. No se trata sólo de tener algunas habilidades o saber qué hacer: implica una capacidad que abarca habilidades sociales, cognitivas, conceptuales y de conducta que se movilizan al servicio del cliente. Los terapeutas necesitan poner en juego sus conocimientos, experiencia y conciencia de sí mismos para tomar decisiones en circunstancias complejas y cambiantes. Para eso, tienen que tener confianza en su propia capacidad para funcionar con eficacia como terapeuta.

La autoeficacia es una característica implícita en muchos estudios de supervisión, dado que el desarrollo de ésta en el terapeuta es un objetivo fundamental de la supervisión. Sin embargo, no existen muchos trabajos de investigación que intenten relacionar supervisión y autoeficacia. Efstation et al (Efstation, Patton, & Kardash, 1990) desarrollan el inventario de alianza de trabajo de supervisión (SWAI) y encuentran que las dos subescalas de supervisados (*rapport* y foco en el cliente) eran predictoras del resultado del inventario de autoeficacia (desarrollado por (Friedlander & Snyder, 1983). El estudio de Jumper (Jumper, 1999) sugiere que el *feedback* inmediato mediante el uso de auriculares mejora la autoeficacia. Ladany, Ellis y Friedlander (Nicholas Ladany, Ellis, & Friedlander, 1999) diseñaron un estudio longitudinal cuantitativo para probar la proposición de Bordin que sostiene que cambios en las percepciones de la alianza de supervisión en el transcurso de la supervisión podrían predecir resultados en la supervisión. Los resultados mostraron mejoras significativas en la autoeficacia, pero los cambios en la alianza, en su conjunto o considerados por separado, no predijeron cambios en la auto-eficacia. Sin embargo, las mejoras en el vínculo emocional entre los alumnos y los supervisores se asociaron con una mayor satisfacción. Los autores discuten muchas limitaciones del estudio, incluyendo el hecho de que la autoeficacia puede aumentar independientemente de la relación con el supervisor: factores como la formación, la influencia de los compañeros y otras formas de aprendizaje pueden tener también impacto. De igual manera en nuestros resultados, terapeutas y supervisores, consideran que la efectividad de la supervisión es el resultado de muchas cosas (otros aspectos de la formación, experiencia...) y es difícil determinar el tamaño del efecto atribuible a la supervisión.

Wheeler y Richards (S Wheeler & Richards, 2007) concluyen que, en base a dificultades metodológicas, existe escasa evidencia de que la supervisión mejore la autoeficacia y consideran que hay instrumentos suficientes como intentar conocer el impacto de la supervisión en la valoración que los supervisados hacen de su eficacia, en distintos contextos y con distintos niveles de experiencia.

**4.- Transferencia de lo incorporado en la supervisión a la terapia:** Un aspecto de la influencia que la supervisión podría tener en el terapeuta estaría relacionado con la manera en que el terapeuta internaliza los valores, creencias, habilidades y comportamientos del supervisor. Esto puede ser completamente distinto en función de la experiencia del terapeuta (en formación o experimentado). Esta “transferencia de conocimiento” también puede mejorarse en función del calendario de supervisión. La influencia del supervisor podría potencialmente observarse en las sesiones posteriores con los clientes. En la revisión de Wheeler y Richards (S Wheeler & Richards, 2007) incluyen cuatro estudios que exploran la forma en que la orientación teórica es absorbida por el terapeuta (Guest & Beutler, 1988 relaciona cambios en la orientación teórica y valores del terapeuta en formación con la orientación teórica y valores del supervisor; Milne, Pilkington, Gracie, & James, 2003 investigan si, en la supervisión de psicoterapia cognitivo conductual se produce un adecuado trasvase de lo tratado en la supervisión a la terapia, en el marco del proyecto IAPT; Patton & Kivlighan, 1997 comparan la percepción del terapeuta de la alianza de supervisión con la percepción del cliente de la alianza de trabajo y la adhesión del terapeuta en formación al modelo de psicoterapia promovido en la supervisión; Steinhelber, Patterson, Cliffe, & LeGoullon, 1984 estudian si la congruencia en la orientación teórica entre supervisor y terapeuta está relacionada con cambios en el paciente medidos a través de la escala de funcionamiento global) y otro estudio que estudia el impacto de la supervisión como resultado de su calendarización con respecto a las sesiones con el cliente (Couchon & Bernard, 1984 investigan si la cadencia de la supervisión tiene alguna influencia sobre su resultado y sugieren que el momento de la supervisión puede influir en lo que se aborda).

Concluyen que no es de extrañar que los supervisados, especialmente los que están en formación, sean influenciados por sus supervisores y que la supervisión refuerce el aprendizaje de cualquier formación, siempre que exista congruencia entre el modelo teórico de formación, el modelo teórico utilizado en la supervisión y lo que se requiere o se espera en la práctica. Estos estudios demuestran la influencia que el supervisor tiene en el terapeuta y el trabajo terapéutico. La calidad de la evidencia es débil por algunas razones: muestras pequeñas, falta de homogeneidad de las muestras y estrategias, diseños de caso único. En general, la evidencia apoya la afirmación de que el aprendizaje en supervisión se transfiere a la práctica, pero no de forma fiable.

**5.- Sentirse contenido:** a los elementos enumerados más arriba que hacen, según Wheeler, efectiva una supervisión (S Wheeler & Richards, 2007), Creaner (Creaner, 2014) añade este último elemento, basándose en la investigación de Strozier et al (Strozier et al., 1993) que grabó 14 sesiones de la diada supervisor-supervisado durante un semestre y las evaluó utilizando *Intentions and Reactions Lists*, *the Helpfulness Rating Scale*, y el *Session Evaluation Questionnaire*.



**La calidad de la relación de supervisión:** Según la revisión llevada a cabo por Kilminster y Jolly (Kilminster & Jolly, 2000), la calidad de la relación de supervisión es probablemente el factor más importante para la eficacia de la supervisión, más importante que los métodos de control utilizados. La literatura sobre supervisión hace referencia continuamente a la centralidad de la relación de supervisión (Creaner, 2014) y ha sido confirmada recientemente como un componente crítico de la efectividad de la supervisión en el estudio de Ladany et al (N. Ladany et al., 2013).

Estudios ya clásicos como el de Bordin (Bordin, 1983) sugieren que la calidad de la alianza de trabajo en supervisión es más importante que el modelo de supervisión a la hora de facilitar la evolución positiva y el desarrollo del terapeuta en formación. Trabajos posteriores (Horvath & Greenberg, 1989) desarrollaron instrumentos, el *SWAI*, para medir los tres aspectos distintos de la alianza de trabajo de supervisión:

- Tareas de supervisión: conductas y cogniciones, dentro de la sesión de supervisión, que ambos consideran relevantes y eficaces para que cada uno acepte su responsabilidad
- Vínculo de supervisión: hace referencia a una compleja red de trabajo basado en el estilo personal de apego, que se funda en la aceptación mutua, confianza y confidencia y que facilita el acuerdo de supervisión
- Objetivos de la supervisión: representan la finalidad de la intervención y la evolución sobre la que previamente se han puesto de acuerdo supervisor y supervisado

Como en la terapia, establecer una buena relación de supervisión contribuye a un buen resultado (Creaner, 2014; JC Norcross, 2011). Hemos visto más arriba que la relación de supervisión efectiva se ha relacionado con un incremento de la autoeficacia del supervisado y de su autorrevelación (S. Hess et al., 2008). En este estudio, en el que realizan entrevistas en profundidad a 14 terapeutas en formación, en los que decían tener buena relación de supervisión, las no autorrevelaciones estaban relacionadas con reacciones personales ante algunos clientes; en los que tenían una relación de supervisión problemática, la no revelación estaba relacionada con la insatisfacción global con la supervisión. Incluían en esa insatisfacción cuestiones relacionadas con el uso del poder, diferencias culturales y demográficas, o la orientación teórica del supervisor. Ambos grupos consideraban que la no revelación en supervisión tenía efectos negativos para ellos y para las relaciones con sus clientes.

Algunos autores señalan que la calidad de la relación de supervisión se ve influenciada por factores que tienen que ver con el supervisor, el supervisado, el cliente y el contexto organizacional (Creaner, 2014). Bernard y Goodyear (J. M. Bernard & Goodyear, 2014) consideran que las conductas del supervisor que contribuyen a la calidad de la relación de supervisión están relacionadas con el estilo del supervisor, cómo utiliza el poder, cómo utiliza la autorrevelación, su estilo de apego, cómo lleva a cabo la evaluación y cómo se comporta desde un punto de vista ético.

Para Watkins (C Edward Watkins, 2014) las siguientes afirmaciones resumen el pensamiento actual acerca de la aplicabilidad transteórica de la alianza de supervisión:

- 1. Todos los modelos de supervisión de psicoterapia implican algún tipo de alianza de trabajo;
- 2. Cada modelo de supervisión implica su propio tipo de alianza de trabajo que posee algunos rasgos y características únicas que sirven para diferenciarlo y definirlo;
- 3. La eficacia de la supervisión parece estar en gran medida mediada por la fortaleza de la alianza de trabajo entre el supervisor y el supervisado;
- 4. La fortaleza de la alianza de trabajo de supervisión está en función del ajuste y aproximación de dos tipos de variables: (a) las demandas inherentes y requerimientos del tipo de alianza de trabajo según el modelo de supervisión que se esté utilizando; y (b) las características personales que supervisor y supervisado traen y ponen de manifiesto en la situación de supervisión.

En los últimos años se han desarrollado instrumentos para investigar la relación de supervisión tanto desde el punto de vista del supervisado, *Supervisory Relationship Questionnaire SRQ* (Palomo, Beinart, & Cooper, 2010), como del supervisor *Supervisory Relationship Measure, SRM* (Pearce, Beinart, Clohessy, & Cooper, 2013) que, aunque parecen prometedores, no son todavía de uso generalizado.

Se han realizado investigaciones que han examinado la alianza de trabajo de la supervisión en relación a cuestiones como el género (Lichtenberg & Goodyear, 2001), la identidad (MV Ellis & Douce, 1994) y el bienestar emocional (V. E. White & Queener, 2003). A pesar de esto, se sigue sabiendo relativamente poco acerca del proceso individual e interpersonal que facilita una alianza de trabajo satisfactoria o que debilita la relación entre supervisado y supervisor (Dickson, Moberly, Marshall, & Reilly, 2011). Basándose en la asunción de que los procesos de apego infantiles tienden a repetirse en las relaciones adultas significativas, algunos autores han sugerido que la teoría del apego puede proporcionar un marco de trabajo útil para entender la relación de supervisión (M. C. Pistole & Watkins, 1995). En este sentido, otros autores (Dickson et al., 2011) han estudiado la relación de la alianza de trabajo de la supervisión con el estilo de apego, mediante una encuesta vía Internet entre los residentes de psicología clínica. En esta encuesta preguntaban sobre la alianza de trabajo, el estilo parental durante la infancia, conductas *patológicas* de apego adultas y estilo de apego de ellos mismos y sus supervisores. La alianza de supervisión, desde el punto de vista de los supervisados, estaba en relación con el estilo de apego del supervisor, pero no con la percepción de los residentes de su propio estilo de apego. El análisis de los datos soporta una cadena causal entre la indiferencia paterna, autosuficiencia compulsiva y estilo de apego inseguro del supervisor con una alianza de trabajo más pobre (ver discusión más adelante, relación de supervisión y apego).

### **Características del supervisor efectivo.**

En nuestros resultados, un supervisor “efectivo” mantiene una actitud de aceptación y no juicio. Cálido, comprensivo, empático, respetuoso, flexible. Desde ahí plantea la supervisión adaptándose al terapeuta, a su experiencia, a su estilo, a su propio ritmo. Pone conocimientos y experiencia al servicio del terapeuta, pero sin imponer, sin hacer alarde de conocimientos ni utilizar la supervisión para reforzar su propia autoestima. No da clase, no da soluciones hechas: a través de preguntas fomenta la reflexión del terapeuta para que encuentre nuevas aperturas, incluso antes de ser formuladas. Sugiere más que prescribe. Reta la narrativa que trae el terapeuta, utiliza preguntas “desestabilizadoras”. No quiere ni puede solucionarlo todo. Utiliza razonablemente la autorrevelación y muestra también su “no saber”, sus propios límites. Tolerancia la incertidumbre. Facilita así un clima en el que es posible mostrarse vulnerable. Está atento tanto a la terapeuta y al caso que presenta como al clima emocional que esto genera en el grupo. Se muestra interesado e involucrado. Señala aspectos personales del terapeuta cuando están implicados en una dificultad con el caso presentado, pero no convierte la supervisión en terapia. Hace que el terapeuta se sienta cómodo, tranquilo y respetado, lo que facilita que se exponga. Tiene capacidad para aprender (para Creaner, tanto el supervisor como el supervisado aprenden y enseñan (Creaner, 2014). Es capaz de transmitir una actitud de curiosidad y placer en el encuentro con el otro. Señala las fortalezas. Concluye con claridad, concretando lo que quiere transmitir. Ejerce un papel moderador si la supervisión es grupal. Estructura la sesión, facilita herramientas.

Ladany et al (N. Ladany et al., 2013) tratan de identificar las habilidades del supervisor, técnicas y comportamientos que son considerados eficaces para facilitar el crecimiento del supervisado frente a habilidades, técnicas, y comportamientos que son ineficaces o limitan u obstaculizan el crecimiento del terapeuta. Un segundo objetivo de esta investigación fue examinar la relación entre los comportamientos del supervisor eficaces e ineficaces y el proceso y resultado de la supervisión, en concreto la alianza de trabajo de supervisión, el estilo del supervisor, el uso de la auto-revelación por parte del supervisor, la confidencialidad, y la evaluación del supervisado. Un tercer y último objetivo de esta investigación fue determinar las diferencias entre los mejores y peores supervisores en relación a la alianza de trabajo de supervisión, el estilo de supervisor, auto-revelación del supervisor, confidencialidad del supervisado, y evaluación del supervisado. Su hipótesis fue que los supervisores considerados mejores / más eficaces, en comparación a los que se consideraban peor / menos eficaces, habían creado una alianza de trabajo más fuerte, demostraron aspectos más positivos en cuanto al estilo de supervisor, se dieron a conocer más, habían mantenido la confidencialidad del supervisado y habían desarrollado una evaluación más favorable proceso. Utilizan una técnica mixta cuali-cuantitativa con 128 encuestados (la muestra, finalmente, queda en 52 terapeutas). En sus resultados:

- en cuanto a las conductas efectivas o inefectivas del supervisor: de acuerdo con la literatura sobre la importancia de la relación de supervisión, la relación de supervisión parece ser un componente fundamental y fundacional de las competencias que el supervisor debe desarrollar. La relación tiene una influencia importante en el aprendizaje del supervisado. Traer habilidades de terapeuta, como empatía y apoyo, al contexto de la supervisión proporciona una base para la eficacia de otras intervenciones de supervisión. Los supervisados valoran que se les empodere, fomentando su autonomía y facilitando su apertura de ideas. El supervisor experto clínico también fue identificado como un efectivo supervisor. En concreto, fue de utilidad el que los supervisores auto-revelaran información clínica relevante para los problemas que traían los supervisados y que ponían al servicio del supervisado. Este hallazgo coincide con otros trabajos sobre la auto-revelación del supervisor (Adair, 2001; Nicholas Ladany & Walker, 2003) que señalan que es más fácil para un supervisado hacer auto-revelaciones cuando percibe a un supervisor más abierto, que también las hace. Por último, el *feedback* positivo y desafiante era bien recibido por los supervisados, especialmente dentro de una relación de supervisión positiva.
- En cuanto al proceso y resultado de la supervisión: En primer lugar, el supervisor trabajaría hacia el desarrollo de una alianza de supervisión fuerte y acordaría con el supervisado los objetivos y tareas de supervisión. El supervisor utilizaría habilidades básicas como la escucha o el reflejo empático para facilitar el desarrollo de un vínculo emocional. Un supervisor eficaz atendería y ofrecería unas interacciones balanceadas, atención interpersonal, y estructura orientada a las tareas de supervisión. Por otra parte, la auto-revelación sería utilizada juiciosamente y al servicio del supervisado. Mantendría la confidencialidad de los supervisados, facilitando así una experiencia de supervisión más significativa. Finalmente, los supervisores atenderían los aspectos evaluativos de la supervisión facilitando el establecimiento de objetivos y proporcionando retroalimentación formativa y sumativa.

Falender y Shafranske (Carol A Falender & Shafranske, 2014) definen la supervisión efectiva como la práctica que fomenta el desarrollo y autonomía del supervisado, facilita la relación de supervisión, protege el cliente, y tiene resultados favorables tanto en el cliente como en el supervisado. Los supervisores efectivos presentan una combinación de los siguientes componentes:

- Demuestran respeto por el supervisado y el cliente
- Evalúan las competencias del supervisado de forma colaborativa, mediante autoevaluaciones del supervisado y *feedback* del supervisor, y desarrollan objetivos y tareas para alcanzar esas competencias

- Establecen una alianza de supervisión
- Identifican las fracturas de la relación de supervisión y trabajan para repararlas
- Aclaran y aseguran la comprensión de los roles del supervisado y expectativas del supervisor
- Evalúan, reflejan y destacan competencias específicas de los supervisados
- Construyen de forma colaboradora con el supervisado un contrato de supervisión que refleja el acuerdo en cuanto a expectativas del supervisor y roles y responsabilidades del supervisado
- Monitorizan, sirven al cliente y funcionan como control de acceso a la profesión con transparencia, compartiendo la evaluación de competencias con el supervisado. El supervisor tiene la responsabilidad de garantizar la idoneidad de las personas que entran en la profesión
- Trabajan sobre la conciencia de la diversidad de roles que se ponen en juego en la supervisión y en la clínica, incluyendo la consideración de las identidades multiculturales de supervisor, supervisado y cliente
- Reflexionan sobre las visiones del mundo, las actitudes y los prejuicios y anima a conceptualizar, evaluar e intervenir
- Fomentan y apoyan la reflexión supervisado sobre la práctica clínica y el proceso de supervisión
- Involucran al supervisado en el desarrollo de habilidades utilizando métodos interactivos y experimentales (por ejemplo rol play, modelado)
- Prestan atención a los factores personales, reactividad emocional inusual y contratransferencia y se involucra en la gestión de estos en relación con el proceso clínico
- Proporcionan *feedback* positivo y correctivo relacionado con las competencias
- Observan directamente –en vídeo o en vivo- y utiliza la observación para proporcionar *feedback* relacionado con las competencias y los objetivos identificados con el supervisado.

Pate y Wolff (Pate & Wolff, 1990) buscaron los factores que, desde la perspectiva del residente, contribuían a su satisfacción con la supervisión: los elementos más importantes fueron la capacidad de enseñanza del supervisor, una buena relación entre el supervisor y el terapeuta y amplios conocimientos del supervisor. Shanfield et al (Shanfield et al., 2001) propusieron que antiguos residentes valoraran grabaciones de supervisiones que tuvieron durante su periodo de formación. Los antiguos residentes estaban más satisfechos con las supervisiones en las que se habían sentido aceptados, en las que habían recibido orientación ante dilemas clínicos emocionalmente cargados y en las que se pudo abordar el impacto de experiencias personales en el encuentro clínico, desde una perspectiva de desarrollo del adulto. Es llamativo que cuando se pide a supervisor y terapeuta que valoren la misma supervisión, puede no haber acuerdo en los roles del supervisor, en qué ha sido útil, en la evaluación o en la relación entre la supervisión y el progreso del terapeuta (Cabaniss, Glick, & Roose, 2001). Para Masini (Masini Rivera, 2001 citado en (Sue Wheeler, 2003), los terapeutas consideran importante en el supervisor: que valore sus

ideas, que demuestre calidez, flexibilidad, que incluya el humor en el proceso de supervisión, que proporcione apoyo emocional, orientación, información sobre el proceso para la terminación de los casos, y dedique tiempo a establecer con ellos una relación.

Algunos estudios se han centrado en identificar qué hace mala a la supervisión (Creaner, 2014). Magnuson et al (Magnuson, Wilcoxon, & Norem, 2000) entrevistaron a 11 terapeutas experimentados (10 de los cuales eran también supervisores) para investigar las prácticas del supervisor inefectivo. Encuentran seis principios en las que se produce la conducta inefectiva del supervisor:

Principio	Conducta del supervisor
Desequilibrado	Incapacidad del supervisor para focalizar en todos los aspectos de la supervisión
Inapropiado en cuanto al desarrollo del terapeuta	Incapacidad del supervisor para responder a las necesidades cambiantes de los supervisados
Intolerante a la diferencia	Insuficiente capacidad para producir réplicas, poco espacio para la iniciativa del supervisado
Pobre modelo de profesionalidad/ pobres atributos personales	Pobre modelado por parte del supervisor, violación de los límites, falta de confidencialidad
Sin capacitación	Falta de entrenamiento en el supervisor, falta de habilidades y madurez profesional
Profesionalmente apático	Falta de compromiso del supervisor con el cliente, el supervisado o la profesión

Tabla 16. Principios de la mala supervisión (Magnuson et al., 2000)

Esta conducta inefectiva se da en tres áreas:

#### **Organizativa/administrativa:**

Fracaso en clarificar las expectativas  
 Fracaso en proporcionar estándares de responsabilidad  
 Fracaso en valorar las necesidades del supervisado  
 Fracaso en estar adecuadamente preparado  
 Fracaso en proporcionar continuidad  
 Fracaso en proporcionar un ambiente adecuado en supervisión grupal

#### **Técnica/cognitiva:**

Percibido como terapeuta no cualificado  
 Percibido como supervisor no cualificado  
 Percibido como fuente profesional de poca confianza  
 Proporciona *feedback* vago y abstracto

Se focaliza principalmente en microhabilidades y técnicas  
Se basa en un único modelo; unidimensional  
Fracasa en apreciar el modelo teórico u orientación del supervisado

#### **Relacional/afectiva**

Fracasa en proporcionar un ambiente seguro; intrusivo  
Da demasiado o muy poco *feedback* correctivo  
Da demasiado o muy poco *feedback* fortalecedor  
Muestra insensibilidad ante las necesidades profesionales y de desarrollo del supervisado  
Evita cuestiones entre el supervisado y el supervisor  
Se guía por criterios externos  
Impone su agenda personal

Otros trabajos (Wilcoxon, Norem, & Magnuson, 2005) del mismo grupo se detienen en las características del supervisado que contribuyen a unos malos resultados de la supervisión, desde el punto de vista de los supervisores y las encuadran en cuatro áreas:

- Desarrollo intrapersonal
  - factores limitantes de entrada
    - limitaciones psicológicas
    - aspectos sin resolver
  - manifestaciones emergentes/duraderas
    - miedo al cambio
    - reticente a interrogarse
- Desarrollo interpersonal
  - factores limitantes de entrada
    - limitaciones sociales
    - falta de sensibilidad/respeto
  - manifestaciones emergentes/duraderas
    - incapaz de comprender la perspectiva del cliente
    - reticente a aceptar *feedback*
    - desafiante/evitativo en la supervisión
- Desarrollo cognitivo
  - factores limitantes de entrada
    - limitaciones cognitivas o intelectuales
    - falta de complejidad cognitiva
    - capacidad analítica limitada
  - manifestaciones emergentes/duraderas
    - incapaz de conceptualizar
    - rígido
- Desarrollo como terapeuta
  - factores limitantes de entrada
    - limitadas habilidades y limitados conocimientos

- limitada motivación para aprender
- limitada comprensión del proceso psicoterapéutico
- manifestaciones emergentes/duraderas
  - enfoque mecanicista
  - reticente a crecer y cambiar

Ramos Sánchez et al (Ramos-Sánchez et al., 2002) estudiaron eventos negativos en la supervisión y su relación con la satisfacción y la relación de supervisión. Las experiencias negativas de las que hablaban los terapeutas estaban relacionadas con falta de soporte, choque de personalidades, conflictos en relación con los objetivos de la terapia, *feedback* inadecuado, aproximación crítica, falta de competencia clínica, legal, ética o multicultural por parte del supervisor. Los que describían experiencias negativas también describían una pobre relación de supervisión.

Para Creaner (Creaner, 2014), dado que el proceso de la supervisión ocurre en relación, es razonable asumir que ambas partes, supervisor y supervisando, contribuyen a una buena o mala supervisión. El contexto organizacional que subyace a la relación de supervisión puede influir también en cómo es experimentada. Preguntarse, señala ella, qué facilita una buena supervisión lleva directamente a la cuestión: ¿qué facilita el aprendizaje? Hutt et al (Hutt, Scott, & King, 1983) señalan que una relación facilitadora es necesaria pero no suficiente. En un clima interpersonal que facilite el aprendizaje, uno puede equivocarse sin fracasar; las conductas, actitudes y sentimientos pueden ser explorados sin cuestionar el valor del individuo. Es lo que Rogers y Freiberg llaman “libertad para aprender” (Rogers & Freiberg, 1993) citado en (Creaner, 2014). Para esta misma autora, la supervisión efectiva requiere igualmente un conocimiento de la dinámica de poder que se establece en la relación de supervisión, un uso juicioso del mismo, y el manejo de la ansiedad que se produce en el contexto de la supervisión, especialmente en el caso de los terapeutas en formación.

En nuestros resultados, el supervisor eficaz es capaz de transmitir una actitud de curiosidad y placer en el encuentro con el otro. Sanville (Sanville, 1989) señala que la seriedad de la supervisión debe combinarse con su aspecto lúdico lo que supone saber que es una actividad voluntaria (ejercer como supervisor), separada de la vida real donde la confusión es la norma y la supervisión pretende incrementar la tolerancia al “no saber”. La supervisión proporciona un “lugar seguro” donde uno tiene permiso para poner en duda los principios más sacrosantos de la profesión. La supervisión debe fomentar el aspecto curioso, creativo y la actitud de dejarse sorprender en el supervisado, como la terapia lo hace con el paciente.

Los supervisores, en nuestros resultados, saben si la supervisión ha sido efectiva preguntando, pidiendo *feedback* al final de la sesión. En ese *feedback* están atentos a aspectos verbales y no verbales tanto del terapeuta que ha presentado el caso como del resto de asistentes si es una supervisión grupal. Terapeutas y supervisores lo



perciben también en el clima emocional generado en el grupo. Terapeutas y supervisores consideran que la supervisión ha sido efectiva cuando el terapeuta se va tranquilo, no necesariamente con todas las dudas resueltas; se desbloquea, se queda pensando en cosas que se han hablado en la sesión y persistirá en la reflexión más allá de la sesión. Puede ver al paciente o la relación con él de otra manera, desde otras perspectivas, tiene la impresión de haberse abierto a formas de comprensión que no contemplaba. Apertura y herramientas nuevas hacen que el terapeuta se empodere y se atreva a introducir cambios en la próxima sesión con el paciente: lo voy a intentar y te voy contando. Aun con esa disposición distinta, algunos terapeutas consideran que sólo se sabrá si es efectiva después, en la sesión con el paciente.

**Evaluación de la supervisión:** En nuestros resultados, los supervisores dedican más reflexiones a la evaluación de la supervisión. Consideran que pueden valorar los resultados pidiendo *feedback*, mediante un informe subjetivo o, quizá, sería necesario un evaluador externo y que es distinta la evaluación de una única sesión que la evaluación de una supervisión mantenida en el tiempo. La evaluación sería la monitorización del progreso del terapeuta. Terapeutas y supervisores coinciden en la multiplicidad de factores que influyen tanto en el crecimiento del terapeuta como en el resultado de la terapia. De ahí la dificultad para evaluar el resultado de la supervisión.

Para muchos autores (J. Bernard & Goodyear, 2004; Pr Weerasekera, 2013) parece haber acuerdo en distinguir entre evaluación sumativa (evaluación final) y evaluación formativa (*feedback* continuo). También se distingue entre evaluación de habilidades generales y específicas para una terapia. En investigación se ha desarrollado instrumentos para evaluar tanto habilidades generales como específicas. Weerasekera recomienda utilizar algunos como complemento a la evaluación personal por el supervisor. Hay instrumentos empíricamente validados para medir:

- La capacidad empática (Simmons, Roberge, Kendrick, & Richards, 1995; Truax, 1972)
- La alianza terapéutica (*SWAI*) (Hatcher & Gillaspy, 2006)
- La competencia en: terapia cognitivo conductual, psicoterapia psicodinámica, entrevista motivacional, terapia de familia

Estos instrumentos, propone Weerasekera, se pueden utilizar como complemento tanto de la evaluación final como, por ejemplo semanalmente. En la evaluación final se puede pedir a un observador independiente que evalúe la grabación de una sesión del principio y una del final y complementar con ello la evaluación del supervisor. La evaluación del supervisor debe incluir: Habilidades generales; Habilidades específicas; Capacidad de manejar la alianza y sus rupturas; Capacidad de manejar la transferencia y contratransferencia; Actitudes; Profesionalidad.

La inclusión de la evaluación independiente proporciona al supervisando un refuerzo “objetivo” del progreso de sus capacidades.

Además de evaluar las competencias, otros autores propone que se evalúe la relación de supervisión, informalmente o con instrumentos como el *Supervisory Working Alliance* y el progreso de los pacientes, con instrumentos habituales (BDI, Hamilton, ...) o el OQ-45 (utilizado para medir los síntomas y el funcionamiento global del paciente al principio, durante y al final del tratamiento) (M. Lambert, 2007).

## **2.- CÓDIGOS TRANSVERSALES Y TEORÍA FUNDAMENTADA**

### **RELACIÓN DE SUPERVISIÓN Y APEGO**

Uno de los aspectos que aparece en la definición de supervisión en nuestros datos y en el que nos interesa detenernos es la creación de una base segura. Este mismo aspecto ha sido recogido por estudios que consideran que la teoría del apego ofrece un marco de trabajo útil para entender la relación de supervisión (Creaner, 2014; Dickson et al., 2011; K. Miles, 2011; M Carole Pistole & Fitch, 2008; M. C. Pistole & Watkins, 1995; Riggs & Bretz, 2006). La relación de supervisión ofrecería una base segura desde la que el terapeuta en formación podría explorar y desarrollar su identidad profesional y habilidades. Y algunas de las cosas que ocurren en la relación de supervisión se entienden mejor desde este marco. Pistole y Watkins (M. C. Pistole & Watkins, 1995) señalan que, desde el punto de vista de la teoría del apego, se puede concebir el proceso de supervisión con un primer objetivo, la facilitación del desarrollo / surgimiento del terapeuta. Para ello, es necesario crear una base segura para el supervisado. Inicialmente puede ser necesaria una implicación y seguimiento estrechos: el supervisado, en los inicios de su formación, depende más del supervisor en cuanto a sus necesidades de ayuda, guía y asistencia. Según va “creciendo”, aprendiendo y aumentando en confianza, habilidades e identidad de terapeuta, requiere menos, necesita menos participación y apoyo del supervisor y va adquiriendo la capacidad de trabajar de forma independiente como terapeuta. En este sentido, la visión de la supervisión desde la teoría del apego tiene mucho en común con los modelos de desarrollo de la supervisión. Como en la terapia, la base segura es fundamental para que la supervisión funcione. La relación de supervisión debe servir de base y sostén para el supervisado: le dice al supervisado que no está solo en su esfuerzo como terapeuta, que su trabajo será monitorizado y revisado y que tienen una figura disponible, la del supervisor, siempre que la necesite. Los autores señalan como especialmente importante esta base segura en los primeros estadios de desarrollo de identidad profesional y adquisición de habilidades. La base segura permite también la exploración: desde el sentimiento de estar a salvo que le ofrece la

relación de supervisión, el terapeuta está más dispuesto a probar y a probarse como terapeuta. Esto le permite ensayar con diferentes orientaciones, técnicas... y llegar a conocer qué funciona para él (en términos de teoría, técnica y estilo) y qué no. La base segura facilita el proceso de formación/surgimiento y consolidación de una identidad profesional. Tiene otra función más que tiene que ver con estimular la curiosidad, la apreciación de la diversidad y la profundidad de la psicoterapia. La base segura es un “lugar” al que uno puede volver. La relación de supervisión debe tener en cuenta estos aspectos de confiabilidad, constancia y retorno.

Para Pistole y Watkins, los estilos de apego pueden ser muy significativos en la relación de supervisión (M. C. Pistole & Watkins, 1995). Un estilo de apego inseguro podría interferir con la creación de una relación de supervisión de las características descritas más arriba y tener un efecto negativo en la evolución del terapeuta en formación (Newswald-McCalip, 2001). Los procesos de cuidado compulsivo pueden dificultar al residente la búsqueda de guía y soporte adecuado en la supervisión e inclinarle a priorizar continuamente las necesidades de otros sobre sus propias necesidades.

Dickson et al (Dickson et al., 2011), basados en la asunción de que los procesos de vinculación de la infancia temprana tienden a generalizarse o suscitarse en las relaciones significativas adultas posteriores, consideran que la teoría del vínculo puede proporcionar un marco útil para entender la relación de supervisión. Los procesos individuales de vinculación activados en el contexto de la relación de supervisión pueden jugar un papel importante a la hora de facilitar la calidad y efectividad de la alianza de trabajo de supervisión. Estos autores ponen a prueba esta hipótesis mediante un estudio realizado con una muestra de residentes británicos de psicología clínica para conocer si diversos constructos de vinculación se relacionan específicamente con la calidad percibida de la alianza de trabajo de supervisión (tarea de supervisión, vínculo de supervisión y metas de supervisión).

Consideramos necesarias algunas observaciones previas para contextualizar los resultados:

- Existen dos líneas de investigación del apego basadas en conceptualizaciones diferentes y maneras de evaluar el constructo también diferentes (Martínez & Santelices, 2005):

	SISTEMA REPRESENTACIONAL	SISTEMA COMPORTAMENTAL
ORIGEN	Psicología evolutiva: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mary Ainsworth et al. (1978)</li> <li>• Mary Main y cols. (1985, 1990)</li> </ul>	Psicología social: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hazan &amp; Shaver (1987)</li> <li>• Bartholomew &amp; Horowitz (1991)</li> </ul>
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionarios de autorreporte</li> <li>• Entrevistas</li> </ul>
DOMINIO O FOCO DE ESTUDIO	Estado mental con respecto a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación padres-hijo</li> <li>• Temprana infancia</li> <li>• Pérdidas o separaciones</li> </ul>	Sentimientos, conductas y cogniciones con respecto a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones de pareja</li> <li>• Relaciones interpersonales actuales</li> </ul>
SISTEMA DE CLASIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categorical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categorical</li> <li>• Dimensional</li> </ul>
PRINCIPALES INSTRUMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Adult Attachment Interview</i> (AAI)</li> <li>• <i>Attachment Style Interview</i> (ASI) (Bifulco, Lillic, Ball &amp; Moran, 1998)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Adult Attachment Scale</i> (AAS) (Collins &amp; Read, 1990)</li> <li>• <i>Relationship Scales Questionnaire</i> (RSQ) (Bartholomew &amp; Horowitz, 1991)</li> <li>• <i>Peer Attachment Interview</i> (Bartholomew &amp; Horowitz, 1991)</li> <li>• <i>Experiences in Close Relationships</i> (ECR &amp; ECR-R) (Brennan, Clark &amp; Shaver, 1998; Fraley, Waller &amp; Brennan, 2000)</li> </ul>

Tabla 17. Líneas de investigación del apego. Tomado de (Martínez & Santelices, 2005)

- La primera línea de investigación fue comenzada por psicólogos del desarrollo como Ainsworth con sus observaciones sobre la relación entre padres e hijos y luego por psicólogos clínicos, quienes diseñaron entrevistas para estudiar el "estado mental" o "sistema representacional" de los padres con respecto al apego (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). El principal instrumento de medición del "estado mental" es la *Adult Attachment Interview* (AAI), una entrevista que evalúa los recuerdos que un adulto tiene de sus relaciones con sus figuras de apego en la infancia. La AAI es codificada en términos de la coherencia del discurso que muestra la persona mientras relata experiencias relevantes de su infancia, como también la estructura de su relato y su habilidad para colaborar efectivamente con el entrevistador. El modo en el que un individuo presenta la narrativa de su vida (independientemente de su contenido) predice su comportamiento como cuidador de un modo muy específico y sistemático. La segunda línea de investigación en apego adulto fue iniciada a mediados de la década del 80' por psicólogos sociales (Hazan & Shaver, 1987), quienes aplicaron las ideas de Bowlby y Ainsworth al estudio de relaciones amorosas. Esta línea de investigación ha desarrollado múltiples cuestionarios y escalas de autoinforme para evaluar el apego en adultos y sus clasificaciones incluyen tanto categorías cualitativas similares a las tradicionales como también dimensiones cuantitativas que subyacen a los diferentes estilos de apego en relaciones interpersonales cercanas (Martínez & Santelices, 2005). Esta segunda línea es la escogida por Dickson et al en su estudio.

- Dickson et al hablan de estilo de apego patológico, lo que no es necesariamente aceptado de forma generalizada, citando a Bowlby cuando propuso que las experiencias de vinculación tempranas caracterizadas por una parentalidad sobrecontroladora o rechazante pueden generar formas diferenciadas de conductas de vinculación patológicas. En concreto, señalan, Bowlby identificó 4 estilos patológicos de vinculación definidos como: a) autosuficiencia compulsiva, *compulsive self-reliance* representa una forma extrema de vinculación evitativa, caracterizada por excesiva autosuficiencia, distanciamiento, desconfianza y miedo a la dependencia en otros, que sirve para proteger al individuo del dolor al rechazo; b) cuidador compulsivo, *compulsive caregiving*, representa una renuencia a aceptar ayuda de los otros y al mismo tiempo tener un rol de cuidador y priorizar las necesidades del otro; c) buscador compulsivo de cuidados, *compulsive care seeking*, representa un patrón de excesiva búsqueda de cuidados y una confianza indebida en las figuras de vinculación para protección y asistencia; d) retirada enfadada, *angry withdrawal*, representa un modelo de reacciones negativas (enfado, retirada) que emerge cuando la figura de vinculación/apego es percibida como indisponible o insensible. La limitada investigación en este área sugiere que estos procesos de vinculación están ligados a psicopatología del adulto. Es posible que incluso niveles moderados de estos estilos patológicos de vinculación incidan negativamente en la alianza de trabajo de la supervisión (Dickson et al., 2011).
- La crítica que se puede hacer al estudio es que no utiliza la entrevista de apego del adulto *Adult Attachment Interview* (AAI). No hemos encontrado estudios sobre el apego en supervisores o supervisandos que utilicen este instrumento.

La muestra de Dickson et al es más amplia y homogénea que la del estudio norteamericano de Riggs et al (Riggs & Bretz, 2006) que replican. Utilizan como instrumentos el *Working Alliance Inventory*, el *Measure of Parental Style*, el *Reciprocal Attachment Questionnaire* y el *Relationship Questionnaire*. Dickson et al sugieren que la perspectiva del apego puede ser útil para entender la relación de supervisión clínica: encuentran que las puntuaciones de los residentes sobre la alianza de trabajo de supervisión se asocian con la percepción del estilo de apego de sus supervisores, pero no con sus propios estilos de apego. Las puntuaciones del *Working Alliance Inventory* eran menores cuando los residentes percibían a sus supervisores inseguramente vinculados, independientemente del estilo de apego autorreferido por los residentes. La indiferencia parental y la autosuficiencia compulsiva (*compulsive self-reliance*) se correlacionaron positivamente consigo mismas y con el estilo de apego percibido en el supervisor. Contrariamente a las sugerencias de Watkins, no encontraron evidencias

de que los estilos parentales desadaptativos y los estilos de apego *patológicos* estén directamente asociados con la alianza de trabajo en su muestra. En el contexto de supervisión, la preocupación sobre la imagen que uno quiere dar de sí mismo puede dar como resultado que los residentes tengan menos expectativas de revelaciones emocionales y potencialmente se sientan inhibidos para realizar auto revelaciones. Como resultado, la relación de supervisión puede estar menos fuertemente influida por modelos de apego generalizados y duraderos. De hecho un estudio reciente sugiere que los individuos pueden tener múltiples modelos de apego que se aplican a diferentes tipos de relaciones (Klohn, Weller, Luo, & Choe, 2005). Epps (Epps, 2000) señala que los supervisados con un estilo de apego seguro perciben un vínculo más fuerte con su supervisor, independientemente del estilo de apego del supervisor.

El único estilo de apego patológico que se relacionó directamente con pobres puntuaciones del *Working Alliance Inventory* fue la autosuficiencia compulsiva *compulsive self-reliance*. Este patrón de regulación emocional, que emana de modelos de apego tempranos, es probable que esté bien establecido y sea dominante en relaciones críticas. El contexto evaluador de la supervisión clínica puede activar malestar emocional en ciertos terapeutas inseguramente vinculados. El terapeuta puede no comenzar la relación de supervisión con actitud desdenosa, pero puede ser utilizada como forma de regulación emocional si se evocan fuertes emociones negativas en la supervisión. Como señalaron Riggs y Bretz, es más un proceso inconsciente que un intento deliberado de minar o degradar la calidad de la relación de supervisión. Además, para el residente, considerar la relación de supervisión como una relación en la que confiar (de la que depender) sería un reto a su patrón típico de procesamiento emocional y relacional (Dickson et al., 2011).

Renfro-Michel y Sheperis (Renfro-Michel & Sheperis, 2009), utilizando como instrumentos de medida el *WAI* y el *Relationship Questionnaire* modificado, valoran la influencia del estilo de apego y conductas de apego del supervisado en la construcción de la alianza de trabajo. Encuentran que el estilo de apego seguro de los supervisados contribuye a una relación con su supervisor marcada por la apertura, confianza y tienen capacidad para buscar ayuda cuando la necesitan en su trabajo clínico. Los supervisados con un estilo de apego seguro informaban de un fuerte vínculo con sus supervisores y esto no variaba con el nivel de desarrollo del terapeuta en formación. Foster et al (Foster, Lichtenberg, & Peyton, 2007) estudian el estilo de apego del supervisado como predictor del desarrollo profesional. El estilo de apego que el supervisado muestra en la relación con el supervisor es similar a los patrones de apego que presentan en sus otras relaciones. Los supervisados que tenían un estilo de apego inseguro contaban de sí mismos un pobre desarrollo profesional. Sin embargo, sus supervisores hablaban del nivel de desarrollo de estos terapeutas de forma más favorable.

Creaner (Creaner, 2014) destaca la escasa literatura que hay sobre el estilo de apego de los supervisores. Pistole y Fitch (M Carole Pistole & Fitch, 2008), siguiendo el modelo de supervisión de eventos críticos, observan que, para un terapeuta, el supervisor puede ser el cuidador preferido cuando la ansiedad que siente está relacionada con las sesiones de psicoterapia con un paciente o con experiencias en su formación. Y el supervisor debe responder a la ansiedad del terapeuta ofreciendo contención y una base segura para que pueda explorar (se) y aprender. Esto es asumir que la conducta de apego del supervisor es segura. Existe la posibilidad de que los patrones de apego problemáticos puedan ser negativamente reforzados si evocan sentimientos contratransferenciales en el supervisor o si el supervisado tiene un patrón de apego ambivalente o inseguro.

Por otra parte, la teoría del apego también proporciona un marco útil en la psicoterapia. Esto hace necesario (Berry & Danquah, 2016) por una parte, más investigación para demostrar empíricamente el "valor añadido" de una perspectiva de apego y desde el inicio de la formación de los terapeutas, capacitación y supervisión para mejorar la conciencia de su propia experiencia de apego y la de sus clientes y cómo éstas inciden durante la terapia.

La supervisión puede proporcionar una relación reparadora para los terapeutas y ayudar a mitigar el estrés del trabajo. Pero es importante recordar también, y recordarlo en la supervisión, que la ansiedad forma parte de la respuesta humana ante lo desconocido, ante experiencias nuevas, ante el sufrimiento del otro. Y que sería mucho más problemático si el trabajo con personas que padecen sufrimiento psíquico no evocara en nosotros estas respuestas (Creaner, 2014).





## CONCLUSIONES

## **1.- Definición**

La supervisión es la creación de un espacio compartido, un proceso que se produce en un contexto de aprendizaje entre una (o varias) persona (s) que ejerce (n) el rol de supervisor y una o un grupo de personas que ejercen el rol de terapeuta y que proporciona una experiencia que permite al terapeuta:

- Ver la práctica clínica desde fuera, lo que facilita darse cuenta de elementos relacionados con el paciente, el terapeuta, la relación entre ambos y el contexto en el que se produce esa práctica.
- El crecimiento del terapeuta a través del refuerzo de fortalezas y apoyo en las dificultades, facilitándole una base segura en la que poder exponerse, contener la angustia y regularse emocionalmente.
- Construir una visión nueva en la que el terapeuta empoderado se siente capaz de aplicar técnicas aprendidas, cambiar el modo de actuar o tolerar mejor la incertidumbre.
- La supervisión tiene también una función de evaluación sobre la evolución del terapeuta (en el caso de terapeutas en formación) y sobre su práctica clínica.

La supervisión tiene varias funciones:

- Facilita una mirada externa
- Tiene una función docente
- Tiene una función de atención y cuidado para el terapeuta
- Tiene una función de evaluación que los supervisores señalan como la más complicada para personas que, como terapeutas, se han entrenado para no juzgar.

La supervisión se justifica en base a:

- Ayuda a percibir
- Ayuda para hacer
- Ayuda para desidentificarse

Los supervisores distinguen la supervisión de otras actividades que pueden hacer junto con los terapeutas pero que no son supervisión: tutoría y consejo. Supervisores y terapeutas señalan que la supervisión no facilita ni una fórmula magistral ni un manual de instrucciones.

## **2.- Roles de la supervisora**

La supervisora desempeña roles relacionados con:

- Propiciar la generación de un clima que posibilite la colaboración supervisor-terapeuta.
- Favorecer el desarrollo de la sesión de supervisión
- Desafiar las narrativas aportadas por el terapeuta y facilitar la construcción de nuevas narrativas

- Favorecer la incorporación del rol del terapeuta
- Monitorizar el desarrollo del terapeuta

Existen variables que modulan los roles del supervisor: la experiencia del terapeuta, el tipo de supervisión (grupal vs individual; puntual vs continuada), la relación supervisor terapeuta y la experiencia del supervisor.

### 3.- Expectativas sobre la supervisión

Terapeutas y supervisores consideran:

- **Sobre la relación supervisor-terapeuta:** que se cree un clima de confianza, apoyo y no crítica en el que se facilite exponer el caso que traen y a ellos mismos en su rol de terapeuta. Esperan sentirse apoyados, acompañados. Los terapeutas esperan que se les señalen fortalezas personales y, respecto al caso que traen, qué han hecho bien y qué errores han cometido. Esperan del supervisor que les ayude a tener una mirada más amplia y comprensiva que abarque al paciente, al terapeuta, a la relación que establecen entre ellos y, en ocasiones, la institución en la que tal práctica se lleva a cabo.
- **Sobre qué proporciona la supervisión:** orientación, seguridad, aumento de su capacidad reflexiva y apertura a nuevas perspectivas o aspectos no contemplados previamente. Podríamos hablar de un continuum a lo largo de la experiencia del terapeuta y sus características personales: “receta mágica”, pautas concretas, técnicas, orientación, reflexión.
- **Sobre el estilo del supervisor:** el supervisor se adapta al terapeuta, a su estilo, su experiencia.

La experiencia del terapeuta y la experiencia previa en supervisión modulan las expectativas que tienen los terapeutas.

### 4.- Proceso de la supervisión

- Se aprecian varios tipos de supervisión en función de cómo se presenta el material (escrito o audiovisual), número de participantes (individual o grupal), continuidad o no en el tiempo (puntual o de proceso) y experiencia del terapeuta que supervisa (básica o avanzada).

- La supervisión puede ser contemplada como un proceso, con una estructura y dinámicas características: comienza antes de la sesión de supervisión propiamente dicha, con la elección que el terapeuta hace del caso y la preparación del material. Supervisor y terapeuta explorarán juntos y acordarán el posible foco de supervisión. Trabajarán sobre ello en una sesión de estructura y dinámica generalmente predecible, utilizando unas técnicas adaptadas al caso presentado, a las características del terapeuta y a la relación supervisor-terapeuta.

- Los terapeutas consideran su formación como un proceso que se inicia desde el no saber, la inseguridad... en este periodo, el foco propio parece estar puesto en los errores. A lo largo del proceso, además de conocimientos técnicos y destreza, se harán

conscientes de sus fortalezas, se sentirán apoyados... El terapeuta se va empoderando y aprendiendo a lidiar con la incertidumbre.

- Los supervisores se dan cuenta de los distintos momentos por los que está pasando la persona en su proceso de adquirir el rol de terapeuta. E intentan crear una base segura para que el terapeuta pueda exponerse sin daño, se adaptan al terapeuta, le acompañan y le cuidan.

- Puede considerarse la evolución del supervisor como un proceso. Partiría desde una posición rígida en un ambiente que se percibe como desordenado y en el que sólo se puede responder a demandas concretas hasta otra posición más relajada, en la que es posible estar receptivo a la demanda explícita e implícita, incluidas las dificultades personales del terapeuta.

## **5.- Supervisión efectiva**

Qué es un *resultado* en supervisión: Los terapeutas consideran la efectividad en los resultados sobre el paciente y su sensación de calma y los supervisores en la monitorización del progreso del terapeuta.

Desde la perspectiva de ambos, la supervisión es *efectiva* cuando consigue el empoderamiento del terapeuta y su crecimiento, abre nuevas perspectivas, facilita caminos... pero no los da hechos.

Para que la supervisión sea efectiva tiene que, adaptándose a la experiencia y estilo del terapeuta, reforzar sus fortalezas y proporcionar una experiencia emocional positiva, en la que el terapeuta se sienta cuidado, comprendido, contenido.

Un *supervisor "efectivo"* mantiene una actitud de aceptación y no juicio. Cálido, comprensivo, empático, respetuoso, flexible. Plantea la supervisión adaptándose al terapeuta. Pone conocimientos y experiencia al servicio del terapeuta, sin imponer, sin utilizar la supervisión para reforzar su propia autoestima. Fomenta la reflexión del terapeuta. Sugiere más que prescribe. Reta la narrativa que trae el terapeuta. Utiliza razonablemente la autorrevelación y muestra también su "no saber", sus propios límites. Tolerancia a la incertidumbre. Facilita un clima en el que es posible mostrarse vulnerable. Está atento tanto a la terapeuta y al caso que presenta como al clima emocional que esto genera en el grupo. Señala las fortalezas. Estructura la sesión, facilita herramientas. Concluye con claridad, concretando lo que quiere transmitir. Ejerce un papel moderador si la supervisión es grupal. Se muestra atento, interesado e involucrado. Señala aspectos personales del terapeuta cuando están implicados en una dificultad con el caso presentado, pero no convierte la supervisión en terapia. Tiene capacidad para aprender. Es capaz de transmitir una actitud de curiosidad y placer en el encuentro con el otro.

Los supervisores sugieren la posibilidad de evaluar la supervisión mediante un informe subjetivo o un evaluador externo que garantizara la confidencialidad. Por otra parte,

ambos, terapeutas y supervisores, consideran que la efectividad de la supervisión es el resultado de muchas cosas (otros aspectos de la formación, experiencia...) y es difícil determinar el tamaño del efecto atribuible a la supervisión. Valoran también que es distinta la evaluación de la supervisión continuada que la de una única sesión.

#### **6.- Teoría fundamentada: la supervisión integradora desde la óptica de las narrativas**

Desde la óptica de las narrativas, la supervisión ofrece un marco en el que entender la historia del paciente y ayudar al terapeuta a articular su propia historia como profesional. Para ayudar al terapeuta a articular su propia historia como profesional utiliza la construcción de una relación, la relación con el supervisor, que tiene algunas de las características que tienen las relaciones de apego: constituye una base segura que le permite exponerse, regularse emocionalmente, tolerar la incertidumbre y permitir el surgimiento de un self profesional.



## BIBLIOGRAFÍA

- ACGME. (2007). *ACGME program requirements for graduate medical education in psychiatry*. (Accreditation & C. of G. M. Education, Eds.). Chicago, IL.
- Adair, S. (2001). Adair, S.L. 'Supervisor self-disclosure as a predictor of supervisee self-disclosure, satisfaction with supervision, and perceptions of supervisor credibility. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61, 4968.
- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *The American Psychologist*, 57(12), 1060–1073.
- American Psychological Association. (2014). Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology.
- Arkowitz, H. (1991). Introductory statement: Psychotherapy integration comes of age. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(1), 1–3.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (AEN) Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF). (2011). *Acreditación de Psicoterapeutas. Documento marco de consenso*. Madrid.
- Bambling, M., King, R., Raue, P., Schweitzer, R., & Lambert, W. (2006). Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research*, 16(3), 317–331.
- Beitman, B. D., Goldfried, M. R., & Norcross, J. C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry*.
- Beitman, B. D., & Manring, J. (2009). Theory and practice of psychotherapy integration. In G. O. Gabbard (Ed.), *Psychotherapeutic Treatments* (pp. 176–193). American Psychiatric Publishing.
- Berenguera, A., Fernández de Sanmed, M., POns, M., Pujol, E., Rodríguez, D., & Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones d ela investigación cualitativa*. (Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDAIP J Gol), Ed.). Barcelona.
- Bernard, J., & Goodyear, R. (2004). *Fundamentals of clinical supervision* (3 ed.). Boston: Pearson.
- Bernard, J. M. (1979). Supervisor training : A discrimination model. *Counselor Education & Supervision*, 19(1), 60–68.
- Bernard, J. M., & Goodyear, R. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5 th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Berry, K., & Danquah, A. (2016). Attachment-informed therapy for adults: Towards a unifying perspective on practice. *Psychology and Psychotherapy*, 89(1), 15–32.
- Betrián Villas, E., Galitó Gispert, N., García Merino, N., Jové Monclús, G., & Maraculla García, M. (2013). La triangulación múltiple como estrategia metodológica. *REICE: Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*. Red Iberoamericana de Investigación sobre Cambio y Eficacia Escolar.
- Beutler, E., Moleiro, C., & Penela, V. (2004). Hallazgos de la investigación: ¿qué funciona en psicoterapia? In H. Fernández-Álvarez & R. Opazo (Eds.), *La integración en psicoterapia. Manual práctico* (pp. 69–104). Barcelona: Paidós.
- Beutler, L., Consoli, A., & Lane, G. (2005). Systematic Treatment Selection and Prescriptive

- Psychotherapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed., pp. 121–142). Oxford: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., & Kendall, P. C. (1995). Introduction to the special section: The case for training in the provision of psychological therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 179–181.
- Borders, L. D. (1991). Developmental Changes During Their Supervisees' First Practicum. *The Clinical Supervisor*, 8(2), 157–167.
- Borders, L. D. (1992). Learning to think like a supervisor. *The Clinical Supervisor*, 10(2), 135–148.
- Borders, L. D. (2014, January). Best Practices in Clinical Supervision: another step in delineating effective supervision practice. *American journal of psychotherapy*.
- Bordin, E. (1983). A working alliance based model of supervision. *Counseling Psychologist*, 11, 35–42.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., ... Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201, 430–434.
- Bradley, L., & Whiting, P. (2001). Supervision training: a model. In L. Bradley & N. Ladany (Eds.), *Counselor supervision: principles, process and practice* (3rd edn., pp. 361–388). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Breunlin, D., Karrer, B., McGuire, D., & Cimmarusti, R. (1988). Cybernetics of videotape supervision. In H. Liddle, D. Breunlin, & R. Schwartz (Eds.), *Handbook Of Family Therapy Training And Supervision* (pp. 194–206). New York: Guildford.
- Briones, D. E., Benjumea, D. C., Goicolea, I., Mateo, M. Á., & Penalva, C. (2013). Recomendaciones básicas para la publicación de estudios cualitativos en Gaceta Sanitaria. *Gaceta Sanitaria*.
- Cabaniss, D. L., Glick, R. A., & Roose, S. P. (2001). The Columbia Supervision Project: Data From the Dyad. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49(1), 235–267.
- Carey, J. C., & Lanning, W. L. (1993). Supervisors' Emphases in the Master's Practicum. *The Clinical Supervisor*, 11(1), 203–215.
- Carey, J. C., Williams, K. S., & Wells, M. (1988). Relationships between dimensions of supervisors' influence and counselor trainees' performance. *Counselor Education and Supervision*, 28(2), 130–139.
- Carrera-Fernandez, M. J., Guardia-Olmos, J., & Pero-Cebollero, M. (2012). Qualitative methods of data analysis in psychology: an analysis of the literature. *Qualitative Research*, 14(1), 20–36.
- Carroll, M. (1994). *The generic task of supervision: an analysis of supervises expectation, supervisor interviews and supervisory audio-taped sessions*. University of Surrey.
- Chagoya, L., & Chagoya, C. (1994). The development of a psychotherapy supervisor. In S. Greben & R. Ruskin (Eds.), *Clinical perspectives on Psychotherapy Supervision* (pp. 189–211). Washington, DC, US: American Psychiatric Press.
- Charmaz, K. (2012). The Power and Potential of Grounded Theory. *Medical Sociology Online*, 6(3), 2–15.
- Chessick, R. D. (1971). How the resident and the supervisor disappoint each other. *American Journal of Psychotherapy*, 25(2), 272–83.
- Clandinin, D., & Connelly, F. (2000). *Narrative inquiry: experience and story in educational research*. San Francisco: Jossey Bass.
- Clark, J. (2003). How to peer review a qualitative manuscript. In F. Godlee & T. Jefferson (Eds.), *Peer Review in Health Sciences* (Second Ed., pp. 219–235). London: BMJ Books.



- Compernelle, T., & Goldberg, D. (1998). In Europe, being a psychiatric patient is like being the passenger of a pilot who learned to fly by reading about it. *European Psychiatry*.
- Correa Urquiza, M. (2010). *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para lo locura*. Rovira i Virgili.
- Couchon, W. D., & Bernard, J. M. (1984). Effects of Timing of Supervision on Supervisor and Counselor Performance. *The Clinical Supervisor*, 2(3), 3–20.
- Creaner, M. (2014). *Getting the best out of supervision in counselling and psychotherapy*. London: SAGE.
- Cruz Fernández, J. P. (2009). Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. *Terapia Psicológica*, 27(1), 129–142.
- Cuñat Giménez, R. J. (2007). Aplicación De La Teoría Fundamentada ( Grounded Theory ) Al Estudio Del Proceso De Creación De Empresas. *Decisiones Globales*, 1–13.
- Debus, M., & Porter/Novelli. (1988). *Manual para la excelencia en la investigación mediante grupos focales*. Pennsylvania: Health Com.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *Handbook of qualitative research (2nd ed)*. Newbury Park, CA: Sage.
- Department of Health. (1993). *A vision for the future. Report of the Chief Nursing Officer*. London.
- DeRoma, V. M. ., Hickey, D. A. ., & Stanek, K. M. . (2007). Methods of supervision in marriage and family therapist training: A brief report. *North American Journal of Psychology*, 9(3), 415–422.
- Devers, K. J. (1999). How will we know “good” qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1153–1188.
- Dickson, J. M., Moberly, N. J., Marshall, Y., & Reilly, J. (2011). Attachment style and its relationship to working alliance in the supervision of British clinical psychology trainees. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 322–30.
- Division of Clinical Psychology. (2014). *Understanding Psychosis and Schizophrenia*. (A. Cooke, Ed.).
- Dodenhoff, J. T. (1981). Interpersonal attraction and direct–indirect supervisor influence as predictors of counselor trainee effectiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 28(1), 47–52.
- Dougher, M. K. (2001). Multiple concurrent supervision: The impact on case conceptualization. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61, 6702.
- Edwards, J. K. (2013). the History and Traditions of Clinical Supervision. In SAGE (Ed.), *Strengths-Based Supervision in Clinical Practice* (pp. 3–66). USA.
- Efstation, J. F., Patton, M. J., & Kardash, C. M. (1990). Measuring the working alliance in counselor supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 322–329.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 38 (Pt 3), 215–229.
- Elliott, R., & Greenberg, L. (2007). The essence of process-experiential / emotion-focused therapy. *Journal, American Psychotherapy*, 61(3), 241–254.
- Ellis, M. (2010). Bridging the Science and Practice of Clinical Supervision: Some Discoveries, Some Misconceptions. *The Clinical Supervisor*, 29(1), 95–116.
- Ellis, M., & Douce, L. (1994). Group supervision of novice clinical supervisors: Eight recurring issues. *Journal of Counseling & Development*, 72, 520–525.

- Ellis, M., & Ladany, N. (1997). Inferences concerning supervisees and clients in clinical supervision: An integrative review. In C. Watkins (Ed.), *The handbook of psychotherapy supervision* (pp. 447–507). New York: Wiley.
- Ellis, M., & Ladany, N. (1997). Inferences concerning supervisees and clients in clinical supervision. In C. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 447–507). New York: Wiley.
- Epps, A. M. (2000). The effects of attachment styles on the working alliance in counselor supervision. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60, 5833.
- Falender, C. A., Burnes, T. R., & Ellis, M. V. (2013). Multicultural Clinical Supervision and Benchmarks: Empirical Support Informing Practice and Supervisor Training. *The Counseling Psychologist*, 41(1), 8–27.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2008). Best practices of supervision. In C. A. Falender & E. P. Shafranske (Eds.), *Casebook for clinical supervision: A competency-based approach*. (pp. 3–15). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2014). Clinical Supervision: The State of the Art. *Journal of Clinical Psychology*, 70(11), 1030–1041.
- Falender, C., Cornish, J. E., Goodyear, R., Hatcher, R., Kaslow, N. J., Leventhal, G., ... Grus, C. (2004). Defining competencies in psychology supervision: A consensus statement. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 771–785.
- Feixas, G., & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, A., Rodríguez, B., Muñoz, A., & Cebolla, S. (2012). Psicoterapias en el ámbito de la sanidad pública. Factores comunes y psicoterapia de grupo. In M. Desviat & A. Moreno (Eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 230–242). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Fernández Alvarez, H. (2008). Supervisión en psicoterapia. In H. Fernández Alvarez (Ed.), *Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé 1977-2008* (Desclée de., pp. 177–204). Bilbao.
- Fernandez Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernandez Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2005). La formación en psicoterapia y la óptica de las narrativas. *Monografías de Psiquiatría*, XVII(3), 35–41.
- Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2005). La óptica de las narrativas en psicoterapia. *Monografías de Psiquiatría*, XVII(2), 2–7.
- Fialkov, C., & Haddad, D. (2012). Appreciative clinical training. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(4), 204–210.
- Fleming, J., & Benedek, T. (1966). *Psychoanalytic Supervision: A Method of Clinical Teaching*. Australia: Grune & Stratton.
- Fossey, E., Harvey, C., McDermott, F., & Davidson, L. (2002). Understanding and evaluating qualitative research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 717–732.
- Foster, J. T., Lichtenberg, J. W., & Peyton, V. (2007). The supervisory attachment relationship as a predictor of the professional development of the supervisee. *Psychotherapy Research*, 17, 353–361.
- Fouad, N. A., Grus, C. L., Hatcher, R. L., Kaslow, N. J., Hutchings, P. S., Madson, M. B., ... Crossman, R. E.

- (2009). Competency benchmarks: A model for understanding and measuring competence in professional psychology across training levels. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(4, Suppl), S5–S26.
- Frank, J. D. (1982). Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. In J. Harvey & M. Parks (Eds.), *The master lecture series. Vol 1: Psychotherapy research and Behavior Change* (American P., Vol. 1, pp. 73–122). Washintong DC.
- Frawley-O'Dea, M. G., & Sarnat, J. E. (2001). *The Supervisory Relationship: A Contemporary Psychodynamic Approach*. United States: Guilford Press.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: the social construction of preferred realities*. New York: WW Norton & Company.
- Freeman, S. C. (1993). Structure in Counseling Supervision. *The Clinical Supervisor*, 11(1), 245–252.
- Freitas, G. J. (2002). The impact of psychotherapy supervision on client outcome: A critical examination of 2 decades of research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(4), 354–367.
- Friedlander, M. L., & Snyder, J. (1983). Trainees' Expectations for the Supervisory Process: Testing a Developmental Model. *Counselor Education and Supervision*, 22(4), 342–348.
- Fuentes Martínez, M. (2006). La supervisión clínica: un espacio de aprendizaje psicodinámico en la formación del psicoterapeuta psicoanalítico. *Carta Psicoanalítica. Psicoanálisis En México Y En El Mundo*, 9.
- Gergen, K. (2005). *Construire la réalité. (trad cast: 2006. Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia. Barcelona: Paidós)*. París: Éditions du Soleil.
- Gergen, K. J. (2014). Pursuing excellence in qualitative inquiry. *Qualitative Psychology*, 1(1), 49–60.
- Gergen, K. J., Josselson, R., & Freeman, M. (2015). The Promises of Qualitative Inquiry. *American Psychologist*, 70(1), 1–9.
- Gergen, K., Josselson, R., & Freeman, M. (2015). The promises of qualitative inquiry. *American Psychologist*, 70(1), 1–9.
- Gergen, M. M., & Gergen, K. J. (2000). Qualitative inquiry: Generative tensions. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research (2nd ed)* (pp. 1025–1046). Newbury Park, CA: Sage.
- Glaser, B. (1992). *Basic of Grounded Theory Analysis: Emergence vs. Forcong*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. (2002). *The grounded theory perspective II: description's remodelling of grounded theory methodology*. Mill Valley, C.A.: Sociology Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine publishing.
- Glickauf-Hughes, C., & Campbell, L. F. (1991). Experiential supervision: Applied techniques for a case presentation approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(4), 625–635.
- Gold, J. H. (2004). Reflections on psychodynamic psychotherapy supervision for psychiatrists in clinical practice. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(3), 162–9.
- Goldfried MR, J., Pachankis, J., & Bell, A. (2005). A History of Psychotherapy Integration. In John C. Norcross and Marvin R. Goldfried (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed., pp. 24–60). Oxford: Oxford University Press.

- Gómez-Beneyto et al. (2011). La opinión de los residentes de psiquiatría sobre la formación que reciben. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(3), 174–179.
- Gonçalves, O. F. (1994). Cognitive Narrative Psychotherapy: The Hermeneutic Construction of Alternative Meanings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8(2), 105–108.
- Gonçalves, Ó. F., & Machado, P. P. P. (1999). Cognitive narrative psychotherapy: Research foundations. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1179–1191.
- Gonsalvez, C. J., & Crowe, T. P. (2014). Evaluation of psychology practitioner competence in clinical supervision. *American Journal of Psychotherapy*, 68(2), 177–93.
- Gonsalvez, C. J., & Milne, D. L. (2010). Clinical supervisor training in Australia: A review of current problems and possible solutions. *Australian Psychologist*, 45, 233–242.
- Goodyear, R. K., & Bradley, F. O. (1983). Theories of Counselor Supervision: Points of Convergence and Divergence. *The Counseling Psychologist*, 11(1), 59–67.
- Goodyear, R. K., & Guzzardo, C. R. (2000). Psychotherapy supervision and training. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (3rd ed., pp. 83–108). New York: Wiley.
- Goodyear, R. K., & Nelson, M. (1997). The mayor formats of psychotherapy supervision. In C. Watkins Jr (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 328–347). New York: Jhon Wiley & Sons.
- Goodyear, R. K., & Robyak, J. E. (1982). Supervisor' theory and experience in supervisory focus. *Psychological Reports*, 51(3), 978.
- Goodyear, R., Lichtenberg, J. W., Bang, K., & Gragg, J. B. (2014). Ten Changes Psychotherapists Typically Make as They Mature Into the Role of Supervisor. *Journal of Clinical Psychology*, 70(11), 1042–1050.
- Gray, L. a., Ladany, N., Walker, J. a., & Ancis, J. R. (2001). Psychotherapy trainees' experience of counterproductive events in supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 371–383.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Guest, P. D., & Beutler, L. E. (1988). Impact of psychotherapy supervision on therapist orientation and values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(5), 653–8.
- Hackney, H., & Goodyear, R. (1984). Carl Rogers' client-centered approach to supervision. In R. Levant & J. Shlien (Eds.), *Client centered therapy and the person centered approach: new direction in theory, research and practice* (pp. 278–296). New York: Praeger Publishers.
- Hatcher, R. L., & Gillasp, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*.
- Hawkins, P., & Shohet, R. (2012). *Supervision in the Helping Professions* (4th ed.). Buckingham: Open University Press.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524.
- Heid, L. (1998). Supervisor Development Across the Professional Lifespan. *The Clinical Supervisor*, 16(2), 139–152.
- Henwood, K., & Pidgeon, N. (2003). Grounded Theory in Psychological Research. In P. Camic, J. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative Research in Psychology: Expanding Perspectives in Methodology and Design*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Hess, A. (2008). Psychotherapy supervision: a conceptual review. In A. K. Hess, K. D. Hess, & T. H. Hess (Eds.), *Psychotherapy supervision. Theory, Research, and Practice* (second ed., pp. 3–24). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hess, A. (2008). Psychotherapy Supervision: A Conceptual Review. In A. Hess, K. Hess, & T. Hess (Eds.), *Psychotherapy supervision. Theory, research and practice* (pp. 3–24). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hess, S., Knox, S., Schultz, J. M., Hill, C. E., Sloan, L., Brandt, S., ... Hoffman, M. A. (2008). Predoctoral interns' nondisclosure in supervision. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(4), 400–411.
- Holloway, E. L. (2014). Supervisory roles within systems of practice. In C. E. Watkins & D. Milne (Eds.), *The Wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 598–621). Oxford: Wiley.
- Holloway, E. L., Neufeldt, & Allstetter, S. (1995). Supervision: Its contributions to treatment efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 207–213.
- Holloway, E. L., & Wampold, B. E. (1986). Relation between conceptual level and counseling-related tasks: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 33(3), 310–319.
- Horvath, A., & Greenberg, L. (1989). The development of the working alliance inventory. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529–556). New York: Guilford Press.
- Hutt, C. H., Scott, J., & King, M. (1983). A phenomenological study of supervisees' positive and negative experiences in supervision. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20, 118–123.
- Inskipp, F., & Proctor, B. (2001). *Becoming a Supervisor*. Twickenham: Cascade.
- Jeanfreau, S. G., & Jack, L. (2010). Appraising qualitative research in health education: guidelines for public health educators. *Health Promotion Practice*, 11(5), 612–617.
- Jiménez Andújar, D. J. (2002). *Experiences of personal growth of master's-level supervisees within the supervisory process*. University of New Orleans.
- Jumper, S. A. (1999). *Immediate feedback using the "bug-in-the-ear" in counselor training: Implications for counseling self-efficacy, trainee anxiety and skill development*. University of North Dakota.
- Kaslow, N. J., Borden, K. A., Collins, F. L., Forrest, L., Illfelder-Kaye, J., Nelson, P. D., ... Willmuth, M. E. (2004). Competencies Conference: Future Directions in Education and Credentialing in Professional Psychology. In *Journal of Clinical Psychology* (Vol. 60, pp. 699–712).
- Kilminster, S. M., & Jolly, B. C. (2000). Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Medical Education*, 34(10), 827–840.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 311(7000), 299–302.
- Kivlighan, D. M., Angelone, E. O., & Swafford, K. G. (1991). Live supervision in individual psychotherapy: Effects on therapist's intention use and client's evaluation of session effect and working alliance. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Klohn, E. C., Weller, J. A., Luo, S., & Choe, M. (2005). Organization and predictive power of general and relationship-specific attachment models: one for all, and all for one? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(12), 1665–1682.
- Knapp, S., & Vandercreek, L. (1997). Ethical and legal aspects of clinical supervision. In C. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 589–599). New York: John Wiley & Sons Inc.

- Knobloch, F. (2003). A heuristic path to psychotherapy integration: One early European development. *Journal of Psychotherapy Integration*, 13(2), 107–129.
- Ladany, N. (2004). Psychotherapy supervision: What lies beneath. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 14(1), 1–19.
- Ladany, N., Ellis, M. V., & Friedlander, M. L. (1999). The supervisory working alliance, trainee self-efficacy, and satisfaction. *Journal of Counseling & Development*, 77(4), 447–455.
- Ladany, N., Mori, Y., & Mehr, K. E. (2013). Effective and Ineffective Supervision. *The Counseling Psychologist*, 41(1), 28–47.
- Ladany, N., & Walker, J. A. (2003). Supervisor self-disclosure: Balancing the uncontrollable narcissist with the indomitable altruist. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 611–621.
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In *Bergin's and Gardfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 139–193). New York: Wiley.
- Lampropoulos, G. K. (2003). A Common Factors View of Counseling Supervision Process. *The Clinical Supervisor*, 21(1), 77–95.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lazarsfeld, P. (1984). De los conceptos a los índices empíricos. In R. Boudon & P. Lazarsfeld (Eds.), *Metodología de las ciencias sociales I: conceptos e índices*. Barcelona: Laia.
- Lazarus, A. (2005). Multimodal therapy. In J. Norcross & M. Godfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed., pp. 105–120). Oxford: Oxford University Press.
- Leddick, G. (1994). Models of clinical supervision. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 4(15), 876–8.
- Lewis, B. (2014). Taking a narrative turn in psychiatry. *The Lancet*, 383(9911), 22–23.
- Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2001). The Structure of Supervisor-Supervisee Interactions. *The Clinical Supervisor*, 19(2), 1–24.
- Liddle, H. A., Becker, D., Diamond, G. M., & Watkins Jr., C. E. (1997). Family therapy supervision. In *Handbook of psychotherapy supervision*. (pp. 400–418). John Wiley & Sons, Inc.
- Liese, B., & Beck, J. S. (1997). Cognitive Therapy supervision. In I. C. E. W. Jr. (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 114–133). New York: Wiley.
- Lietz, C. A., & Zayas, L. E. (2010). Evaluating qualitative research for social work practitioners. *Advances in Social Work*, 11, 188–202.
- Linehan, M. (1980). Supervision of behavior therapy. In A. Hess (Ed.), *Psychotherapy Supervision: Theory, Research and practice*. (pp. 148–180). New York: Wiley.
- Loganbill, C., Hardy, E., & Delworth, U. (1982). Supervision, a conceptual model. *The Counselling Psychologist*, 10(1), 3–42.
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Machado, P. P. P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 24(6), 662–674.

- Lowndes, L., & Hanley, T. (2010). The challenge of becoming an integrative counsellor: The trainee's perspective. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(3), 163–172.
- Luborsky, L., Barber, J. P., & Diguier, L. (1992). The Meanings of Narratives Told During Psychotherapy: The Fruits of a New Observational Unit. *Psychotherapy Research*, 2(4), 277–290.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. Is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1007.
- MacDonald, J., & Ellis, P. M. (2012). Supervision in psychiatry: terra incognita? *Current Opinion in Psychiatry*, 25(4), 322–6.
- Magnuson, S., Wilcoxon, S. A., & Norem, K. (2000). a Profile of Lousy Supervision : Experienced Counselors '. *Counselor Education and Supervision*, 39(3), 189–202.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security of infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research* (pp. 66–106). Chicago: University of Chicago Press.
- Management Council of UEMS. (1993). *Charter on Training of Medical Specialists in the European Community*.
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L., & Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 519–530.
- Martínez, C., & Santelices, M. P. (2005). Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psykhé (Santiago)*, 14(1), 181–191.
- Masini Rivera, M. T. (2001). Supervisory needs of in-home therapists as compared with therapists of clinical settings. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61, 3903.
- Mastoras, S. M., & Andrews, J. J. W. (2011). The supervisee experience of group supervision: Implications for research and practice. *Training and Education in Professional Psychology*, 5(2), 102–111.
- Maxwell, J. A. (2011). *A realist approach for qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. a, & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595–602.
- Mehr, K. E., Ladany, N., & Caskie, G. I. L. (2010). Trainee nondisclosure in supervision: What are they not telling you? *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(2), 103–113.
- Miles, K. (2011). Using attachment theory in mentoring. *Nursing Times*, 107(38), 23–25.
- Miles, M., & Huberman, A. (1994). *Qualitative Data Analysis* (second ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1050–1062.
- Milne, D. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 46(Pt 4), 437–447.
- Milne, D. (2009). *Evidence-Based Clinical Supervision*. Uk: British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd.

- Milne, D. (2014a). Beyond the "Acid Test": A Conceptual Review and Reformulation of Outcome Evaluation in Clinical Supervision. *American Journal of Psychotherapy*, 68(2), 213–230.
- Milne, D. (2014b). Beyond the "acid test": a conceptual review and reformulation of outcome evaluation in clinical supervision. *American Journal of Psychotherapy*, 68(2), 213–30.
- Milne, D. L., Pilkington, J., Gracie, J., & James, I. (2003). Transferring Skills From Supervision To Therapy: a Qualitative and Quantitative N=1 Analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(2), 193–202.
- Milne, D., Reiser, R., Aylott, H., Dunkerley, C., Fitzpatrick, H., & Wharton, S. (2010). The Systematic Review as an Empirical Approach to Improving CBT Supervision. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(3), 278–294.
- Milne, D., Sheikh, A., Pattison, S., & Wilkinson, A. (2011). Evidence-Based Training for Clinical Supervisors: A Systematic Review of 11 Controlled Studies. *The Clinical Supervisor*, 30(1), 53–71.
- Milne, D., & Watkins Jr, C. (2014). Defining and understanding clinical supervision. A functional approach. In C. Watkins Jr & Milne DL (Eds.), *The Wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 3–19). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría. *BOE*, 224(16 de septiembre), 37916–37921.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. *BOE*, 146(17 de junio), 51210–51236.
- Mirapeix, C. (2004). Psicoterapia cognitivo analítica. In H. Fernández Álvarez & R. Opazo (Eds.), *La integración en psicoterapia. Manual práctico* (pp. 105–136). Barcelona: Paidós.
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de Psicoterapia*, XXIII(89), 5–50.
- Morgan, M. M., & Sprenkle, D. H. (2007). Toward a common-factors approach to supervision. *J Marital Fam Ther*, 33(1), 1–17.
- Morón Nozaleda, M., Álvarez Fernández, S., Freund, N., Martín Ballesteros, E., & Fernández Liria, A. (2012). La formación de especialistas de Psiquiatría en Europa: A propósito de auditoría docente realizada por la Unión Europea de médicos especialistas en la unidad docente multiprofesional del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 349–362.
- Morse, J. M. (2003). A review committee's guide for evaluating qualitative proposals. *Qualitative Health Research*, 13(6), 833–851.
- Morse, J. M. (2015). Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry. *Qualitative Health Research*, 25(9), 1212–22.
- Mueller, W. J., & Kell, B. L. (1972). *Coping With Conflict: Supervising Counselors and Psychotherapists*. Englewood Cliffs, NY: Prentice Hall.
- Munarriz, M., & San Juan, J. (2001). Investigación cualitativa y psiquiatría. *Actas de Psiquiatría*, 64(1), 7–20.
- Nelson, M. (2014). Using the major formats of clinical supervision. In C. Watkins Jr & D. Milne (Eds.), *The Wiley International Handbook of Clinical Supervision* (pp. 308–328). West Sussex: Wiley Blackwell.
- Nelson, M. L., & Friedlander, M. L. (2001). A close look at conflictual supervisory relationships: The



- trainee's perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 384–395.
- Neufeldt, S. A., Beutler, L. E., & Banchemo, R. (1997). Research on supervisor variables in psychotherapy research. In C. E. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 508–526). New York: Wiley.
- Newswald-McCalip, R. (2001). Development of the secure counselor: Case examples supporting Pistole & Watkins's (1995) discussion of attachment theory in counseling supervision. *Counselor Education & Supervision*, 41, 18–27.
- Norcross, J. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J., & Arkowitz, H. (1992). The evolution and current status of psychotherapy integration. In W. Dryden (Ed.), *Integrative and eclectic therapy. A Handbokk*. Bristol: Open University Press.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration. Handbook of psychotherapy ...* (Second Edi.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Halgin, R. P. (2005). Training in Psychotherapy Integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (second edi., pp. 439–458). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J., & Halgin, P. (1997). Integrative approaches to Psychotherapy Supervision. In C. J. Watkins (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Supervision* (Jhon Wiley., pp. 203–223). New York.
- Norem, K., Magnuson, S., Wilcoxon, S. A., & Arbel, O. (2006). Supervisees' contributions to stellar supervision outcomes. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory, and Research*, 34(1), 33–48.
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. a, & Cook, D. a. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research :A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1–7.
- Ögren, M. L., Jonsson, C. O., & Sundin, E. C. (2005). Group supervision in psychotherapy: The relationship between focus, group climate, and perceived attained skill. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 373–388.
- Orgaz Barnier, P. (2010). *Análisis del discurso de un grupo de pacientes oncológicos tras el tratamiento de un episodio depresivo : Un estudio cualitativo*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Palomo, M., Beinart, H., & Cooper, M. (2010). Development and validation of the Supervisory Relationship Questionnaire (SRQ) in UK trainee clinical psychologists. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 131–149.
- Parry, A., & Doan, R. E. (1994). *Story Re-Visions: Narrative Therapy in the Postmodern World. Story revisions Narrative therapy in the postmodern world*. New York: The Guilford Press.
- Pate, L. A., & Wolff, T. K. (1990). Supervision: the residents' perspective. *Acad Psychiatry*, 14(3), 122–128.
- Patterson, C. H. (1983). A Client-Centered Approach to Supervision. *The Counseling Psychologist*, 11(1), 21–25.
- Patton, M. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *HSR: Health Services Research*, 34(5), 1189–1208.
- Patton, M. J., & Kivlighan, D. M. . J. (1997). Relevance of the supervisory alliance to the counseling alliance and to treatment adherence in counselor training. *Journal of Counseling Psychology*, 44(1), 108–115.

- Pearce, N., Beinart, H., Clohessy, S., & Cooper, M. (2013). Development and validation of the supervisory relationship measure: a self-report questionnaire for use with supervisors. *The British Journal of Clinical Psychology*, 52(3), 249–68.
- Pérez Andrés, C. (2002). Sobre la metodología cualitativa. *Rev Esp Salud Pública*, 76, 373–380.
- Pistole, M. C., & Fitch, J. C. (2008). Attachment theory in supervision : A critical incident experience. *Counselor Education & Supervision*, 47(3), 193–205.
- Pistole, M. C., & Watkins, C. E. (1995). Attachment Theory, Counseling Process, and Supervision. *The Counseling Psychologist*, 23(3), 457–478.
- Popay, J., Rogers, A., & Williams, G. (1998). Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 341–351.
- Prieto Rodríguez, M. a., & March Cerdá, J. C. (2002). Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Atención Primaria*, 29(6), 366–373.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (2005). The Transtheoretical Approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed., pp. 147–170). Oxford: Oxford University Press.
- Prouty, A. M., Thomas, V., Johnson, S., & Long, J. K. (2001). Methods of feminist family therapy supervision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(1), 85–97.
- Raichelson, S. H., Herron, W. G., Primavera, L. H., & Ramirez, S. M. (1997). Incidence and Effects of Parallel Process in Psychotherapy Supervision. *The Clinical Supervisor*, 15(2), 37–48.
- Ramos-Sánchez, L., Esnil, E., Goodwin, A., Riggs, S., Touster, L. O., Wright, L. K., ... Rodolfa, E. (2002). Negative supervisory events: Effects on supervision and supervisory alliance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(2), 197–202.
- Rashid, T., & Ostermann, R. F. (2009). Strength-based assessment in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 488–98.
- Ravitz, P., & Silver, I. (2004). Advances in Psychotherapy Education. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(4), 230–237.
- RCP. (2010). *Information pack for the psychotherapy section of the core and general curriculum*. (R. C. of Psychiatrists, Ed.). London.
- RCPSC. (2012). *Specialty training requirements in psychiatry*. (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ed.). Ottawa.
- Reichelt, S., & Skjerve, J. (2002). Correspondence between supervisors and trainees in their perception of supervision events. *Journal of Clinical Psychology*, 58(7), 759–72.
- Reicher, S. (2000). Against methodolatry: some comments on Elliott, Fischer, and Rennie. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 39 ( Pt 1), 1–6; discussion 7–10.
- Renfro-Michel, E. L., & Sheperis, C. J. (2009). The Relationship Between Counseling Supervisee Attachment Orientation and Perceived Bond with Supervisor. *The Clinical Supervisor*, 28(2), 141–154.
- Riggs, S. A., & Bretz, K. M. (2006). Attachment processes in the supervisory relationship: An exploratory investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(5), 558–566.
- Rodríguez Vega, B. (2001). Constructivismo y narrativas: un nivel diferente para la integración. In B. Rodríguez Vega & A. Fernández Liria (Eds.), *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas* (2ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Rodríguez Vega, B., Bayón Pérez, C., Palao Tarrero, A., & Fernández Liria, A. (2014). Mindfulness-based Narrative Therapy for Depression in Cancer Patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 411–419.
- Rodriguez Vega, B., & Fernández Liria, A. (2012). *Terapia narrativa basada en la atencion plena para depresion*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rodríguez Vega, B., & Fernández Liria, A. (2014). La supervisión. In A. Moreno (Ed.), *Manual de terapia sistémica* (pp. 555–586). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rodríguez Vega, B., Orgaz Barnier, P., Bayón, C., Palao, A., Torres, G., Hospital, A., ... Fernández Liria, A. (2012). Differences in depressed oncologic patients' narratives after receiving two different therapeutic interventions for depression: a qualitative study. *Psycho-Oncology*, 21(12), 1292–8.
- Rogers, C. R., & Freiberg, H. J. (1993). *Freedom to Learn* (3rd edn.). New York: Merrill.
- Rosenbaum, M., & Ronen, T. (1998). Clinical supervision from the standpoint of cognitive-behavior therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(2), 220.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415.
- Roth, A., & Pilling, S. (2007). *A competence framework for the supervision of psychological therapies*. University College London.
- Ryle, A. (2005). Cognitive Analytic Therapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed., pp. 196–219). Oxford: Oxford University Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*.
- Saldaña, J. (2013). *Fundamentals of qualitative research*. New York, NY: Oxford University Press.
- Sanville, J. (1989). The play in supervision. *Smith College Studies in Social Work*, 59(2), 157–159.
- Scaife, J. (2001). *Supervision in the Mental Health Professions: A Practitioner's Guide*. Hove: Brunner-Routledge.
- Scaturo, D., & Watkins Jr, C. (2014). Supervising integrative and eclectic psychotherapies. In C. Watkins Jr & D. L. Milne (Eds.), *The Wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 552–575). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Senediak, C. (2013). A reflective practice model of clinical supervision. In *Advances in clinical supervision*. 4-6 June. Sydney, Australia.
- Shanfield, S. B., Hetherly, V. V., & Matthews, K. L. (2001). Excellent supervision: the residents' perspective. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(1), 23–7.
- Shanfield, S. B., Mohl, P. C., Matthews, K. L., & Hetherly, V. (1992). Quantitative assessment of the behavior of psychotherapy supervisors. *The American Journal of Psychiatry*, 149(3), 352–7.
- Sholomskas, D. E., Syracuse-Siewert, G., Rounsaville, B. J., Ball, S. A., Nuro, K. F., & Carroll, K. M. (2005). We don't train in vain: a dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 106–115.
- Simmons, J., Roberge, L., Kendrick, S. B., & Richards, B. (1995). The interpersonal relationship in clinical practice. The Barrett-Lennard Relationship Inventory as an assessment instrument. *Evaluation & the Health Professions*, 18(1), 103–112.
- Sluzki, C. E. (1992). Transformations: a blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31(3),

217–230.

- Stastny, P., Lehmann, P., & Aderhold, V. (2007). *Alternatives Beyond Psychiatry*. (P. Stastny & P. Lehmann, Eds.). Peter Lehmann Publishing.
- Steinhelber, J., Patterson, V., Cliffe, K., & LeGoullon, M. (1984). An investigation of some relationships between psychotherapy supervision and patient change. *Journal of Clinical Psychology*, 40(6), 1346–53.
- Stoltenberg, C. D. (1997). The Integrated Developmental Model of Supervision. *Psychotherapy in Private Practice*, 16(2), 59–69.
- Strozier, A. L., Kivlighan, D. M., & Thoreson, R. W. (1993). Supervisor intentions, supervisee reactions, and helpfulness: A case study of the process of supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 13–19.
- Swanson, J. L., & O'Saben, C. L. (1993). Differences in Supervisory Needs and Expectations by Trainee Experience, Cognitive Style, and Program Membership. *Journal of Counseling & Development*, 71(4), 457–464.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research: Analysis Types and Software Tools*. (Falmer, Ed.). New York.
- Tomlinson, J. (2015). Using clinical supervision to improve the quality and safety of patient care: a response to Berwick and Francis. *BMC Medical Education*, 15, 103.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.
- Townend, M., & Wood, W. (2007). E-learning the art of supervision. *Therapy Today*, 18(6), 42–44.
- Tracey, T. J., Ellickson, J. L., & Sherry, P. (1989). Reactance in relation to different supervisory environments and counselor development. *Journal of Counseling Psychology*, 36(3), 336–344.
- Trinidad Requena, A., Carrero Planes, V., & Soriano Miras, R. M. (2006). *Teoría Fundamentada "Grounded Theory". la construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Cuadernos Metodológicos* (Vol. 37). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Truax, C. (1972). The meaning and reliability of accurate empathy ratings: A rejoinder. *Psychological Bulletin*, 77, 397–399.
- Tryon, G. S. (1996). Supervisee development during the practicum year. *Counselor Education and Supervision*, 35(4), 287–294.
- Tweed, A., & Charmaz, K. (2012). Grounded Theory Methods for Mental Health Practitioners. In A. Harper & D. Thompson (Eds.), *Qualitative Research Methods in Mental Health Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners* (pp. 131–146). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Union Européenne des Médecins Spécialistes. (2005). The profile of a psychiatrist: Report of the UEMS Section for Psychiatry.
- Union Européenne des Médecins Spécialistes. European Board of Psychiatry. (2009). *European Framework for Competencies in Psychiatry*.
- Vallance, K. (2005). Exploring counsellor perceptions of the impact of counselling supervision on clients. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5(2), 107–110.
- Vives-Cases, C., Domínguez Berjón, F., & Borrell, C. (2013). Avanzando en las guías de Gaceta Sanitaria: Recomendaciones básicas para la publicación de estudios cualitativos. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 290–291.

- Wachtel, P. (1997). *Psychoanalysis, Behavior Therapy, and the Relational World*. Washington DC: American Psychological Association.
- Wachtel, P., Kruk, J., & McKinney, M. (2005). Cyclical Psychodynamics and Integrative Relational Psychotherapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed., pp. 172–194). Oxford: Oxford University Press.
- Wachtel, P. L. (1991). From eclecticism to synthesis toward a more seamless psychotherapeutic integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(1), 43–54.
- Wampold, B. E., & Holloway, E. L. (1997). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy supervision research. In C. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 11–27). New York: Wiley.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes.” *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215.
- Watkins, C. (2014). Psychotherapy Supervision Developments and Innovations for the New Millennium : Contributions from the Cutting Edge. *American Journal of Psychotherapy*, 68(2), 141–149.
- Watkins, C. E. (1993). Development of the psychotherapy supervisor: Concepts, assumptions, and hypotheses of the supervisor complexity model. *American Journal of Psychotherapy*, 47(1), 58–74.
- Watkins, C. E. (2011). Does Psychotherapy Supervision Contribute to Patient Outcomes? Considering Thirty Years of Research. *The Clinical Supervisor*, 30(2), 235–256.
- Watkins, C. E. (2012). Development of the psychotherapy supervisor: review of and reflections on 30 years of theory and research. *American Journal of Psychotherapy*, 66(1), 45–83.
- Watkins, C. E. (2012). On demoralization, therapist identity development, and persuasion and healing in psychotherapy supervision. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(3), 187–205.
- Watkins, C. E. (2013). Being and becoming a psychotherapy supervisor: the crucial triad of learning difficulties. *American Journal of Psychotherapy*, 67(2), 135–151.
- Watkins, C. E. (2014). The supervisory alliance: a half century of theory, practice and research in critical perspective. *American Journal of Psychotherapy*, 68(1), 19–38.
- Watkins Jr, C. (1997). Defining psychotherapy supervision and understanding supervision functioning. In C. Watkins Jr (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Supervision* (pp. 3–10). New York: John Wiley & Sons.
- Webb, A., & Wheeler, S. (1998). How Honest Do Counsellors Dare To Be in the Supervisory Relationship? An Exploratory Study. *British Journal of Guidance and Counselling*, 26(4), 509–524.
- Weerasekera, P. (2013). The state of psychotherapy supervision: recommendations for future training. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 25(3), 255–64.
- Weerasekera, P., Antony, M. M., Bellissimo, A., Bieling, P., Shurina-Egan, J., Spencer, A., Wolpert-Zur, A. (2003). Competency assessment in the McMaster Psychotherapy Program. *Academic Psychiatry*, 27(3), 166–173.
- Weerasekera, P., Manring, J., & Lynn, D. J. (2010). Psychotherapy Training for Residents: Reconciling Requirements With Evidence-Based, Competency-Focused Practice. *Academic Psychiatry*, 34(1), 5–12.
- Wheeler, D., Avis, J., Miller, L., & Cheney, S. (1985). Rethinking Family Therapy Education and Supervision. *Journal of Psychotherapy and The Family*, 1(4), 53–71.

- Wheeler, S. (2003). *supervision of counsellors and psychotherapists : a systematic scoping search*. (Fran Shall, Ed.). Leicester: British Association for Counselling and Psychotherapy.
- Wheeler, S., & Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counsellors and therapist, their practice and their clients. A systematic review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7, 54–65.
- White, M., & Epston, D. (1980). *Narrative means to therapeutic ends (trad cast: (1993) Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós)*. Nueva York-Londres: WW Norton and Co.
- White, V. E., & Queener, J. (2003). Supervisor and supervisee attachments and social provisions related to the supervisory working alliance. *Counselor Education and Supervision*, 42(3), 203–218.
- Wilcoxon, S. A., Norem, K., & Magnuson, S. (2005). Supervisees' contributions to lousy supervision outcomes. Journal of Professional Counseling: Practice, Theory, and Research,. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory, and Research*, 38(2), 31–49.
- Worthen, V., & McNeill, B. W. (1996). A phenomenological investigation of “good” supervision events. *Journal of Counseling Psychology*, 43(1), 25–34.
- Worthington, E. L. (1987). Changes in supervision as counselors and supervisors gain experience: A review. *Professional Psychology*, 18, 189–208.
- Worthington, E. L., & Roehlke, H. J. (1979). Effective supervision as perceived by beginning counselors-in-training. *Journal of Counseling Psychology*, 26(1), 64–73.
- Wosket, V., & Page, S. (2001). The clyclical model of supervisio. A container for creativity and chaos. In M. Carroll & M. Tholstrup (Eds.), *Integrative approaches to supervision* (pp. 13–31). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wrape, E. R., Callahan, J. L., Ruggero, C. J., & Watkins, C. E. (2015). An Exploration of Faculty Supervisor Variables and Their Impact on Client Outcomes. *Training and Education in Professional Psychology*, 9(1), 35–43.
- Yager, J., & Bienenfeld, D. (2003). How competent are we to assess psychotherapeutic competence in psychiatric residents? *Academic Psychiatry : The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 27(3), 174–81.
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and Health*, 15, 215–228.
- Zisook, S., Balon, R., Björkstén, K. S., Everall, I., Dunn, L., Ganadjian, K., ... Yoo, T. (2007). Psychiatry residency training around the world. *Academic Psychiatry*, 31(4), 309–325.

## **ANEXOS**

Anexo 1. Qualitative research review guidelines – RATS (Clark, 2003)

ASK THIS OF THE MANUSCRIPT	THIS SHOULD BE INCLUDED IN THE MANUSCRIPT
<b>R Relevance of study question</b>	
Is the research question interesting?	Research question explicitly stated
Is the research question relevant to clinical practice, public health, or policy?	Research question justified and linked to the existing knowledge base (empirical research, theory, policy)
<b>A Appropriateness of qualitative method</b>	
<p>Is qualitative methodology the best approach for the study aims?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Interviews</i>: experience, perceptions, behaviour, practice, process</li> <li>• <i>Focus groups</i>: group dynamics, convenience, non-sensitive topics</li> <li>• <i>Ethnography</i>: culture, organizational behaviour, interaction</li> <li>• <i>Textual analysis</i>: documents, art, representations, conversations</li> </ul>	Study design described and justified i.e., why was a particular method (e.g., interviews) chosen?
<b>T Transparency of procedures</b>	
<p><i>Sampling</i></p> <p>Are the participants selected the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study?</p> <p>Is the sampling strategy appropriate?</p>	<p>Criteria for selecting the study sample justified and explained</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>theoretical</i>: based on preconceived or emergent theory</li> <li>• <i>purposive</i>: diversity of opinion</li> <li>• <i>volunteer</i>: feasibility, hard-to-reach groups</li> </ul>
<p><i>Recruitment</i></p> <p>Was recruitment conducted using appropriate methods?</p> <p>Is the sampling strategy appropriate?</p> <p>Could there be selection bias?</p>	<p>Details of how recruitment was conducted and by whom</p> <p>Details of who chose not to participate and why</p>
<p><i>Data Collection</i></p> <p>Was collection of data systematic and comprehensive?</p> <p>Are characteristics of the study group and setting clear?</p> <p>Why and when was data collection stopped, and is this reasonable?</p>	<p>Method(s) outlined and examples given (e.g., interview questions)</p> <p>Study group and setting clearly described</p> <p>End of data collection justified and described</p>
<p><i>Role of researchers</i></p> <p>Is the researcher(s) appropriate? How might they bias (good and bad) the conduct of the study and results?</p>	<p>Do the researchers occupy dual roles (clinician and researcher)? Are the ethics of this discussed? Do the researcher(s) critically examine their own influence on the formulation of the research question, data collection, and interpretation?</p>
<p><i>Ethics</i></p> <p>Was informed consent sought and granted?</p> <p>Were participants' anonymity and confidentiality ensured?</p> <p>Was approval from an appropriate ethics committee received?</p>	<p>Informed consent process explicitly and clearly detailed</p> <p>Anonymity and confidentiality discussed</p> <p>Ethics approval cited</p>
<b>S Soundness of interpretive approach</b>	



<p><i>Analysis</i></p> <p>Is the type of analysis appropriate for the type of study?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>thematic</i>: exploratory, descriptive, hypothesis generating</li> <li>• <i>framework</i>: e.g., policy</li> <li>• <i>constant comparison/grounded theory</i>: theory generating, analytical</li> </ul> <p>Are the interpretations clearly presented and adequately supported by the evidence?</p> <p>Are quotes used and are these appropriate and effective?</p> <p>Was trustworthiness/reliability of the data and interpretations checked?</p>	<p>Analytic approach described in depth and justified</p> <p><i>Indicators of quality</i>: Description of how themes were derived from the data (inductive or deductive)</p> <p>Evidence of alternative explanations being sought</p> <p>Analysis and presentation of negative or deviant cases</p> <p>Description of the basis on which quotes were chosen</p> <p>Semi-quantification when appropriate</p> <p>Illumination of context and/or meaning, richly detailed</p> <p>Method of reliability check described and justified e.g., was an audit trail, triangulation, or member checking employed? Did an independent analyst review data and contest themes? How were disagreements resolved?</p>
<p><i>Discussion and presentation</i></p> <p>Are findings sufficiently grounded in a theoretical or conceptual framework?</p> <p>Is adequate account taken of previous knowledge and how the findings add?</p> <p>Are the limitations thoughtfully considered?</p> <p>Is the manuscript well written and accessible?</p> <p>Are red flags present? These are common features of ill-conceived or poorly executed qualitative studies, are a cause for concern, and must be viewed critically. They might be fatal flaws, or they may result from lack of detail or clarity.</p>	<p>Findings presented with reference to existing theoretical and empirical literature, and how they contribute</p> <p>Strengths and limitations explicitly described and discussed</p> <p>Evidence of following guidelines (format, word count)</p> <p>Detail of methods or additional quotes contained in appendix</p> <p>Written for a health sciences audience</p> <p><i>Grounded theory</i>: not a simple content analysis but a complex, sociological, theory generating approach</p> <p><i>Jargon</i>: descriptions that are trite, pat or jargon filled should be viewed sceptically</p> <p><i>Over interpretation</i>: interpretation must be grounded in "accounts" and semi-quantified if possible or appropriate</p> <p><i>Seems anecdotal, self evident</i>: may be a superficial analysis, not rooted in conceptual framework or linked to previous knowledge, and lacking depth</p> <p><i>Consent process thinly discussed</i>: may not have met ethics requirements</p> <p><i>Doctor-researcher</i>: consider the ethical implications for patients and the bias in data collection and interpretation</p>

Anexo 2. Programa jornada sobre supervisión.

## **JORNADA SOBRE SUPERVISIÓN EN PSICOTERAPIA**

FECHA: Jueves 12 de Diciembre de 2013 de 9 a 18h.

LUGAR: Aula 1 del edificio de Docencia del Hospital Universitario La Paz

Acreditada como curso de Formación Continuada

Coordinadores Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega

### **PROGRAMA**

#### **09:00 a 11:30:**

- Presentación del curso y los participantes
- **1º parte** Lo que sabemos
  - Grupos focales: compartir la experiencia de supervisión

#### **11:30 a 12:00:**

- Pausa y elaboración resúmenes por portavoces

#### **12:00 a 14:30**

- **2º parte: Trabajo con la persona del supervisor (Ejercicios experienciales en dos formatos)**
- **3º Parte:** Trabajo con el método

#### **15:30 a 18:00**

- **4º Parte: Puesta en común**
  - **Resúmenes** de los portavoces del grupo
  - Contraste con literatura
  - Discusión: aprendizajes y dificultades
- Despedida
- Evaluación del curso

### Anexo 3. Solicitud de permiso para grabar

#### **SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR UNA GRABACIÓN AUDIOVISUAL DE LA JORNADA SOBRE SUPERVISIÓN EN PSICOTERAPIA**

##### **“COMPARTIR LA EXPERIENCIA DE LA SUPERVISIÓN ”**

Con objeto de poder analizar en profundidad *la jornada sobre supervisión en psicoterapia* en la que usted acepta participar, el equipo de investigación le solicita el permiso para proceder a la grabación en vídeo de dicha sesión.

*12 de diciembre de 2013*

Las grabaciones de este material se utilizarán para el análisis de su contenido por parte del equipo investigador.

Por favor, marque en la casilla correspondiente los usos de la grabación para los que nos concede permiso:

-----Uso restringido en medios profesionales: Para las necesidades de la investigación.

-----Uso ampliado en medios profesionales: Presentación de la grabación con borramiento o difusión de caras para evitar reconocimiento de identidad personal, en reuniones científicas y en congresos.

Fuera de estos ámbitos, el material grabado no será utilizado para cualquier otro propósito previamente no contemplado, como actividades promocionales o de venta directa.

Entiendo que puedo revocar mi decisión de aceptar o denegar el permiso de grabación cuando quiera.

Entiendo que mi participación y cesión de imagen es voluntaria y no recibiré retribución económica alguna por esto.

Nombre y apellidos del participante: -----

DNI

Firma:

Madrid, a        de        de        .

## Anexo 4. Codificación

### **Familia de código: Concepto**

Cambiar modo actuar  
componente docente  
Concepto  
contener angustia del supervisando  
evaluación  
límites de la supervisión  
Mirada externa  
Organizar datos  
Reflexión  
Seguridad / Fortalezas  
supervisión pares  
Supervisor como experto

### **Familia de código: Justificación**

Desbloqueo  
Desde dentro no se ve  
Distancia emocional

### **Código: Roles**

apoyo  
contener angustia  
crear clima emocional suficientemente bueno en la supervisión  
desafiar  
enseñar técnicas  
evaluar  
facilitar desarrollo rol de terapeuta  
facilitar desarrollo yo auxiliar  
facilitar nueva narrativa  
favorecer autoconciencia  
favorecer el conocimiento/aceptación de límites  
moderador grupo supervisión  
reflexión sobre el rol del terapeuta  
responsabilidad sobre el terapeuta enfermo  
según la experiencia del terapeuta  
seguridad  
señalar dificultades  
señalar fortalezas  
suspender juicio

### **Código: Expectativas**

abanico de posibilidades  
aprender a tolerar la incertidumbre  
ayúdame a pensar  
centrarse en el caso  
contención emocional  
demanda implícita vs explícita  
estilo supervisor  
facilitar la exposición  
irte con las cosas más claras  
mirada externa  
orientación  
que el supervisores se adapte a la forma de trabajar del terapeutas  
receta  
receta mágica  
relación de confianza y apoyo  
segun experiencia  
seguridad  
señalar errores  
señalar fortalezas

técnicas

**Código: Tipos de supervisión**

básica vs avanzada

contexto laboral

estabilidad del grupo

exposición

grupal

grupal continuada

grupal puntual

grupal puntual vs continuada

grupal sin pasarse

grupal, apoyo compañeros

grupal, señalamiento compañeros

grupos, moderador

individual

individual continuada

individual vs grupal

mas estructurada grupal

modelado

multiverso

puntual vs continuada

riesgos individual continuada

socializar al supervisor

universalidad

vulnerabilidad

**Código: Técnicas**

estructura sesión

formato

moduladores

supervisar al supervisor

técnica

técnica, adaptarse

vulnerabilidad del terapeuta

**Código: aspectos en los que se centra la supervisión**

aspectos personales del terapeuta

caso

conflicto a cualquier nivel

contexto asistencial

contratransferencia

de lo personal a la tarea

del caso al terapeuta

elegir caso

explorar foco

integrar

proceso

psicopatología

que no imponga sus puntos de vista

relación supervisores-terapeutas

relación terapéutica

según experiencia

técnicas

transferencia

**Código: Supervisión efectiva**

abrir

acompañamiento

ajustar expectativas

algo nuevo, nueva perspectiva

alivio angustia

autoobservación  
con más recursos  
conoce límites  
crecimiento terapeuta  
dificultad para saber qué es un resultado en supervisión  
disfrutar  
el paciente mejora?  
empoderado  
experiencia emocional buena  
facilita el descubrimiento al terapeuta  
incómodo  
más seguro  
mentalización  
reforzado en lo que está haciendo bien  
resumen supervisión efectiva  
se cuestiona  
supervisor tranquilo?  
tranquilo  
ver más claro

**Código: Supervisor efectivo**

abre  
acompañamiento  
actitud  
aprendizaje  
concluye  
conocimiento  
curiosidad  
directivo  
fortalezas  
freno  
herramientas  
modera  
personal  
reflexiona  
reta  
tranquilo

## ACRÓNIMOS

AAI: Adult Attachment Interview (entrevista de apego del adulto, por sus siglas en inglés)

ACGME: Accreditation Council for Graduate Medical Education

AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental

APA: American Psychological Association

ART, DART: grupos adquisición rol de terapeuta; dificultades en la adquisición del rol de terapeuta

BDI: Beck Depression Inventory

BACP: British Association for Counselling and Psychotherapy

CNP: Comisión Nacional de Psiquiatría

FEAP: Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia

FEATF: Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar

IPA: International Psychoanalytical Association

MIR: Médico Interno Residente

OQ-45: Outcome Questionnaire OQ-45

PIR: Psicólogo Interno Residente

RCPSC: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

SAS: Systems Approach to Supervision

SCM: Supervisor Complexity Model

SLQ-R: Supervisory Levels Questionnaire-Revised

SWAI: Supervisory working alliance inventory

TCC: Terapia cognitivo conductual

TDC: Terapia dialéctico conductual

TIP: Terapia interpersonal

UEMS: Union Européenne des Médecins Spécialistes