

DESDE SER PSICOTERAPEUTA, A SER SUPERVISOR CLÍNICO

FROM BEING A PSYCHOTHERAPIST TO BEING A CLINICAL SUPERVISOR

Ana María Daskal Minuchin

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6601-1974>

Psicoterapeuta. Santiago de Chile, Chile

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Daskal, A. M. (2023). Desde ser psicoterapeuta, a ser supervisor clínico. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 19-36. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38693>

Resumen

En el presente artículo, la autora enfatiza la importancia de la supervisión clínica para los terapeutas, así como la necesidad de otorgarle a la capacitación de supervisores clínicos, un espacio académico formal de formación en el marco latinoamericano.

Basándose en su experiencia clínica y académica en Argentina y Chile, recoge la información que existe en tales contextos acerca de las carencias de apoyo y sustento para quienes inician su carrera profesional como psicoterapeutas, así como la ausencia de espacios formativos de supervisores.

El artículo da a conocer una experiencia piloto realizada entre la Universidad Católica de Chile en conjunto con la Universidad de Heidelberg, por supervisores clínicos muy reconocidos, pertenecientes a distintos modelos psicoterapéuticos.

Diferentes modelos de supervisión, una metodología de capacitación para futuros supervisores, la apertura al mundo posible de supervisión on line a explorar, la supervisión clínica visualizada como una herramienta de protección y autocuidado para terapeutas y pacientes, son algunos de los aportes que este trabajo nos acerca.

Palabras clave: psicoterapeutas, supervisores, educación, entrenamiento, autocuidado

Abstract

In this article, the author emphasizes the importance of clinical supervision for therapists and the need to give formal academic training space to clinical supervisors within the Latin American framework.

Drawing from her clinical and academic experience in Argentina and Chile, she gathers information on the deficiencies of support and resources for those starting their careers as psychotherapists in such contexts, as well as the absence of training spaces for supervisors.

The article presents a pilot experience conducted between the Catholic University of Chile in collaboration with the University of Heidelberg, involving highly recognized clinical supervisors from various psychotherapeutic models.

Different supervision models, a training methodology for future supervisors, the exploration of the possibility of online supervision, and viewing clinical supervision as a tool for therapists' and patients' protection and self-care are some of the contributions that this work brings us.

Keywords: psychotherapists, supervisors, education, training, self-care

Fecha de recepción: 29 de agosto de 2023. Fecha de aceptación: 22 de septiembre de 2023.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: amdaskal@gmail.com

Dirección postal: Los Refugios del Arrayán 19000-parcela 38- Lo Barmechea-Santiago de Chile, Chile

© 2023 Revista de Psicoterapia



Como lo he manifestado en otras oportunidades (Daskal, 2008, 2022) el tema de la supervisión clínica es una preocupación reiterada que tengo tanto en el ámbito del ejercicio profesional como en el académico. En esta oportunidad, quiero referirme a la necesidad de la formación y capacitación de supervisores clínicos en el ámbito latinoamericano, tanto en el ámbito académico como en las instituciones de práctica clínica.

Egresada hace 50 años en Argentina, mis años de experiencia clínica y docente me permitieron convertirme en una terapeuta flexible e integradora y en supervisora clínica en diversos ámbitos en Chile y Argentina.

Como muchos de mis colegas y compañeros generacionales, la supervisión es hoy en día, mi actividad principal, en la que puedo integrar mi antigua formación psicoanalítica, mi formación sistémica, junto con el aprendizaje de técnicas gestálticas y cognitivo-conductuales y psicodramáticas.

Vivo y trabajo en Chile y las experiencias que menciono son de este país.

Esta autopresentación, es la que me permite afirmar que considero que la psicoterapia, sea de la orientación que sea, enfrenta a los psicoterapeutas con los temas humanos más difíciles, complejos y duros emocionalmente hablando.

Y es por eso, por lo que nos encontramos muchas veces con colegas que lamentablemente enferman, o se desilusionan de la profesión o deciden abandonarla porque sienten que se ocupan más de sus pacientes que de sí mismos. O atraviesan etapas de burnout como lo demuestran las investigaciones hechas principalmente en EEUU (Rupert y Kent, 2007; Rupert y Morgan, 2005; Schaufeli, 2006)

En medio de este panorama, para todos los que trabajamos en el mundo de la salud, el cuidarnos es una necesidad fundamental, además de volvernos más eficientes y eficaces con nuestros clientes.

Considero entonces a la supervisión clínica, como una de las medidas básicas que debemos tener a nuestro alcance para prevenir nuestro posible burnout (Camacho, 2003).

Pero no solamente me refiero a la necesidad de supervisión que todos los psicoterapeutas deben tener en su ejercicio profesional, también me estoy refiriendo al hecho de que no cualquier psicoterapeuta puede ser supervisor/a.

En el contexto latinoamericano, la comprensión de la importancia que tiene, la supervisión clínica, sobre todo si hablamos de profesionales jóvenes, recién iniciados, es muy deficitaria aún. Son muy pocas las instituciones académicas o asistenciales, que le den el status de un requerimiento imprescindible.

En Chile, sólo en algunas Universidades, durante el pregrado, la supervisión es una exigencia institucional.

Tampoco se destinan recursos para pagar a los supervisores y habitualmente las supervisiones clínicas, si existen, están en manos de profesionales apenas un grado más alto de formación y experiencia que los supervisados, pero que no han sido formados como tales, sino simplemente actúan como bomberos frente a situaciones incendiarias, como los intentos de suicidio, porejemplo.

Son muchos los ejemplos que tenemos de instituciones dedicadas al trabajo con drogadicción, violencia familiar, maltrato, abandono de niños y niñas, donde trabajan terapeutas recién egresados, que, obviamente por necesidad, aceptan condiciones muy insalubres, horarios interminables, hasta espacios de trabajo sin ventanas...

Hasta el momento, no existen en Chile investigaciones acerca de la presencia de supervisores clínicos en tales espacios. Pero lo preocupante es que tampoco hay mucha conciencia de lo imprescindible que es esa presencia para el buen desarrollo y alcance de las metas institucionales.

Es como si los terapeutas que se inician en estos contextos, fueran muchas veces tan abandonados como algunos de los pacientes que atienden.

Por supuesto que en esas condiciones y sin remuneraciones equiparables a las que podrían tener en otros contextos, los posibles supervisores, tampoco quieren acercarse a tales espacios. Y así se forma un círculo vicioso, en el que el “arréglate como puedas” se instala.

No creo equivocarme si digo que esta realidad se replica en la mayor parte de Latinoamérica. La supervisión clínica es vista como “un lujo”, y muchos colegas, sólo acceden a ella cuando disponen de recursos económicos para podérselas pagar privadamente.

En las Escuelas de Psicología, tampoco hasta este momento, se ubica a la supervisión clínica en un lugar de formación imprescindible. Hay alumnos que le asignan al término el carácter de un espacio de control y enjuiciamiento y le temen. No saben que es necesario para su trabajo y sólo asisten durante el Pregrado porque es una obligación. Una vez egresados, no está dentro de sus prioridades de tiempo y dinero. Y en las Universidades, sólo algunos post-títulos le hacen un espacio significativo.

En mi experiencia como Profesora de Magister, muchos alumnos me han dicho que entendían la necesidad, pero que sus recursos económicos no les permitían pagar la Universidad, una terapia y además una supervisión.

Y frente a este escenario, las instituciones formativas o asistenciales, no se hacen cargo de crear espacios de supervisión gratuitos para sus estudiantes y/o profesionales.

Los profesionales que han elegido ser psicoterapeutas, en cualquier tipo de orientación, al principio de su ejercicio, usualmente se ven “lanzados” a un conjunto de experiencias individuales, colectivas, institucionales, que los ponen a prueba en sus habilidades y capacidades, muchas veces en los momentos menos indicados para atravesar esos desafíos.

Considero entonces que: las supervisiones clínicas son una herramienta central de la formación, que acompaña a los terapeutas en el complejo camino de elegir un enfoque, una mirada, una intervención, que lo ayude con los pacientes y también consigo mismos, en un marco de confianza, cuidado, respeto.

Pareciera que no hay discrepancias respecto de esta afirmación que acabo de hacer.

Sin embargo, como lo planteara anteriormente (Daskal, 2022; 2008), los psicoterapeutas formados entre los años 1960 y 2000, difícilmente pensábamos que, para ser supervisores clínicos, se necesitaban habilidades específicas. Bastaba tener unos años de experiencia como terapeutas, para considerarse que ya se podía ser supervisor/a.

Y hasta el día de hoy, pese a que desde 1947 la supervisión clínica estuvo incluida en los curriculums de postgrado de la American Psychological Association por ejemplo, hay muchos contextos latinoamericanos al menos, tanto académicos como organizacionales de distinto tipo, que no han habilitado la formación de supervisores clínicos como especialidad.

Esta contradicción formativa, entre el reconocimiento de la necesidad por un lado y la falta de espacios donde los terapeutas puedan capacitarse como supervisores por otro, se mantiene a lo largo de los años, pese al progresivo reconocimiento del espacio de supervisión como esencial para la formación y acreditación como psicoterapeutas.

Sigue siendo muy frecuente, que se crea que cualquier terapeuta con experiencia clínica puede ser supervisor/a.

¿Qué da sustento a esta suposición? Desde mi punto de vista, el foco puesto en que lo que necesita un/una supervisor es entender qué pasa con los pacientes de su supervisado, cuál es el diagnóstico y por lo tanto el tratamiento adecuado que el terapeuta debe aplicar.

Pareciera no reconocerse que, entre el supervisor, el supervisado y el paciente, se crea una triangularidad compleja, que no requiere sólo de capacitación técnica y experiencia clínica, sino de muchas otras habilidades específicas que no son reducibles a las que un terapeuta tiene, independientemente de su orientación.

En Daskal (2008), me referí a aspectos principalmente teóricos de la supervisión clínica, en esta ocasión quisiera detenerme en puntos de vista que considero relevantes para la formación de supervisores clínicos y de ciertas experiencias de las que he participado en el ámbito académico chileno, por el convencimiento de que puede servir de estímulo, de ejemplo, de modelo, para ser replicado en otros contextos académicos latinoamericanos.

Experiencia de Formación de Supervisores

La experiencia que deseo comentar comenzó en el año 2008, en la Universidad Católica de Chile, en conjunto con la Universidad de Heidelberg, con la organización del Primer Diplomado Internacional en Supervisión Clínica.

La motivación era clara en el sentido de empezar a abrir un camino que sirviera no sólo a la Universidad sino a otras instituciones profesionales, para instalar la idea de que no cualquier terapeuta podía ser supervisor/a, sino que se requería una formación específica.

Coincidió este proyecto con que, en Chile durante esta etapa, en ciertas instituciones hospitalarias y clínicas privadas, se les empezó a exigir a los supervisores,

tener una acreditación como tales.

Ya en ese entonces, para ejercer la psicoterapia era deseable ser acreditado por la Sociedad Chilena de Psicología Clínica, luego de haber presentado todos los requisitos necesarios a la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos Especialistas en Psicoterapia (2001). Es esta instancia la que también se empieza a encargar de la acreditación del ejercicio de supervisores clínicos.

La presión que empezó a circular fue la principal motivación que llevó a la Universidad y luego a otras instituciones a abrir el espacio de formación específica que permitiera la acreditación de Supervisores clínicos y también a los futuros alumnos a elegir el Diplomado que se les ofrecía.

Conocíamos que en EE.UU y en algunos países europeos, se venían creando canales de regulación tanto para los psicoterapeutas como para los supervisores. En el caso de los primeros, ya se exigían obligatoriamente cierto número de horas de supervisión clínica, con supervisores acreditados por instituciones definidas para tal fin.

Pero por fuera de estos datos, desconocíamos cómo estaban organizados estos espacios académicos ni para qué habilitaban claramente.

Así fue como comenzó una experiencia muy novedosa y exitosa de ambas Universidades, con un grupo de terapeutas como equipo organizador, llenos de interés y entusiasmo.

Dicho equipo partió con cinco terapeutas de mucha experiencia clínica (Ety Rapaport, supervisora psicodinámica; Carmen Gloria Hidalgo, supervisora sistémica; Alex Kalawski, supervisor humanista; Mirenxtu Bustos, supervisora cognitivo conductual y Ana María Daskal, metasupervisora (supervisora de supervisores) y coordinadora del Taller de la Persona del Supervisor), tanto en Chile, Argentina como en Alemania, cada uno de ellos con una orientación psicoterapéutica diferente: humanista, sistémica, psicodinámica, cognitiva conductual e integrativa todos ellos psicólogos clínicos y supervisores acreditados.

A esta diversidad de enfoques la considero una de las razones principales de la particularidad de la experiencia.

El inicio del proyecto implicó, ante todo, ponerse de acuerdo en temas que no fueron simples, por ejemplo:

- poder compartir el criterio de la importancia en el mundo académico y para la formación de los terapeutas, de *la capacitación de supervisores*
- afrontar el desafío de crear el programa al que nos sujetaríamos, así como la metodología con la que podríamos trabajar.

No dudábamos que una de las dificultades para alumnos y docentes sería la de estar ubicado en dos roles simultáneos, que les exigirían habilidades distintas a las de enseñar a futuros terapeutas:

- en el caso de los alumnos, serían aprendices de supervisores (no de terapeutas) y como tales, serían supervisados
- en el caso de los profesores, serían supervisores de futuros supervisores

(no de terapeutas)

- definir a quiénes estaría dirigido este programa y qué requerimientos les pondríamos a los alumnos
- qué lugar se le otorgaba, desde la óptica de cada uno, a la supervisión clínica
- qué rol se atribuía cada uno como supervisor/a
- qué pensaba cada uno del uso de recursos tecnológicos como la cámara de Gesell o grabaciones de sesiones, en las supervisiones, etc.
- cuáles eran los cuestionamientos críticos de cada uno a la forma de hacer supervisión de los demás
- Como es fácil de observar, el debate entre los profesores invitaba a la creatividad, para poder encontrar coincidencias y/o desacuerdos en las miradas que justificaran metodologías diferentes en las supervisiones, y más allá de las técnicas, cuáles eran los supuestos teóricos que las sostenían

Por ejemplo, imaginar qué diferencias habría entre una supervisión psicodinámica y una sistémica y qué efectos diferentes tendría cada una en los alumnos, ya que todos participarían de los distintos tipos de supervisión, ¿se confundirían? ¿se libraría una batalla para defender una u otra para ver cuál era mejor que cuál? Las reflexiones acerca de estos temas, fueron abordadas a lo largo del Diplomado con todos los alumnos.

Ellos fueron seleccionados previa presentación de sus CV y de una entrevista personal con dos de los profesores. Tenían un grado de experticia en la psicoterapia de alrededor de 10 años, la mayoría eran integrantes de instituciones privadas y municipales de psicoterapia y para todos la supervisión era una herramienta básica de la formación de terapeutas, aunque no se veían especialmente adiestrados como supervisores.

Tampoco estaban seguros de que hubiera que tener herramientas específicas para ser supervisores, pero estaban curiosos por descubrirlas.

Estructura y Programa

Los profesores participantes, luego de prolongados debates, decidimos trabajar con la siguiente estructura:

El programa se planeó en torno a 200 horas, dentro de las cuales se incluyeron 2 seminarios intensivos internacionales y un ensayo final.

Las clases se darían una vez a la semana, con una duración de 4 horas por clase a lo largo de un año académico. El grupo se conformó en torno a 10 alumnos y cada profesor supervisaría a todos, a lo largo del año, cada quince días.

En cuanto al contenido, el Programa consistió en 4 módulos divididos de la siguiente manera:

1. Aspectos teóricos en la formación de supervisores
2. Habilidades y técnicas generales de supervisión

3. Habilidades y técnicas específicas de supervisión
4. Taller de la persona del supervisor/a

Todas las técnicas compartían la idea de que la supervisión clínica es (...) un espacio de apoyo para los profesionales en ejercicio, dentro del cual ellos pueden compartir experiencias clínicas, organizacionales, evolutivas y emocionales con otros profesionales, en un ambiente seguro y confidencial, en orden a mejorar sus conocimientos y habilidades(...). (Gordon, 2000)

Con esta amplia conceptualización inicial, era posible la inclusión de formas flexibles de supervisión: grupal, individual en grupo (2 supervisandos simultáneamente), la co-supervisión, la supervisión de equipos, la supervisión grupal entre pares, formatos mixtos de supervisión (Milne y Oliver, 2000).

Las clases, siempre presenciales, incluían el aprendizaje de técnicas de supervisión a través de role-playing, imagerías, representaciones plásticas y registros reflexivos personales.

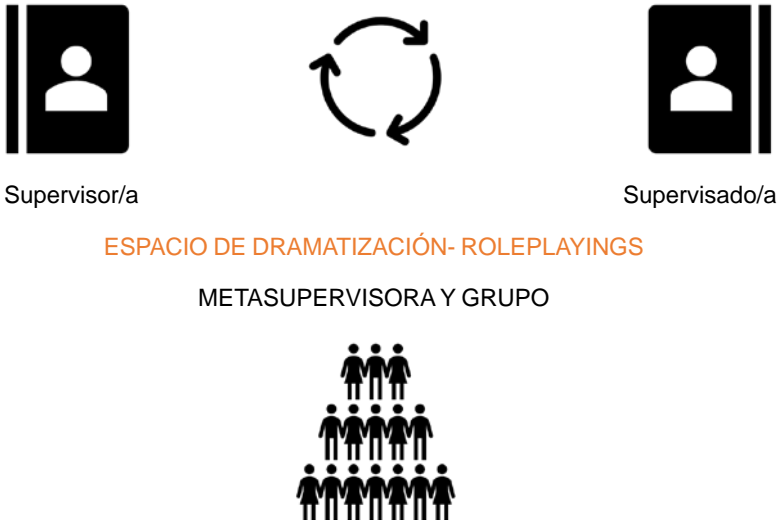
Participaban de a dos supervisores por vez y la metasupervisora, para ver un caso cada hora y media, que siempre tenía que ser un material de dificultad para el estudiante en tanto supervisor en formación (no como terapeuta).

La metasupervisora, al final de cada clase, hacía con los alumnos una identificación de los elementos comunes y los distintivos en ambas supervisiones, desde el punto de vista del enfoque utilizado.

Esta síntesis, al mismo tiempo que un enlace entre ambos supervisores, facilitó mucho el poder trabajar con los efectos que cada estilo o /y modelo de supervisión les aportaba.

Una de las dificultades recurrentes para los alumnos, era situarse en el rol de supervisores y no de terapeutas. Y para los profesores, tampoco era sencillo recordar que estaban trabajando para “enseñar a supervisar y no para supervisar el caso clínico”. Incluso, esto se manifestaba en la dificultad para “nombrar” cada rol: supervisado, supervisando, supervisor.

Dicho de otra manera, se trataba de hacer una co-supervisión de un caso que le fuera difícil al estudiante en formación de su supervisión a un terapeuta tratante. El esquema puede verse en la Figura 1.

Figura 1*Esquema de Co-supervisión*

El foco puesto en los futuros supervisores, y no en los pacientes, resultó de los aspectos más difíciles de implementar. Y fue material de debate importante en cada grupo el encontrar las diferencias entre ser el/la supervisor/a de un supervisor o de un/a terapeuta que pide supervisión para un/a paciente...

- La metasupervisora, se encargaba de enfatizar continuamente esta diferencia, contribuyendo a que cada supervisor así como cada alumno, descubriera sus puntos ciegos y/o sus estilos. En síntesis: hacía una supervisión de las supervisiones hechas por los profesores participantes, señalando dificultades, recursos personales y competencias del supervisado
- Estimulaba una reflexión sobre las intervenciones y técnicas aplicadas porque conocía bien sus supuestos
- Hacía visibles “las distintas voces de la supervisión”
- Señalaba algunos efectos evidentes de los distintos tipos de intervención de los supervisores, según su enfoque.

Taller “La Persona del Supervisor/a”

Otra particularidad del Diplomado fue la de hacerle un espacio al Taller sobre “La persona del supervisor/a”.

La idea detrás de esta propuesta, era poder tener un espacio de trabajo emocional con lo que significaba para cada uno convertirse en supervisores clínicos acreditados.

Para ello era necesario poder lograr un lugar de cercanía, confianza, intimidad, franqueza, autoreflexión, como complementario con los otros momentos de

aprendizaje clínicos centrados en técnicas o modelos teóricos. Y que al mismo tiempo contribuyera a la cohesión de un grupo que iba a compartir un espacio de aprendizaje a lo largo de un año.

Algunos alumnos habían participado de talleres de “La persona del terapeuta” en su formación sistémica y tanto para ellos como para quienes no lo habían hecho nunca, resultó una experiencia novedosa y aportadora de autoconocimiento.

Por otra parte, para aquellos que ya ejercían como supervisores en sus instituciones y tenían claro sus dificultades con el serlo, fue también una oportunidad de entender de dónde venían, con qué cosas entraban en conflicto, cuáles eran sus contradicciones.

El Taller, coordinado por la metasupervisora, se realizaba una vez al mes durante 4 horas. Sus objetivos eran identificar en cada participante:

1. las motivaciones que cada uno tenía para ser supervisor/a
2. la identificación de “escenas temidas”, riesgos y puntos ciegos de cada uno
3. conocer y cuestionar los modelos de supervisores que cada uno tuvo
4. identificar la relación que cada alumno tenía con el poder, las jerarquías y la autoridad
5. aprender algunas técnicas de enseñanza tolerantes y aceptadoras de las diferencias, del desconocimiento, de la inmadurez

Se usaban técnicas psicodramáticas, encuestas de autollenado, relatos autobiográficos.

Un ejemplo de ejercicio inicial en el grupo fue el que cada uno tuviera que representar, con una escultura hecha con sus cuerpos, una de sus experiencias como supervisados, en el momento en que estaban en los inicios de la actividad profesional o en la última parte del contexto de pregrado.

Fue sorprendente para todos, la aparición en esas representaciones de sentimientos de miedo, sufrimiento, vergüenza, rechazo, juicio, frente al/el supervisor/a. Sólo unos pocos alumnos evidenciaron aceptación o contención.

Esto dio lugar a poder trabajar con ellos cómo la falta de respeto, el autoritarismo, la omnipotencia, la rigidez, de muchos supervisores, se alejan mucho de las expectativas que los supervisados tienen respecto de ellos. Y cómo esto, para los que recién se inician como terapeutas, constituye una vivencia traumática.

Las experiencias atravesadas en el Taller permitieron la reflexión sobre muchos temas que rodean el espacio de supervisión y por supuesto la elaboración de muchas emociones que se desencadenaban al evocar la relación de cada uno con figuras parentales, otras figuras de autoridad, la ambivalencia en torno a ejercer o no poder, etc.

Esta dinámica, permitió además que cada alumno encontrara respuestas a preguntas tales como:

- de acuerdo con las habilidades que son importantes en los supervisores de terapeutas que recién se inician, ¿creo que yo las tengo o es preferible que no tenga supervisados noveles?

- ¿me veo en condiciones de poder supervisar? ¿a quiénes?
- ¿en qué momento de mi actividad profesional decidí que podía ser supervisor/a?
- ¿creo que los supervisores son necesarios en cualquier etapa de ejercicio profesional? ¿lo aplico a mi propia experiencia profesional?
- ¿con qué estilo de supervisión me siento más a gusto?
- ¿qué experiencias de supervisión he tenido que han sido frustrantes?
- ¿reconozco en mí deseos de sobresalir, mandar, corregir y visualizo que siendo supervisor/a puedo satisfacer estos deseos?

Para mí como metasupervisora, era muy evidente la riqueza del entrecruzamiento que se producía al verlos en espacios diferentes: podía correlacionar estilos de intervención, concepciones teóricas, prejuicios, experiencias vividas, con cómo cada uno intervenía en los otros espacios de aprendizaje, cuando se ejercitaban como futuros supervisores.

Proporcionarles un feedback de lo que veía fue muy iluminador de deformaciones profesionales, miedos, estilos con los que se podían sentir cómodos o incómodos, descubrir otros nuevos, correlacionarlos con experiencias familiares, etc.

Obviamente, también el grupo, servía mucho para la contención, el acompañamiento, el ayudarse al autodescubrimiento de habilidades, el compartir y empatizar con muchos temas que eran comunes a todos.

El trabajo que se fue dando en paralelo a las otras instancias del Diplomado, dio sus frutos visibles en cómo cada alumno/a cambió a lo largo del año, en estilos de intervención y en su seguridad personal respecto de su rol como futuros supervisores.

Así, se llegaron a conclusiones parecidas a las que se conocen en los terapeutas: no importaba tanto la técnica, el modelo que cada supervisor usaba, sino su persona, en tanto su cordialidad, su empatía con los alumnos, su sencillez, su capacidad para escuchar, su posibilidad de dar lugar a la visión de otro.

Estilos de Supervisión

En las supervisiones, como en los role-plays, se hicieron evidentes las características primordiales de los estilos usados por cada supervisor/a durante el Diplomado. Si bien fueron distintos entre sí, hubo 3 variables que, en las evaluaciones finales de los alumnos podrían sintetizarse así:

1. atractivo: flexible, apoyador, confiable, cálido, abierto
2. orientado a la tarea: concreto, explícito, estructurado, prescriptivo, focalizado, práctico
3. sensible: intuitivo, comprometido, creativo, ingenioso, reflexivo

Estas variables personales descritas podrían englobarse además en dos grandes grupos: estilos colaborativos y estilos jerárquicos de supervisión. Y en el Taller de la Persona del Supervisor, se lograban encontrar sincronías con sus estilos terapéuticos y con la elección de Modelos terapéuticos.

Modelo Evolutivo de Supervisión

Gracias al aporte y al trabajo conjunto con Krämmerer (2007), pudimos aprender a discriminar en los alumnos, en qué etapa de su desarrollo como psicoterapeutas, estaban, previo a empezar a supervisar:

El Modelo Evolutivo de supervisión atraviesa transversalmente cualquiera de los otros modelos, ya que la variable fundamental que tiene en cuenta es el grado de maestría como terapeutas de los terapeutas a ser entrenados.

- principiantes
- nivel medio de desarrollo
- avanzados

Desde esta mirada, dado que el foco se pone en la persona del supervisado, el/la supervisor tiene que hacer una valoración de las necesidades que surgen en el nivel que está, así como sus niveles de conocimiento.

En los grupos de supervisión, es muy importante para quienes van a supervisar, saber de la conformación del grupo: etapa de formación, si se conocen entre ellos, si comparten otras actividades formativas, si tienen vínculos por fuera del trabajo, etc.

En el caso de “los principiantes”, los supervisores tienen como metas:

- dar apoyo y estructura
- dar información
- dar indicaciones concretas
- disminuir la ansiedad del supervisado
- activar recursos
- recomendar bibliografía que sirva de guía

En el caso de supervisados en el “nivel medio de desarrollo”, los supervisores tienen que:

- actuar con flexibilidad, con más autonomía y menos estructura
- aclarar y elaborar ambivalencias respecto al consultante y a su propio rol en la supervisión
- tematizar la relación terapéutica
- Cuestionar visiones diagnósticas y terapéuticas del supervisado

Para la supervisión de “avanzados”, los supervisores están en posición de colegas y sus tareas tienen que ver con:

- Estimular y desafiar
- Actuar flexiblemente y centrados en la persona
- Hacer un análisis detallado y válido de fortalezas y debilidades del supervisado

Para poder empatizar con cada una de estas etapas, es necesario visualizar cuál es el grado de autoexposición que cada persona tolera: es muy comprensible que terapeutas recién iniciados, sientan más facilidad de compartir sus dificultades, sus emociones, con colegas de su mismo nivel que con supervisores y mucho más si el/la supervisor/a, desarrolla un estilo jerárquico, donde señala errores, da órdenes, no empatiza con la ansiedad del supervisado.

En cambio, con terapeutas experimentados, si bien se sabe que la relación de supervisión es asimétrica, el vínculo se horizontaliza, los supervisores pueden hacer uso de la autorevelación para ejemplificar lo que quieren transmitir, mostrando su flexibilidad.

Este reconocimiento de etapas diversas en quienes supervisan y las habilidades diferentes a ser desplegadas por los supervisores dependiendo de los casos, fue muy útil.

Si bien los modelos de supervisión psicodinámico, sistémico, humanista y cognitivo conductual tuvieron sus diferencias prácticas y teóricas, cada uno de ellos condujo a diferentes resultados en los supervisados, dependiendo *también de su etapa de desarrollo profesional*.

Dado que en la experiencia a la que me estoy refiriendo, la mayoría eran terapeutas con cierto grado de experiencia, no se presentaron situaciones frecuentes en las cuales los supervisores tuvieran que dar directivas, instrucciones claras o hacer evaluaciones judicativas sobre los alumnos.

Pero en el caso de que los alumnos hubiesen tenido poca experiencia clínica, las habilidades de los supervisores hubiesen tenido que ser otras.

Distintos Modelos

Quisiera ahora describir algunas características de los modelos usados por los profesores supervisores. Obviamente no es fácil hacerlo ya que el entrecruzamiento con los estilos personales y las interacciones supervisor-supervisado son siempre particulares y por lo tanto muy relativas.

Modelo de Supervisión Psicodinámica

En el caso de la supervisión psicodinámica, el foco tendió a estar puesto en las transferencias y contratransferencias que se podían discernir en la interacción psicoanalista-paciente.

A continuación, la supervisora entonces puso atención a las emociones transferenciales y contratransferenciales de los alumnos con sus supervisados, para ayudarlos a desbloquear los conflictos inconscientes que podían impedirles la intervención adecuada.

Se trabajaba con la persona del alumno en cuanto a sus propias experiencias como supervisado o a su sistema valórico, y se enfatizaba la necesidad de “neutralidad” del mismo como cualidad para ejercer bien su función.

Los supuestos teóricos que acompañan este modelo, no dieron margen a la improvisación y las intervenciones de los alumnos se acercaron muchas veces a la interpretación psicoanalítica.

En este formato de supervisión, lo “contratransferencial” se entendía como las vivencias del alumno en relación a su supervisado y al paciente y no a su propia persona y su rol.

Esto generó interesantes debates acerca de la “neutralidad” terapéutica entre

profesionales con distintos modelos de intervención.

El modelo psicodinámico, según lo manifestado por algunos alumnos, los hacía sentir más exigidos a no equivocarse, a tener miedo a la crítica y el temor a repetir con sus supervisados un esquema de relación jerárquica.

Modelos de Supervisión Sistémica

(...) definir a la psicoterapia únicamente desde los aspectos cibernéticos de la relación terapeuta-paciente, es quedarse varado en una parcialidad de su dialéctica. En esta dirección, con la finalidad de realizar un análisis completo –y con la aspiración de incrementar el grado de complejidad en el cual se encuentra inmersa tal relación- se deben tomar en cuenta las atribuciones cognitivas que devienen de los mapas que construyen los participantes de la sesión. Por lo tanto, cogniciones, interacciones y emociones del terapeuta deben ser analizadas, ya sea porque estimulan o bloquean a la dinámica de la psicoterapia y esto es la labor de la supervisión. (Linares y Ceberio, 2005, pp. 32-33)

Las características epistemológicas centrales en este modelo permiten considerar al supervisor como un miembro más del sistema junto al terapeuta o los terapeutas. Desde su lugar detrás de cámara, o viendo un video de una sesión en su consulta, siempre se incluye en lo que está viendo. Y hasta puede explicitarlo en función de su propia historia vital.

Por eso en las supervisiones con la Profesora sistémica, había mucho de juegos verbales, intervenciones paradójales, y una mirada que siempre era a un sistema, no sólo a un integrante de un sistema familiar, sino a la terapeuta interviniente en ese sistema.

Y este enfoque hacía que se creara un nuevo sistema interaccional concéntrico. No es lo mismo que ocurría en una supervisión indirecta, donde el terapeuta narra la intersección que se produjo en una sesión entre terapeuta y paciente.

En la supervisión sistémica que se ejerció en el Diplomado, el foco era el terapeuta y, por lo tanto, conocer datos de su persona le permitía al supervisor comprender mejor sus dificultades, su estilo, sus puntos ciegos.

Las sugerencias podían tener mucho de cambiar settings, incluir nuevos integrantes a la sesión y, por lo tanto, estimular en los futuros supervisores soltura, capacidad de improvisación, pérdida de miedos, flexibilidad.

Dado que en el Diplomado no contábamos con Cámara de Gessel, no se hizo supervisión directa. Tampoco se revisaron videos de supervisión de algunos terapeutas.

Se utilizaron los role-playings para poner en evidencia habilidades específicas de los supervisores: instrucciones muy claras, cortas, específicas, de manera de no confundir al terapeuta. Debe tener claro si la propuesta que le hace es aplicable por ese/esa terapeuta en particular. Debe aceptar que sus indicaciones sean adaptadas por el/la terapeuta a su lenguaje y estilo personal.

Se aclaró además que, en caso de trabajar con cámara, el/la supervisor puede proponerle al/la terapeuta salir de la sesión si lo ve en dificultades, con el fin de recibir instrucciones que lo ayuden.

Dado que, en general la resistencia que suelen presentar algunos pacientes para las sesiones en espejo, tienen que ver más con las dificultades de los terapeutas con esa configuración, es muy importante que sean preparados para el trabajo de supervisión en espejo.

No es fácil aceptar ser observado durante el trabajo terapéutico, más si se está acostumbrado a la soledad del consultorio. Por lo que los supervisores deben ser muy respetuosos y cuidadosos con sus intervenciones: no son jueces de un tribunal, sino parte de un equipo donde ellos también son personas con su historia, experiencias, emociones. No poseen ninguna “verdad”, sino que tienen que ir co-construyendo con el resto del equipo la visión y las intervenciones que ayuden a los consultantes.

En la supervisión sistémica, se pueden distinguir sub-sistemas en el grupo de supervisión: el familiar, el de la familia con los terapeutas y el de supervisión, que es el grupo de terapeutas con el/los supervisores.

A veces, este tercer grupo forma parte de una institución donde participa de actividades de formación o atención asistencial. Y esto permite que, frente a dificultades clínicas, se pueda entender entre quiénes existe el problema y de esa manera el/la supervisor puede sugerir intervenciones más variadas y en los distintos sistemas.

Es importante resaltar que, en este tipo de supervisiones, es más que necesaria la capacitación, no sólo para comprender las dinámicas del sistema, sino porque la inclusión de aspectos tecnológicos requiere comodidad, soltura, buen manejo, para que no perturbe la marcha de la sesión.

Modelo de Supervisión Humanista

En esta orientación, el supervisor, sintió una dualidad en su rol: por un lado, sabía que sus supervisados esperan de él la “Maestría”, que sepa de técnicas y de problemas humanos.

Por otro lado, desde su enfoque, hay un cuestionamiento a la “superioridad” que se les asigna a los supervisores: se sienten más cómodos en la posición de “no saber”, de estar sin ideas previas, en un estado casi de inocencia, sin desechar nada de antemano.

Desde el enfoque humanista, se le da mucha importancia a cómo ven el caso los consultantes, en este caso los supervisados, cuáles son sus criterios, sus puntos de vista y por lo tanto los supervisores son “compañeros de viaje”, como así también los terapeutas.

En el Diplomado, las intervenciones del supervisor humanista radicaban en ayudar a los supervisados a mirar qué era lo que ellos sabían, qué contradicciones y dudas tenían y qué puntos tenían que desarrollar, más que en lo que él podía entender o afirmar como supuesto “experto”. El clima que este estilo generaba era de comodidad, confianza, humor.

Los conceptos de “centrarse en el aquí y ahora”, el método fenomenológico, y la apertura a la experiencia, son centrales en este enfoque y eran usados por el supervisor en los role-plays.

Asimismo, y desde la idea de que los terapeutas o supervisores no son los poseedores de la verdad, las intervenciones facilitaban la comprensión para el consultante de que su visión no era LA visión sino UNA visión, lo cual contribuía a crear una interacción flexible, cómoda, respetuosa de todos.

En estas supervisiones, se consideraba que el trabajo del supervisor es el de ayudarlo a mirar al alumno supervisor, las construcciones que ha ido haciendo acerca de su supervisado y ser espectador de su posición de espectador. De esta manera, los supervisores ayudan a reformular las construcciones de sus alumnos respecto de sus supervisados.

Modelo de Supervisión Cognitiva Conductual

La supervisora de este modelo del Diplomado partió por definir su mirada como científica y humilde, no pretendiendo abarcarlo todo, siendo el foco de la supervisión el/la supervisando.

- Desde este punto de vista, explicitó que varios eran sus focos principales: Ayudar al supervisando a reconocer un problema
- A entender qué lo intranquiliza
- Qué es lo que cree que no sabe manejar del problema
- El poder ampliar la mirada sobre las dificultades
- Y al ampliarla, cambiarla

Así, llegaba a definir con claridad el objetivo de la supervisión. Delimitar claramente lo que se va a supervisar, implica tener hecho gran parte del trabajo. Y los objetivos tienen que ser concretos y alcanzables, de manera tal de poder después evaluar logros y obstáculos.

Para alcanzar los objetivos, es fundamental crear un clima cercano, donde los supervisandos no tuvieran vergüenza, temores, o miedo a mostrar sus ignorancias o errores.

Asimismo, enfatizaba que lo que se habla en una supervisión es confidencial, con un sentido ético y de co-responsabilidad supervisor/supervisando.

Dado que se hacía uso de dramatizaciones donde había un supervisor y un supervisando, cada uno de estos roles estaba representado por uno de los alumnos.

En cierto momento de la dramatización, se les pedía a cada uno que hablaran en voz alta lo que estaban sintiendo, como en un soliloquio. Y luego se comentaba entre todos, qué era lo que sentían. Y se analizaban los contrastes entre los observadores y los participantes en la escena.

El foco en la persona de los supervisandos, implicaba estar atento a su corporalidad, sus gestos, a tener información de su proceso como terapeutas, de sus preferencias de estilo, de su marco teórico, a su capacidad de escucha, a sus tendencias juzgadoras, a sus deseos de exhibir sus conocimientos y ser tomados como

modelos ante los supervisandos, a su capacidad de empatizar con las inseguridades y emociones que pueden sentir los supervisandos con sus supervisores.

Prestar atención a sus intenciones omnipotentes, a sus dificultades para construir equipo con otros, para abrirse a explorar con role-plays, a dar sugerencias de lecturas, etc.

Algunos Comentarios Generales

Dentro de los lugares de dificultad que los profesores supervisores encontraron en los alumnos, estaban aquellos que tomaban excesiva distancia de sus supervisados, los juzgaban y no empatizaban.

Otros, se ubicaban en una posición demasiado cercana, tomando como propias las visiones del supervisado y quedando atrapados en su propia trama.

Otros alumnos hacían gran acopio de datos, sin poder percibir los argumentos principales, los “nudos” a desenrollar con sus supervisados.

En otros casos, los alumnos resonaban mucho con las emociones que sus supervisados no podían sentir y ahí los supervisores tenían que ayudar a ayudar a sus supervisados a recuperar SUS emociones.

Una habilidad muy importante para que los supervisores enseñasen a sus supervisandos es cómo transmitir una emoción que están sintiendo, de una manera ayudadora para los supervisandos, no brutal, sino como un feedback de lo que ellos pueden despertar en otros.

Otras Maneras Actuales de Hacer Supervisión Clínica

Si bien la experiencia a la que me estoy refiriendo fue previa a la pandemia de COVID, actualmente y sobre todo a raíz de la misma, podríamos sumar a las formas de supervisión descritas, todo lo referido a la cybersupervisión, como otra forma posible que ha facilitado también la capacitación de terapeutas y de supervisores.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que el uso de internet para la supervisión clínica, requiere de cuidados éticos importantes, que se deben explicitar de entrada con los alumnos. Entre los más importantes, están las garantías de confidencialidad tanto del paciente/cliente/ usuario que son objeto del trabajo de supervisión como del supervisado/a.

Para esto es muy importante establecer normas de conducta para la comunicación y el manejo de la información circulante, apenas se comienza el trabajo.

Hay que remarcar que de cualquier forma que trabajemos, la responsabilidad sigue estando en el terapeuta, ¡no en la tecnología!

Hasta no hace muchos años, no hubo investigaciones que iluminaran las preocupaciones éticas planteadas al usar material clínico en correos electrónicos, o indicaciones de los supervisores a través de whatsapp, etc. (Clingerman y Bernard, 2004).

Muchos supervisandos, reconocen en esta forma de comunicación una facilitación del contacto con los supervisores y valoran la posibilidad de imprimir sus

comentarios. También ciertos estudios han evidenciado que los supervisandos se sienten menos estresados al poder contar con las herramientas que existen hoy en día vía internet, siempre y cuando ellas funcionen adecuadamente, por supuesto (Marrow et al., 2002).

Stebnicki y Glover (2001) atribuyen esta positividad al hecho de que hay un mayor sentido de apoyo, un estilo comunicacional más relajado e informal entre el/la supervisor y los alumnos, mayor comodidad para exponer sentimientos personales y problemas con el lugar de práctica, más tiempo para procesar y clarificar pensamientos.

Por otra parte, la comunicación vía internet tanto con pacientes como con supervisados, puede generar malos entendidos, al perderse datos no verbales importantes o que se omita información o que les demande más tiempo a los supervisores (Dudding y Justice, 2004).

En el caso de la supervisión sistémica, no se han visto muchas dificultades para presentar el material a supervisar a través de Internet, dado que los terapeutas están más habituados al uso del video-cámara, a la cámara de Gesell, a grabar sesiones con el consentimiento de los pacientes.

Y hoy en día, las supervisiones online permiten llegar a muchos terapeutas de diferentes zonas geográficas, mejorando de esta manera su capacitación y ejercicio profesional.

Una metodología muy usada consiste en que los terapeutas envían a los supervisores la grabación de una sesión, de manera que la puedan ver antes de encontrarse. Si bien esto implica mayor dedicación de tiempo por parte de los supervisores, los resultados para todo el equipo son muy satisfactorios.

Herramientas como Zoom y otras también se suman para hacer supervisiones donde es un grupo y no una sola persona, los que participan.

Pero hay que tener en cuenta que, en estos casos, estoy hablando de las supervisiones a terapeutas, y no de la formación de supervisores.

A la experiencia del Diplomado, le siguieron otras que, si bien no respondieron al mismo formato, tuvieron como objetivo la capacitación y acreditación de Supervisores, luego de haber realizado muchas horas de supervisión. Algunas se realizaron en marcos universitarios o institucionales privados.

Sin embargo, la experiencia a la que me referí en este artículo, por sus particularidades en cuanto a los diferentes modelos de supervisión, el espacio para una metasupervisión y para el Taller de la Persona del Supervisor, constituye desde mi perspectiva, una propuesta replicable.

No quiero finalizar este trabajo sin insistir en la importancia de la supervisión clínica para el trabajo de los terapeutas, así como la necesidad de la capacitación específica de los terapeutas que pretendan ser supervisores clínicos.

Así también, considero que nunca está de más recalcar la necesidad permanente que los terapeutas tenemos de ser supervisados, sean cual sean los años de ejercicio clínico, como una forma cuidadora y eficiente para sí mismos y sus pacientes, ya

que permite disminuir el efecto de stress laboral al cual estamos todos sujetos.

¡Los grupos de colegas en la misma etapa etaria, son una excelente herramienta para tal fin!

Referencias

- American Psychological Association. (1947). Committee on Training in Clinical Psychology. Recommended graduate training program in clinical psychology [Comité de formación en psicología clínica. Programa de formación de postgrado recomendado en Psicología Clínica]. *American Psychologist*, 2(12), 539-558. <https://doi.org/10.1037/h0058236>
- Camacho, J. (2003). *Sobre el síndrome del burnout o de estar quemado*. Fundación Foro para la Salud Mental. <http://www.fundacion foro.com/pdfs/archivo16.pdf>.
- Clingerman, T. L. y Bernard, J. M. (2004). An investigation of the use of e-mail as a supplemental modality for clinical supervision [Una investigación sobre el uso del correo electrónico como modalidad complementaria para la supervisión clínica]. *Counselor Education and Supervision*, 44(2), 82-95. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2004.tb01862.x>
- Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos Especialistas en Psicoterapia. (2001). *Reglamento*. https://psicologosarica.files.wordpress.com/2007/11/regl_acreditacion.pdf
- Daskal, A. M. (2008). Poniendo la lupa en la supervisión clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII(3), 215-224.
- Daskal, A. M. (2022). *La persona del terapeuta* (3ª Ed.). Ediciones UC.
- Dudding, C. C. y Justice, L. M. (2004). An E-supervision model: videoconferencing as a clinical training tool [Un modelo de E-Supervisión: Videoconferencia como herramienta de entrenamiento clínico]. *Communication Disorders Quarterly*, 25(3), 145-151. <https://doi.org/10.1177/15257401040250030501>
- Gordon, M. (2000). Clinical Supervision: a concept analysis [Supervisión clínica: un análisis conceptual]. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 722-729. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01329.x>
- Kämmerer, A. (2007). *Seminario Internacional en Supervisión Clínica*. Universidad Católica de Chile-Universidad de Heidelberg
- Linares, J. L. y Ceberio, M. (2005). *Ser y hacer en psicoterapia sistémica*. Paidós
- Marrow, C. E., Hollyoake, K., Hamer, D. y Kenrick, C. (2002). Clinical supervision using video-conferencing technology: a reflective account [Supervisión clínica utilizando tecnología de videoconferencia: un relato reflexivo]. *Journal of Nursing Management*, 10, 275-282. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2002.00313.x>
- Milne, D. y Oliver, V. (2000) Flexible formats of clinical supervision: Description, evaluation and implementation [Formatos flexibles de supervisión clínica: Descripción, evaluación e implementación]. *Journal of Mental Health*, 9(3), 291-304. <http://doi: 10.1080/jmh.9.3.291.304>
- Rupert, P y Morgan, D. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists [Entorno laboral y agotamiento entre psicólogos profesionales]. *Professional Psychology: research and practice*, 36(5), 554-560. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.544>
- Rupert, P. y Kent, J. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviours and burnout among professional psychologists [Diferencias de género y entorno laboral en comportamientos de sostenimiento de la carrera y agotamiento entre psicólogos profesionales]. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 88-96. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.88>
- Schaufeli, W. (2006). The balance of give and take: toward a social exchange model of burnout [El equilibrio entre dar y recibir: hacia un modelo de agotamiento basado en el intercambio social]. *International Review of Social Psychology*, 19(1), 87-131.
- Stebnicki, M. A. y Glover, N.M. (2001). E-supervision as a complementary approach to traditional face-to-clinical supervision in rehabilitation counseling: Problems and solutions [E-supervisión como enfoque complementario a la supervisión clínica tradicional en asesoramiento en rehabilitación: Problemas y soluciones]. *Rehabilitation Education*, 15(3), 283-293.