HERRAMIENTAS PARA EL/LA SUPERVISOR/A CLÍNICO/A EN LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES DE PREGRADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

TOOLS FOR THE CLINICAL SUPERVISOR IN THE TRAINING OF UNDERGRADUATE STUDENTS IN CLINICAL PSYCHOLOGY.

Cómo citar este artículo: Yung, V., Gabriela, (2023) Herramientas para el/la supervisor/a clínico/a en la formación de estudiantes de pregrado en psicología clínica. *Rev. De Familias y Terapias*, Año 32, N°55, diciembre 2023. Páginas 66 - 81. https://doi.org/10.29260/DFYT.2023.55D

Gabriela Yung Villalobos[1]

RESUMEN

La supervisión clínica en pregrado universitario es un proceso en el cual el/la supervisor/a se constituye como el/la principal responsable del desarrollo y efectividad de éste.

Considerando el planteamiento anterior, el presente artículo tiene como objetivo contribuir a supervisores/as clínicos/as con ciertas herramientas en la formación de pregrado de estudiantes en psicología clínica.

Se pondrá énfasis en los aportes del diálogo reflexivo, los principios del aprendizaje y el modelo sistémico integrativo, al proceso de supervisión clínica, en este nivel de formación profesional.

Finalmente, se expondrá un caso de supervisión realizado a una estudiante de psicología en una universidad chilena, lo que permitirá un análisis teórico-práctico de las herramientas propuestas.

Palabras clave: Supervisión clínica - psicología clínica - docencia universitaria.

1 **Gabriela Yung Villalobos.** Psicóloga, Universidad de la Frontera. Magíster y Especialista en Terapia Familiar Sistémica, Universidad de La Frontera. Supervisora Clínica Sistémica, Instituto Chileno de Terapia Familiar.

ABSTRACT

Undergraduate clinical supervision is understood as a process in which the supervisor is the main responsible for the development and effectiveness of the process.

This article aims to expose certain pedagogical competencies that could enhance the role of the supervisor in the undergraduate training of students in clinical psychology.

Emphasis is placed on the contributions of the Reflective Dialogue, the Evidence-Based Teaching and the Integrative Systemic Therapy to the process of Clinical Supervision at this level of professional training.

Finally, a theoretical-practical integration is presented, applied to a case of supervision of a undergraduate student in a Chilean university.

Keywords: Clinical supervision - clinical psychology - university teaching.

I. INTRODUCCIÓN

La supervisión clínica ha sido definida como un proceso crítico y fundamental en la formación de psicólogos/as clínicos/as (He, Hardy & Russell, 2022; Niño, 2020; Veilleux, Schwartz-Mette & Gregus, 2021). En una definición actualizada, Laso (2020) refiere que la supervisión clínica es: "un proceso destinado a auspiciar el desarrollo del terapeuta en el ámbito profesional, por medio de diálogo reflexivo en torno a las inquietudes que éste presenta sobre los casos y temáticas con los que va tropezando a lo largo de su práctica" (p. 17). Para este autor:

(…) *no es lo mismo asesorar, es decir, dar sugerencias e instrucciones sobre cómo manejar un caso, que supervisar; es decir, ayudar al terapeuta a aprehender los fundamentos de su trabajo tal y como se manifiestan en dicho caso"* (p. 14).

y resume: *"se asesora el caso, se supervisa al terapeuta"* (p. 18).

Otros objetivos ampliamente reconocidos de la supervisión clínica han sido: el apoyo y sostén a los/as supervisados/as, promover la capacidad de auto-observación y autocrítica en ellos y ellas –así como el aseguramiento de los estándares de calidad del servicio– y la orientación sobre los procedimientos más importantes de la intervención (Falender, 2014; Fonseca, 2020; Linares & Ortega, 2008).

Considerando estas definiciones, se releva la importancia de que los/as profesionales responsables de la formación clínica de estudiantes de pregrado posean una formación específica en supervisión clínica. Laso (2020) señala "se puede dominar una teoría, sin embargo, no saber supervisar" (p. 14). Si bien la psicoterapia presenta isomorfismos con el proceso de una supervisión clínica, ésta última tiene fundamentos, objetivos y roles distintos que son necesarios de considerar por los/as profesionales que la ejercen (He, Hardy & Russell, 2022; Niño, 2020).

Diversos autores (Kuhne, Maas, Wiesenthal & Weck, 2019; Newman, Faler, Hazel & Pomerantz, 2020; Veilleux & et al., 2021) refieren a la escasa evidencia sobre la eficacia de la supervisión hacia un beneficio

directo para los/as consultantes. Con este panorama, ha existido un creciente énfasis en un marco de competencias basadas en la evidencia para la formación de supervisores/as clínicos/as, tanto en habilidades interpersonales que permitan una alianza de trabajo adecuada, así como en aspectos técnicos y metodológicos (Barrett, Gonsalvez & Shires, 2020; Butler, Rivett, Hallack & Harris, 2021; Stewart & Johnson, 2021; Tugendrajch & et al., 2021).

En cuanto a la supervisión en distintos niveles de entrenamiento del supervisado/a, se destaca el modelo integrativo de desarrollo en supervisión de Stoltenberg y McNeil (2010), el cual posiciona a los/as estudiantes de pregrado en el nivel uno. En este se describe que los/as estudiantes se muestran inseguros/as y ansiosos/as en los procesos de atención clínica, tienden a centrarse en sus propias necesidades, generalizan conocimientos y habilidades clínicas, y podrían no desarrollar una integración adecuada entre la conceptualización teórica, las estrategias y los objetivos en el trabajo clínico.

En vista de lo anterior, se estima que la supervisión en este nivel debe ser un espacio estructurado, frecuente y que permita el desarrollo de las nociones éticas de los/as estudiantes. Debe existir responsabilidad de parte de los/as académicos/as de la institución universitaria para asegurar que el/la estudiante esté sostenido/a y apoyado/a durante todo el proceso de formación (Pitt & Teager, 2020), a medida que se adicionan nuevos roles y responsabilidades, considerando el ciclo vital en el que se encuentran al momento de la práctica profesional (Fonseca, 2020). Cabe mencionar que la supervisión clínica puede abordar problemas personales de los/as supervisados/as para evaluar el impacto que estas dificultades generan en su trabajo clínico. Sin embargo, no es un espacio de terapia en sí. De esta manera, el/la supervisor/a puede recomendar otros espacios para el desarrollo de habilidades que están fuera del alcance de la supervisión (He, Hardy & Russell, 2022).

Considerando los anteriores planteamientos, el presente artículo tiene como objetivo exponer ciertas herramientas para una efectiva supervisión clínica de estudiantes de pregrado, considerando las particularidades en este nivel de formación profesional específico y el rol pedagógico que suscita este proceso. En primera instancia, se realizará una descripción de estas herramientas. En segunda instancia, se presentará un caso de supervisión verídico, el cual ejemplifica el uso de éstas.

II. HERRAMIENTAS PARA LA SUPERVISIÓN CLÍNICA EN PREGRADO

2.1 El diálogo Reflexivo en la Supervisión Clínica

Laso (2020) propone el diálogo reflexivo en la supervisión clínica como una herramienta en la cual el/la supervisor/a genera preguntas y reflexiones que permitan al/la estudiante cuestionar sus propios planteamientos y, por ende, ampliar las perspectivas del caso clínico por el cual solicita asesoría.

> Mediante el uso del diálogo reflexivo, *distinto a un diálogo común*, el/la supervisor/a realiza dos acciones fundamentales:

1) Articula preguntas que subyacen a las creencias y/o acciones del/la estudiante sobre el caso clínico, en especial de aquellas que no han surtido el efecto terapéutico esperado.

2) Explicita los supuestos en los que los/as estudiantes se basan para analizar los problemas clínicos, lo que permitiría el avance hacia perspectivas más amplias y enriquecedoras del problema y del caso.

El uso de preguntas y reflexiones permitirá que el/la supervisora (de mayor expertise) propicie el desarrollo del/la estudiante, "enseñándole ante todo a orientar su atención a lo importante o urgente" (Laso, 2020, p. 129), con una actitud orientadora y colaborativa. Se considera que el diálogo reflexivo también es una herramienta de cuidado hacia el/la estudiante, puesto permite abordar tanto errores comunes como técnicos, teóricos y/o de comprensión del caso. Además, incluye ahondar en sus propias creencias sobre la realidad de una manera respetuosa y sin cuestionamientos directos que lo/a amenacen o inseguricen.

2.2 Los Principios del Aprendizaje en la Supervisión Clínica.

En 2019, la autora L.D. Borders analizó diversos estudios sistemáticos, los cuales destacaron la falta de atención a los métodos pedagógicos para la formación de supervisores/as, a pesar de que la supervisión se considera ampliamente como un proceso educativo. Esta autora plantea que estudiar teorías del aprendizaje tradicionales y adoptar prácticas de enseñanza basadas en la evidencia puede ser una tarea desafiante y abrumadora para profesionales que ejercen la docencia, puesto que su formación es más bien clínica que pedagógica.

Considerando lo anterior, la autora realizó una propuesta para la aplicación de siete principios del aprendizaje a los procesos de supervisión clínica. Estos Principios son:

Principio 1: el aprendizaje previo de los/as estudiantes facilitará o dificultará el aprendizaje actual.

Es recomendable que el/la supervisor/a active los conocimientos previos en psicología clínica, tanto técnicos como teóricos, que poseen los/as estudiantes. Al realizar esta activación, el/la supervisor/a podrá visualizar aquellos conocimientos que se encuentran erróneos o incompletos, pudiendo así corregir, enriquecer y profundizarlos. Se plantea que las supervisiones tendrán un doble objetivo: primero, asesorar el caso clínico en particular y, segundo, desarrollar conocimiento teórico/práctico que pueda ser aplicado a futuros casos.

Principio 2: para un aprendizaje efectivo, es fundamental que los/as estudiantes organicen el conocimiento que adquieren.

Es recomendable que el/la supervisor/a presente modelos teóricos al inicio del semestre académico. Estos constituirán una estructura general que permitirá que los/as estudiantes conecten los conocimientos que vayan adquiriendo durante el semestre con estos modelos presentados inicialmente. A partir de esta base teórica, ellos y ellas podrán ir profundizando y enriqueciendo sus aprendizajes. En el apartado de integración teórico-práctico, se expondrá un modelo teórico que podría ser de utilidad para la aplicación de este principio en la supervisión en pregrado universitario.

Principio 3: la motivación de los/las estudiantes sostendrá y direccionará lo que ellos y ellas vayan aprendiendo.

Se considera fundamental que el/la supervisor/a asocie los contenidos teóricos y aprendizajes surgidos de las supervisiones a los objetivos e intereses profesionales de cada estudiante y que estos aprendizajes puedan ser aplicados a escenarios y casos reales. Además, el/la docente activa la motivación de los y las estudiantes, mostrando entusiasmo y pasión por la profesión.

Principio 4: para desarrollar expertise, los/as estudiantes deben aprender habilidades básicas, practicar la integración de ellas y saber cuándo, cómo y por qué aplicar ciertos conceptos y habilidades clínicas.

Se plantea que el mayor desafío para los/as supervisores/as con mayor expertise es desglosar ciertas habilidades clínicas, ya que tienden a invisibilizar las herramientas que ellos/as mismos/as utilizan en la terapia. Considerando lo anterior, es recomendable que el/la supervisor/a invite constantemente a los/as estudiantes a reflexionar qué habilidades y conocimientos serían necesarios en la atención de un caso clínico hipotético. Con el avance del semestre, se les puede invitar a reflexionar sobre habilidades, teorías y modelos cada vez más complejos y especializados, a medida que también progresan los procesos psicoterapéuticos que están realizando con consultantes reales.

Principio 5: la formación clínica debe conectarse con trabajar específicamente hacia una meta que es desafiante, pero realista.

Lo anterior refiere a que los objetivos de aprendizaje deben estar planteados de tal forma que los y las estudiantes se puedan auto-observar y reflexionar sobre aquellas intervenciones que ellos y ellas creen que están haciendo correctamente y cuáles aspectos requieren mayor práctica. Para esto, se sugiere que el/la supervisor/a genere espacios de autoevaluación de los/as estudiantes e inclusive que generen un plan de mejora, con plazos de tiempo y estrategias específicas para la mejora de sus habilidades clínicas. Además, esto permitirá que el/la supervisor/a pueda realizar retroalimentaciones estructuradas basadas en los avances de estos compromisos en ciertos momentos del semestre académico.

Principio 6: los procesos de aprendizaje interactúan con el clima social, emocional e intelectual del grupo de estudiantes.

Esto implica que el/la supervisor/a se comprometa a propiciar un clima cálido en el aula de clases, el cual permitirá la construcción de aprendizajes significativos para cada psicólogo/a en formación, lo que se traduce en la generación de normas y reglas en las supervisiones. En primer lugar, el compromiso del grupo de estudiantes de escuchar atentamente a quien esté supervisando un caso clínico y, segundo, que se expliciten los principios de respeto a la diversidad de opiniones y el respeto a los turnos de habla en el debate de ideas.

Además de los planteamientos de Borders, se sugiere que el/la supervisor/a propicie la participación de cada estudiante e inclusive se respete si alguno de ellos/as no quiera verbalizar su opinión en un momento determinado. Por último, es recomendable solicitar a cada estudiante que pueda expresar sus observaciones como hipótesis clínicas (posibilidades) y no afirmaciones, lo que permitirá mantener un diálogo de manera constante durante el proceso, enriqueciendo las compresiones del caso clínico.

Principio 7: para convertirse en profesionales autónomos/as, los/as estudiantes deben aprender a monitorear y ajustar sus procesos de aprendizaje.

Esto refiere al proceso de metacognición necesaria para los/as estudiantes de dirigir sus propias reflexiones y aprendizajes. Es esencial que los/as estudiantes reflexionen constantemente y en relación a cada caso específico que atienden, en particular sobre lo que hacen y porqué lo hacen. Se sugiere el uso del role playing, técnica en la cual se puede corregir y retroalimentar a los/as estudiantes en un espacio seguro, y en el cual puedan reflexionar los pros y contras de la aplicación de ciertas técnicas/estrategias para resolver un problema de índole terapéutico.

A continuación, se presentará el modelo sistémico integrativo, el cual podría estructurar los procesos de supervisión en este nivel específico de formación. Esto en concordancia con el Principio 2 (sobre la organización del conocimiento).

2.3 El Modelo Sistémico Integrativo en la Supervisión Clínica.

El modelosSistémico integrativo ha tenido un desarrollo de aplicación e investigación de más de dos décadas, observándose beneficios y desafíos de su práctica en psicoterapia. Este modelo provee de una estructura que permite evaluar la pertinencia de las intervenciones terapéuticas en diversos tipos de problemas clínicos, en contextos sociales y culturales diversos y en procesos de terapia individual, familiar o de pareja. Además, puede ser utilizado en procesos de supervisión clínica, inclusive si el/la supervisor/a no posee expertise en los modelos teóricos conocidos por los/as estudiantes, ya que este modelo se basa en una serie de fases y tareas fundamentales de cualquier proceso de psicoterapia (He, Hardy & Russell, 2022).

El/la supervisor/a podrá definir con el/la estudiante en qué fase se encuentra el problema o impasse terapéutico y así delimitar el foco de la supervisión. Las 7 fases del Modelo son:

1. Definir y acordar con el/la consultante o sistema consultante (individuo, pareja o familia) quién o quiénes asistirán a la terapia.

2. Definir y priorizar adecuadamente el o los problemas con el/la consultante (o el sistema consultante).

En cuanto a estas dos primeras fases, también se recomienda el uso del rol playing en la supervisión. Así, el/la supervisor/a podría modelar una conversación colaborativa con el sistema consultante sobre quienes asistirán y cuál o cuáles son los problemas más importantes antes de generar cualquier tipo de intervención.

3. Localizar adecuadamente el problema en la secuencia de pautas del sistema consultante realizando preguntas claves sobre las emociones, pensamientos y acciones que ocurren antes, durante y después de la pauta conflictiva o problema (que los trae a consultar).

El/la supervisor/a aclara el desarrollo de estas secuencias en conjunto con el/la estudiante mediante el uso de preguntas reflexivas. Es importante orientar al estudiante para que él/ella no se apresure a delimitar el problema en una secuencia o bien, coloque énfasis sólo en ciertos aspectos de ésta (por ejemplo, sólo las emociones).

4. Identificar una secuencia de soluciones posibles con el/la consultante e identificar cómo implementarlas. El/la supervisor/a apoya a que el/la supervisado/a construya soluciones, utilizando su conocimiento

teórico y experiencia práctica previa. El/la supervisor/a puede realizar preguntas al estudiante acerca de la motivación del sistema consultante y su disponibilidad para llevar a cabo una secuencia de soluciones posibles, además de generar nuevas intervenciones en caso de que las planteadas inicialmente no tengan éxito.

5. Identificar y evaluar constricciones en el proceso asociadas a factores biológicos, de la estructura familiar, la cultura o el género, indagando en aquellas visiones de mundo del sistema consultante que pueden estar manteniendo el problema por el cual consultan. El/la supervisor/a genera preguntas que permitan la reflexión y construcción de hipótesis comprensivas por parte del/la estudiante.

6. Resolver los impasses terapéuticos considerando que ciertas intervenciones clínicas no están teniendo el efecto terapéutico esperado. Se debe tener en cuenta que las estrategias recomendadas deben ir de acuerdo con lo que el/la estudiante pueda aplicar efectivamente en el contexto de práctica profesional y de acuerdo con su nivel desarrollo profesional.

7. Generar nuevas intervenciones. Considerando la escasa experiencia clínica de los/as estudiantes, ellos/as tienden a utilizar repetidamente ciertos modelos o tipos de intervenciones. El/la supervisor/a puede motivar a que apliquen enfoques y estrategias distintas, siempre considerando la efectividad y riesgos de su utilización en un contexto y caso particular.

La autora de este artículo destaca que dada la estructura que entrega el modelo sistémico integrativo se genera una optimización de los tiempos de supervisión. Esto en la medida que los/as estudiantes pueden: 1. analizar en donde se encuentra la dificultad terapéutica que poseen, 2. focalizar una pregunta o motivo de supervisión y 3. en caso de encontrar dificultades a nivel técnico y/o teórico, realicen un estudio autónomo y posteriormente soliciten supervisión cuando presentan dudas que necesitan resolver de manera específica, incluyendo aspectos de la persona del terapeuta.

III. INTEGRACIÓN TEÓRICO - PRÁCTICA

A continuación, se expondrá un caso real de supervisión clínica a una estudiante de pregrado de psicología de una universidad chilena quien se encontraba en su proceso de práctica profesional. El caso permitirá ejemplificar las tres herramientas anteriormente desarrolladas en un proceso de supervisión clínica: el diálogo reflexivo (de Laso, 2020), la propuesta de Borders (2019) respecto a los siete principios del aprendizaje y la propuesta de He, Hardy y Russell (2022) respecto al modelo sistémico integrativo.

Este proceso de supervisión se realizó en distintas etapas (sesiones), y en este participaron también otras cinco estudiantes del mismo nivel de formación. Cabe mencionar que las estudiantes se encontraban realizando procesos de psicoterapia en un centro de atención psicológica gestionado por la universidad.

En cuanto al caso específico de supervisión, los antecedentes son: niño de 8 años (de quien se hará referencia como A), es derivado por recomendación del estableci-

miento educacional al centro de atención de la universidad (debido a la gratuidad del proceso). El motivo de la derivación refería a conductas agresivas del niño hacia sus pares en el contexto escolar. La adulta responsable es la madre (de 28 años). El niño vive con su madre y su abuela materna de 65 años.

En la primera sesión de supervisión de este caso, la estudiante presenta su dificultad inicial de la siguiente manera: *"no tengo información suficiente del caso clínico, porque la madre de A se limita a responder datos muy concretos… esto ha sucedido ya en tres sesiones"*. Desde ese punto, la supervisión transcurre con diversas observaciones y dudas de parte de las otras estudiantes, lo que no permitía generar un foco de supervisión. Se propone a las estudiantes escuchar los antecedentes del caso detenidamente y que posteriormente compartan reflexiones de manera organizada (lo que contribuyó a un clima emocional adecuado).

La estudiante expresa sus inquietudes. Tiene dos posibles explicaciones a este impasse: una es que la madre no entrega más información, porque "ella no está haciendo las preguntas adecuadas" y la otra explicación es que "la madre no quiere colaborar".

La primera parte de la supervisión consistió en contener a la estudiante, ayudándole a disminuir sus niveles de ansiedad. De no realizar primero este proceso (apoyo emocional a la estudiante), el posterior proceso de supervisión podría haber sido infructuoso. La supervisora explicitó el apoyo que se le entregaría para esclarecer los motivos de este impasse, cabiendo la posibilidad de que ella estuviese procediendo incorrectamente en algún punto, pero anterior a cualquier cuestionamiento sobre su desempeño, se deben analizar diversos factores muy importantes. Además, se le realizó la observación que ella ya estaba construyendo una alianza terapéutica con A (paciente índice), quien sí le ha entregado información importante en las sesiones que se habían efectuado.

Considerando las fases del modelo sistémico integrativo, la supervisora realizó preguntas que activaron el conocimiento previo de la estudiante respecto a las tareas iniciales de los procesos de psicoterapia. Es decir: definir el sistema consultante y definir los problemas terapéuticos. Se transcribe parte del diálogo entre la supervisora y la estudiante supervisada:

> Supervisora: *"…vamos comprendiendo la dificultad… Debemos considerar que fue el colegio de A, el cual realizó la derivación, ¿Conoces cómo se generó dicha derivación? ¿Qué opinó la madre al respecto? ¿Qué opinó A sobre esto?"*
>
> Estudiante: *"la profesora y el encargado de convivencia escolar del colegio sugirieron acudir a nuestro centro, pero no estoy segura si ellos le explicaron en qué consistía la atención… Al inicio, le expliqué a A y a su mamá sobre la confidencialidad del proceso".*
>
> Supervisora: *"¿Qué información les pudiste entregar?"*
>
> Estudiante: *"que toda la información que conversemos en las sesiones es privada, que una docente me supervisará"…* (se detiene unos segundos a pensar)… *"ahora que lo analizo, hice el encuadre muy rápido, creo que no les expliqué bien".*
>
> Supervisora: *"¿Recuerdas cuál es el primer paso de un proceso de psicoterapia?"*
>
> Estudiante: (se detiene unos segundos a pensar) *"conocer el motivo de consulta y conocer las expectativas de*

los/as pacientes... ¡no les pregunté sus expectativas!".

Supervisora: *"¿qué podrías hacer entonces?"*

Estudiante: *"primero, consultar a A y a su mamá sus expectativas de la atención y además, realizar nuevamente el encuadre de confidencialidad del proceso y clarificar los roles de cada persona involucrada (docentes y otros/as estudiantes), explicitando que existe información que no se puede entregar al establecimiento educacional sin su consentimiento"...* (se detiene a pensar), *"tal vez por eso la mamá no quiere dar más información".*

Las preguntas de la Supervisora: "*¿Conoces cómo se generó dicha derivación? ¿Qué opinó la madre… ¿Qué opinó el niño al respecto?".* Estos son ejemplos de preguntas utilizando un diálogo reflexivo (Laso, 2020), puesto tienen la intención de que la estudiante analice el proceso. La supervisora primero propicia la reflexión y no explica de inmediato el procedimiento idóneo a realizar.

Hacia el final de la sesión de supervisión, se comparte el siguiente diálogo:

Supervisora: *"¿Cuál crees que era tu dificultad?"*

Estudiante: *"no haber indagado en las expectativas de la madre y del niño... fueron derivados por el colegio, pero no le pregunté cómo se sentían o qué opinaban sobre la derivación... es posible que tampoco le expliqué adecuadamente los marcos de confidencialidad de la atención de nuestro centro".*

Posteriormente, se abre el espacio para que el grupo comparta ideas y reflexiones:

Participante 1: *"me doy cuenta de lo importante que es generar un encuadre inicial con nuestros y nuestras consultantes, en el cual se explicite muy bien la confidencialidad del proceso".*

Participante 2: *"me parece importante que la madre pueda decidir el lugar de atención de su hijo, puesto que es posible que el proceso que ofrecemos en nuestro centro no le acomoda, ya que otras personas (los/as docentes y otros estudiantes) conocerán sus antecedentes… sería pertinente ofrecer otra alternativa en ese caso"*

Para una mejor comprensión, se continuará analizando el proceso de supervisión de este caso, según las fases propuestas por el modelo sistémico integrativo:

Fase 1: Definir el sistema consultante.

Se puede observar la dificultad terapéutica en este caso, en cuanto no se ha consultado a la madre y el niño por sus expectativas del proceso, es decir, no existe un sistema consultante aún. Las preguntas en la supervisión permitieron orientar a la estudiante sobre qué tarea terapéutica es necesaria de realizar primero: construir un motivo de consulta y, además, generar un espacio seguro en el contexto de terapia.

Fase 2: Definir y priorizar adecuadamente el problema clínico.

En una segunda supervisión del caso, la estudiante expuso los resultados exitosos una vez realizado un encuadre de confidencialidad y ya construido un problema a trabajar. La estudiante refiere: *"A mi paciente le gustaría saber cómo defenderse de sus compañeros, ya que lo molestan en el colegio, lo que le genera rabia y reacciona agresivamente... la madre coincide en que le gustaría saber cómo orientar*

a su hijo cuando posee este tipo de problemas en el colegio". Lo anterior denota cierto nivel de construcción de un motivo de consulta, el cual sería desarrollar herramientas de resolución de conflictos en el contexto escolar.

Fase 3: Localizar adecuadamente el problema en la secuencia de pautas del sistema consultante.

La estudiante indagó en las soluciones intentadas por parte del establecimiento educacional y de la familia, pudiendo trazar algunas pautas de interacción que mantenían el problema. En este caso existían medidas punitivas de parte del profesorado hacia A por su comportamiento, pero, por otra parte, él también recibía refuerzo positivo de parte de su abuela cuando "se defendía a golpes" de las burlas de sus compañeros.

Fase 4: Identificar una secuencia de soluciones posibles con el/la consultante e identificar cómo implementarlas.

En una de las sesiones de terapia, se estableció que efectivamente la madre requería que los antecedentes familiares no sean compartidos con los/as funcionarios/as del colegio. Considerando lo anterior, se decidió no generar coordinaciones directas con el colegio, sino que se habilitó a la madre para que ella pueda solicitar el apoyo del programa de convivencia escolar y pudieran diseñar estrategias de resolución de conflictos entre los estudiantes del curso –que se encontraban en conflicto constante–. De esta manera, se puede señalar que las supervisiones clínicas y la reflexión conjunta permitieron decidir una línea de intervención y descartar otra.

Fase 5: Identificar y evaluar constricciones en el proceso.

En sesiones posteriores, la estudiante generó una sesión con el sistema de cuidado del niño (la madre y la abuela). Esto con el objetivo de abordar las pautas de resolución de conflictos en la familia, puesto se hipotetizó que estas pautas incidían en cómo el niño resolvía conflictos en el contexto escolar. La estudiante pudo observar las creencias de la familia en torno a una validación del uso de la violencia, en especial, si se trataba de niños/as (una posible *visión constrictiva de mundo*).

Fase 6: Resolver los impasses terapéuticos y Fase 7: Generar nuevas intervenciones.

Ya identificado un motivo de consulta, una secuencia de intentos de solución que mantenían el problema e identificado una "visión constrictiva" de parte de la familia. La estudiante planificaba continuar la intervención realizando una sesión psicoeducativa a la familia (niño, madre y abuela) sobre resolución de conflictos. En una sesión de supervisión posterior, se le invitó a reflexionar en torno a los alcances y limitaciones de utilizar un modelo psicoeducativo en este caso en particular.

El grupo de estudiantes debate en una de las supervisiones de caso que los beneficios de este modelo psicoeducativo serían propiciar un espacio de reflexión y diálogo. Sin embargo, la limitación de sus alcances es que la familia lo pudiese percibir como imposición, teniendo ya dificultades para recibir las recomendaciones de los/as funcionarios/as del establecimiento educacional sobre el manejo de la conducta de A. En este punto, la estudiante reconoce su confusión. Se transcribe parte del diálogo de la supervisión, para explicitar el impasse ocurrido en este punto:

> Estudiante: "*la mamá de A me señaló que quería ayudar a su hijo a resolver conflictos con sus compañeros, pero en la última sesión me contó que cuando*

ha acudido al colegio, ella le ha dicho a la profesora jefe que los compañeros de A deberían ir a terapia y no su hijo".

Supervisora: *"Comprendo que te confunden estas dos posturas, parecen contradictorias, pero podemos analizar qué está sucediendo para que en las sesiones de terapia, ella te solicite apoyo, pero que en el otro contexto (colegio) señale otra postura... ¿Qué estará sucediendo en ese otro contexto (el colegio) para que ella tome esa postura?".*

Estudiante: *"¿usted se refiere a cómo el colegio aborda las situaciones con ella?"*

Supervisora: *"Claro, pueden existir diferencias en cómo ella se siente en el espacio terapéutico y en cómo se siente en el colegio de su hijo".*

Estudiante: *"puede ser que se sienta amenazada en el colegio… ella me señaló que se siente cuestionada constantemente por la profesora y el encargado de convivencia escolar".*

Supervisora: *"¿ella se percatará de estas incongruencias?".* Este es otro ejemplo de diálogo reflexivo, puesto que es una pregunta que permite a la estudiante reflexionar que estas contradicciones no serían intencionales, sino que obedecen a las relaciones que se establecen en dos sistemas sociales distintos (sistema terapéutico y, por otra parte, establecimiento educacional).

Las estudiantes del grupo participan también, entregando hipótesis interesantes:

Participante 1: *"es posible que la mamá sí crea que su hijo puede enfrentar de diferente forma estos conflictos con sus compañeros y que ella puede ayudarlo, pero recibe el mensaje de su propia madre (abuela de A) que el problema es de los compañeros y que el colegio es quien no sabe cómo intervenir… así que ella (mamá) finalmente obedece a lo que le dice la abuela".*

Participante 2*: "puede ser que A también observe estas contradicciones, entre su mamá, su abuela, su profesora jefe, el encargado de convivencia escolar y piense ¿A quién le hago caso?".*

Considerando todo lo anterior es que en la supervisión se deciden los siguientes focos de intervención: 1. abordar con el sistema de cuidados (madre y abuela) sus creencias respecto a la resolución de conflictos, 2. el cómo estas creencias se traducen en acciones específicas que mantienen el problema (mensajes contradictorios a A) y 3. se les invita a observar y cuestionar, considerando que también se traduce en limitaciones para el desarrollo social del hijo/nieto. Esto en un espacio protegido para ellas (no amenazante), lo cual lo diferencia de la intervención que puede realizar el establecimiento educacional (el cual por sus lineamientos técnicos, no puede generar un espacio terapéutico en sí mismo).

A continuación, se expondrá la aplicación de los siete principios del aprendizaje a este caso en particular de supervisión clínica:

Principio 1: en relación con los conocimientos previos.

Las estudiantes cursaron una asignatura sobre intervención clínica en psicología el semestre académico anterior en la cual se les presentó el modelo sistémico integrativo –incluyendo sus fases y tareas–. De esta manera, la supervisora sólo activó los conocimientos previos que poseía la estudiante, preguntando: *"¿Recuerdas cuál es el primer paso de un proceso de psicoterapia?".*

Principio 2: en relación a la organización del conocimiento.

Debido a sus resonancias con el caso, la estudiante no consideró el modelo anterior, buscando resolver rápidamente el motivo de consulta. Sin embargo, al recordarle la existencia de las tareas básicas de un proceso de intervención –y ella teniendo ese conocimiento organizado–, lo pudo aplicar cuando fue necesario en la supervisión y también en el posterior trabajo clínico que realizó.

Principio 3: La motivación de los/las estudiantes sostendrá y direccionará lo que ellos y ellas vayan aprendiendo.

La estudiante había expresado durante el semestre académico su interés en trabajar a futuro como psicoterapeuta infanto-juvenil. Durante una de las supervisiones, se pudo abordar con el grupo de estudiantes que la información significativa no solamente la entregan las personas adultas de una familia, sino que también los/as niños/as y los/las adolescentes. Inicialmente, la estudiante supervisada creía que no podía avanzar porque la madre no quería "entregar" información, mientras que A (niño) le había compartido sus emociones, sentimientos y pensamientos sobre lo que le sucedía tanto en el colegio como con su familia. Esto se configuró como un aprendizaje significativo para su futuro laboral (y también para el de sus compañeras, como algunas expresaron en la supervisión).

Principio 4: sobre la práctica e integración de habilidades clínicas.

Al finalizar cada supervisión, se proponía a la estudiante que planificara la próxima sesión con la familia en base a las recomendaciones de la supervisora y de su grupo de compañeras. Sesión a sesión, fue completando progresivamente las tareas propuestas en el modelo sistémico integrativo, fue presentando sus avances, reflexiones e impasses en diversos momentos de supervisión.

Este desglose de habilidades clínicas, en un proceso paulatino de desarrollo, permitió a la estudiante "controlar su ansiedad", promover su capacidad de auto-observación y templanza, lo que también le permitió avanzar en una de las herramientas clínicas centrales: la construcción del vínculo terapéutico con el sistema consultante.

Principio 5: sobre el trabajo en metas desafiantes, pero realistas.

Al inicio del semestre académico se propuso a las estudiantes el generar un plan de mejora. En este analizaron aquellas habilidades subdesarrolladas en el año académico anterior y planificaron acciones concretas para el mejoramiento de estas habilidades durante el presente semestre académico. La estudiante supervisada fue capaz de reconocer sus fortalezas y debilidades en base al plan de mejora ya habilitado con anterioridad. En este caso, ella visualizó la importancia de detenerse en la primera fase del proceso terapéutico, sobre todo en cuanto a definir un motivo de consulta adecuadamente y generar un espacio seguro para el trabajo psicoterapéutico. Comprendió que este caso en específico se apresuró a comenzar la intervención lo antes posible. Además, visualizó en ella misma la capacidad para el trabajo con niños. En este caso específico, que ya había logrado establecer un buen vínculo terapéutico con A.

Principio 6: sobre el clima emocional de la supervisión.

En cada supervisión de caso se proponía a las estudiantes, en primer lugar, escuchar detenidamente los antecedentes, en segundo lugar, permitir que la supervisora formu-

le algunas preguntas generales y aclaratorias y, posteriormente, se abriría el espacio para que cada una de ellas comente sus observaciones. Esto no solamente favoreció un clima emocional colaborativo, sino que también aseguró que sean parte del proceso y de los aprendizajes co-construidos entregando hipótesis que no habían sido consideradas por la supervisora.

En este punto, es importante recalcar que si bien el/la supervisor/a es el principal responsable del proceso, no significa que él/ella deba advertir todos los aspectos de un caso clínico. Precisamente la supervisión grupal permite el enriquecimiento de los aprendizajes de cada estudiante, pero también el enriquecimiento del/la supervisor/a en su propio proceso profesional en dicho rol formativo.

Principio 7: sobre la autonomía en el aprendizaje.

Cabe mencionar que la estudiante pudo realizar numerosas sesiones de terapia con la familia pero, posteriormente, tuvo que derivar el caso a otro estudiante, ya que su práctica profesional terminó. A pesar de que no se pudo finalizar el proceso con una alta terapéutica, los aprendizajes suscitados de la intervención realizada en este caso específico permitieron, a su vez, aprendizajes que podían ser aplicados por ella en su futuro laboral. Se invita a reflexionar *¿Qué fue lo terapeútico en la intervención que pudiste realizar? La estudiante señala: "haber entregado un espacio seguro para que la familia pudiera hablar de su dificultad para resolver problemas... había disposición de la mamá, del niño y de su abuela de hacer las cosas de manera distinta, pero necesitaban un espacio seguro para abordarlo, un espacio distinto al que podía entregar el colegio y si bien, no pudimos terminar el proceso hasta el cumplimiento de los objetivos, la familia siente un alivio...*".

Considerando que en los procesos de formación los/as estudiantes no siempre pueden finalizar los procesos de psicoterapia, es de suma importancia abordar con ellos/as los aprendizajes para la atención de futuros casos clínicos y también apoyarles a generar "un traspaso" adecuado y ético del caso clínico a otro/a estudiante en formación u institución (para la continuación del proceso psicoterapéutico). En este caso, la estudiante refiere haber aprendido la importancia de "generar un espacio seguro". Se le invita a reflexionar también *"¿Qué propició que tú pudieras generar todos estos aprendizajes?". Ella menciona: "me sentía apoyada en este espacio… y eso me permitió ver con mayor claridad las tareas terapéuticas que debía realizar"*.

IV. CONCLUSIONES

Este artículo pretendía aportar herramientas para el/la supervisor/a clínico/a en el nivel de pregrado universitario, independiente del enfoque teórico que utilice como psicoterapeuta.

Considerando lo anterior, se colocó énfasis en los principios del aprendizaje, –basados en evidencia científica– los cuales resumen aquellas habilidades y condiciones que puede propiciar el/la supervisor/a para un proceso exitoso de aprendizaje en el contexto de una supervisión clínica en psicología. Este modelo puede contribuir a medida que el/la supervisor/a: 1. activa y ayuda a organizar el conocimiento construido por los/as estudiantes, 2. considera las motivaciones e

intereses profesionales de ellos/as, 3. favorece un clima emocional colaborativo y 4. fomenta el automonitoreo y compromiso de los/as estudiantes en su formación profesional. La autora L.D. Borders (2019) plantea la necesidad de continuar estudiando el posible impacto de este modelo para su uso en los procesos de supervisión.

Por otra parte, se presentaron las posibles contribuciones del modelo sistémico integrativo. La principal ventaja de este modelo es que puede ser utilizado por el/la supervisor/a inclusive si los enfoques teóricos aprendidos por los/as estudiantes no sean de su expertise. Esto porque se enfoca en el desarrollo de competencias clínicas esenciales, incluyendo la construcción de una alianza terapéutica con el sistema consultante.

Se deben resaltar las particularidades de los procesos de supervisión clínica a estudiantes de pregrado, puesto debe ser un espacio estructurado y seguro (Pitt & Teager, 2020; Fonseca, 2020). Es decir, que considere los principios que subyacen al desarrollo de aprendizaje de los/as estudiantes teniendo presente que la supervisión clínica también es un proceso educativo (Borders, 2019) y en el cual se debe asegurar la calidad del servicio entregado (Falender, 2014).

Finalmente, y considerando un panorama incierto en torno al impacto efectivo de los procesos de supervisión en el bienestar de los/as consultantes, se puede relevar la importancia de nichos de investigación futura en torno a la temática de la supervisión clínica. En especial en la formación de pregrado, puesto el/la supervisor/a (en su calidad de docente universitario/a) es el principal responsable de los procesos de atención a consultantes por parte de estudiantes.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barrett, J., Gonsalvez, C. J., & Shires, A. (2020). Evidence-based practice within supervision during psychology practitioner training: A systematic review. *Clinical Psychologist,* 24(1), 3-17.

Borders, L.D. (2019). Science of Learning: Evidence-Based Teaching in the Clinical Supervision Classroom. *Counselor Education & Supervision*, 58, 64-79.

Butler, C., Rivett, M., Hallack, Z. & Harris, M. (2021). Systemic supervision, the last frontier: Towards a scale that measures systemic supervision. *Journal of Family Therapy*, 43, 828-851.

Falender, C. (2014). Clinical Supervision in a competency-base era. *South African Journal of Psychology*, 44(1), 6-17.

Fonseca, J. (2020). "Del estudiante al psicólogo: transformaciones identitarias en procesos de supervisión". En Román (Ed) *Retos y Desafíos de la Supervisión Clínica Sistémica* (pp. 39 - 61). Bogotá, Colombia: Ediciones USTA.

He, Y., Hardy N., & Russell W. (2022). Integrative Systemic Supervision: Promoting Supervisees' Theoretical Integration in Systemic Therapy. *Family Process*, 61, 58-75.

Kuhne, F., Maas, J., Wiesenthal, S. & Weck F. (2019). Empirical research in clinical supervision: a systematic review and suggestions for future studies. *BMC Psychology*, 7, 54-64.

Laso, E. (2020). *Guía Integral de Supervisión en Psicoterapia*. Madrid, España: Ediciones Morata.

Linares, J.L. & Ortega, J. (2008). *Terapia Familiar: Aprendizaje y Supervisión*. Ciudad de México, México: Trillas.

Newman, D., Faler, A., Hazel, C. & Pomerantz, L. (2020). Supervision Training in APA-Accredited School Psychology Doctoral Programs: An Analysis of Syllabi. *Training and Education in Professional Psychology*, 15(3), 176-188.

Niño, J. (2020). La supervisión como contexto de consultoría en la formación de psicólogos clínicos y terapeutas sistémicos. En Román (Ed) *Retos y Desafíos de la Supervisión Clínica Sistémica* (pp. 169 - 194). Bogotá, Colombia: Ediciones USTA.

Pitt, M. & Teager A. (2020). Clinical, peer and academic supervision: A proposed structure for supporting undergraduate psychology placement students. *Clinical Psychology Forum*, 336, 34-40.

Stewart, D. W. & Johnson, E. (2021). The Relational-Expressive Dual-Continuum Model of Clinical Supervisor *Training. Training and Education in Professional Psychology*. Páginas no especificadas.

Stoltenberg, C.D. & McNeil, B.W. (2010). *IDM Supervision: An Integrative Developmental Model for Supervising Counselors and Therapists*. New York: Routledge.

Tugendrajch, S., Sherin, K., Andrews, J., Reimers, R., Marriott, B., Cho, E. & Hawley K. (2021). What is the evidence for Evidence-Based Supervision? *The Clinical Supervisor*, 40, 68-87.

Veilleux, J. C., Schwartz-Mette, R. A., & Gregus, S. J. (2021). Development of the Standardized Supervisee Framework as a Novel Approach to Supervision Training. *Training and Education in Professional Psychology.* Advance online publication. DOI: http://dx.doi.org/10.1037/tep0000373.