

# Supervisión clínica

## Teoría, técnica y ética

*Ruth Vallejo Castro*  
*Irene Concepción Carrillo Saucedo*  
(coordinadoras)

*El diván negro*

**Colección:** *Saberes, métodos y prácticas*

**Primera edición:** 2022

**SUPERVISIÓN CLÍNICA  
TEORÍA, TÉCNICA Y ÉTICA**

**Coordinadoras:** Ruth Vallejo Castro e Irene Concepción Carillo

**Editor:** Samuel Hernández

**Corrección estilográfica:** Annie Cázarez

**ISBN:** 978-607-99628-8-3

© El diván negro

© Ruth Vallejo Castro

© Irene Concepción Carrillo Saucedo

[el.divan.negro@gmail.com](mailto:el.divan.negro@gmail.com)

[www.eldivannegro.com.mx](http://www.eldivannegro.com.mx)

[www.facebook.com/DivanNegro](https://www.facebook.com/DivanNegro)

[www.instagram.com/editorial\\_divan\\_negro](https://www.instagram.com/editorial_divan_negro)

La presente obra fue dictaminada con base en los términos editoriales y por el ejercicio académico de pares ciegos.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento sin previa autorización de la editorial.

**Impreso y hecho en México**

## CONTENIDO

PRÓLOGO, *por Irene Concepción Carrillo Saucedo* • 11

INTRODUCCIÓN, *por Ruth Vallejo Castro* • 12

SUPERVISIÓN Y ASESORÍA A ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA  
EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

*Yazmín Evelia González Gaxiola, Patricia Alcalá García de Quevedo,  
Gabriel Zárate Guerrero y María del Carmen Espinosa Gómez* • 17

SUPERVISIÓN DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA EN TERAPIA  
COGNITIVO-CONDUCTUAL

*Irene Concepción Carrillo Saucedo, Gerardo Ochoa Meza  
y David Camacho Valadez* • 50

SUPERVISIÓN CLÍNICA DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO

*María Ángela Gómez Pérez, Adriana Berenice Torres Valencia,  
Mireya Hernández Reyes, Ernesto Flores Santillán y Aline Aleida del  
Carmen Campos Gómez* • 70

UNA MIRADA A LA SUPERVISIÓN. LA CONSOLIDACIÓN DEL  
SABER PSICOANALÍTICO EN PRÁCTICAS CLÍNICAS

*Reyna Karina Medina Candelaria y Ma. Antonia Reyes  
Arellano* • 97

ELEMENTOS PARA ANALIZAR EN UN ESPACIO DE SUPERVISIÓN  
CLÍNICA CON ENFOQUE PSICODINÁMICO

*Olga Gálvez Murillo y Patricia Prieto Silva* • 128

LA "SUPER" VISIÓN CLÍNICA A PARTIR DE TRES ELEMENTOS:  
INSTITUCIÓN, FORMACIÓN DEL ANALISTA Y CLÍNICA PSICOANALÍTICA

*Cinthya Berenice Rodríguez Piedra y Ruth Vallejo Castro* • 161

# SUPERVISIÓN DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Irene Concepción Carrillo Saucedo  
Gerardo Ochoa Meza  
David Camacho Valadez

La supervisión clínica es un área fundamental en la formación y desarrollo de competencias de los psicoterapeutas. A través de ella se brinda orientación, retroalimenta el trabajo técnico, se promueve la práctica ética, el cuidado y bienestar del paciente, se motiva a la actualización constante y a la propia autoobservación del psicoterapeuta entre muchos otros beneficios. En el presente trabajo se exponen aspectos relevantes de la supervisión clínica, modelos y técnicas de intervención psicoterapéuticas; el papel del supervisor, el desarrollo de las principales competencias psicoterapéuticas de los supervisados, por último, se hace una breve reflexión acerca de la integración de la supervisión clínica tanto para la formación y desempeño profesional de los psicoterapeutas en TCC.

## *Introducción*

Uno de los elementos esenciales implicados en el proceso intervención psicoterapéutica en Terapia Cognitivo Conductual (TCC), lo constituye la supervisión clínica dirigida a la formación de psicoterapeutas y al desarrollo de habilidades técnico-metodológicas y teórico-conceptuales para logro de intervenciones eficaces, que contribuyan al bienestar de los pacientes (Villafuerte Montiel, 2020). La relevancia de la TCC radica en su fundamento científico con base en evidencias de trabajos empíricos, ensayos clínicos controlados y aleatorizados, así como

no controlados, revisiones sistemáticas, meta - análisis relacionadas e intervención cognitivo conductual (ICC) relacionadas con diversos diagnósticos de problemas psicológicos y conductuales (De Balderrama et al., 2019; Echeburúa, Salaberría, De Corral & Polo-López, 2010; Galve, 2009; Simón, Hernández & Castillo, 2016).

La supervisión clínica es un proceso que se realiza de manera pragmática, sistemática y participativa, apoyada en evidencias científicas con el propósito adquirir y mejorar continuamente las habilidades para el diseño, solución de problemas y toma de decisiones en la aplicación de tratamientos para algunos trastornos mentales (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006; Salazar, 2017) y enfermedades crónicas, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes (Garduño, Riveros & Sánchez-Sosa, 2010). Por ello, la supervisión requiere de una normatividad, guías aplicadas y un sistema de evaluación de proceso y de producto que asegure el ejercicio profesional de la supervisión (Gazzola, DeStefano, Thériault, & Audet, 2014).

La orientación teórica de los psicoterapeutas generalmente hace referencia a aspectos complejos de su trabajo profesional. Por ejemplo, Kaslow (2007), sostiene que la psicoterapia requiere de elementos como la integración de conocimientos actualizados acerca de los diagnósticos de las alteraciones clínicas, de los métodos de evaluación y técnicas de intervención, así mismo de las habilidades de comunicación, de relación interpersonal y previsión del tiempo en las fases de ejecución de las tareas. De igual forma el juicio ético, autoconocimiento, inteligencia en la colaboración con pacientes y colegas, además de sensibilidad respecto de la diversidad y respeto por los métodos científicos de investigación. De acuerdo con lo anteriormente mencionado, la formación de psicoterapeutas es un asunto que no se puede descuidar, debido al impacto de las intervenciones psicológicas sobre la salud y el bienestar de los pacientes, como también para las familias y la comunidad (Milne, 2015). Por

ello, la supervisión del trabajo de los psicoterapeutas en la intervención clínica debe garantizar que éstos se centren en la consecución y logro de los objetivos trazados en las intervenciones como acción reguladora del trabajo de los terapeutas (Scaife, 2001).

Algunas de las principales controversias, tal vez aún no resueltas, acerca de la supervisión clínica y el desarrollo de competencias psicoterapéuticas, se debaten entre una práctica sustentada en evidencias empíricas contra una práctica fundamentada en el consenso de expertos, o bien se inscriben entre una psicoterapia personal para el supervisado o una mera capacitación técnica del mismo (Keegan, 2012). En la supervisión basada en evidencias se somete a verificación principalmente las funciones del supervisor y la actuación del supervisado (De Balderrama et al., 2019; Villafuerte Montiel, 2020). Todo ello, por el impacto directo que tiene la supervisión en la formación de terapeutas competentes, que deberán adquirir habilidades para la solución de problemas, toma de decisiones para el diseño y desarrollo de intervenciones eficaces (Mora-Miranda, 2014). En el presente trabajo se exponen de manera sucinta la relevancia de la supervisión clínica en la TCC, se identifican: a). Aspectos generales de la TCC, b) Los principales modelos y las técnicas de intervención psicoterapéuticas; c). El concepto y el papel del supervisor d) El desarrollo de las principales competencias psicoterapéuticas de los supervisados y d) Reflexión acerca de la integración de la supervisión clínica tanto para la formación y desempeño profesional de los psicoterapeutas en TCC.

### *Terapia cognitivo conductual*

La terapia cognitivo-conductual (TCC) refiere a uso de los procesos mentales y/o cognitivos superiores para descubrir, identificar y acceder a patrones y modos de pensar y percibir (Rosal, 2018). También alude al proceso de intervención psicosocial

que tiene como objetivo mejorar la salud mental de las personas. Plaud (2001), señala que la TCC puede definirse como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, la cual está fundamentada en principios y procedimientos validados bajo métodos empíricos y procesos de rigor científico. Bajo este mismo esquema, Caro (2015) señala que la terapia cognitiva-conductual se centra en las propias construcciones e interpretaciones de la realidad, es decir, en cómo la persona da significado a los eventos y sobre la influencia del significado del bienestar mental.

La importancia de la TCC es que surge como un método ampliamente utilizado con un enfoque de tratamiento eficaz para una variedad de condiciones psicológicas (Sawyer & Fang, 2012) que incluye la depresión, los trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, trastornos por abuso de sustancias, trastornos alimentarios, angustia de la pareja, entre muchas otras condiciones. Su concepto es amplio y heterogéneo ya que representa una variedad de enfoques terapéuticos que varían en grados; a nivel cognitivo, conductual, emocional, fisiológico y ambiental en relación con los trastornos psicológicos (Forman & Herbert, 2009).

Las perspectivas cognitivas que han informado el desarrollo de la TCC varían en la medida en que el entorno se considera un factor determinante del pensamiento, la emoción y la acción. Por ejemplo, algunas teorías cognitivas enfatizan un entorno construido cognitivamente sobre el entorno físico como el principal determinante de la emoción y el comportamiento (Mahoney, 1991). Otros modelos destacan el papel de conceptos como lo son los esquemas que se consideran estructuras cognitivas centrales para la evaluación e interpretación de experiencias que, en algunos casos, también predisponen a las personas a emociones y trastornos del comportamiento (Young, Rygh, Weinberger & Beck, 2014).

La terapia cognitivo conductual ha desarrollado diferentes estrategias de modificación del comportamiento con el fin de brindar soluciones frente al malestar psicológico que genera la acción y frecuencia de la conducta, pensamientos y emociones en relación con todos los aspectos asociados (Obando Ramírez & Parrado Corredor, 2015). Entre ellas se encuentra la primera generación de la TC. Esta primera ola surge a principios del siglo XX, basada en los trabajos de J.B. Watson, y B.F Skinner quienes sentaron la teoría que soportaría el análisis aplicado del comportamiento. Esta primera generación surge y se desarrolla en oposición del modelo psicoanalítico (Mañas, 2007), pero también buscó una alternativa científica, cuyo objetivo fue la aproximación al ámbito clínico y al análisis del comportamiento humano a partir de la ciencia de la conducta, basada en los principios del condicionamiento y del aprendizaje: Análisis funcional Estímulo-Respuesta, o Estímulo Respuesta-Consecuencia (Hanley, Iwata, & McCord, 2003). La segunda ola se caracterizó por las terapias de reestructuración cognitiva, de donde se desprende la Terapia Racional Emotiva conductual, el Entrenamiento de Auto Instrucciones, la Terapia Cognitiva y la Reestructuración Racional sistemática; las Terapias de Habilidades de Afrontamiento, las cuales abarcaron el Modelo Encubierto, el Entrenamiento para Afrontar Situaciones, el Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad y el Entrenamiento en Inoculación de Estrés; y finalmente las Terapias de Solución de Problemas que contemplaron la Terapia de Solución de Problemas Interpersonales y la Ciencia Personal (Becoña & Oblitas, 1997). La tercera generación de la TCC postuló los procedimientos de meditación por atención o conciencia plena conocidos como Mindfulness, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Terapia Dialéctico Conductual y Terapia Integral de Pareja (Mañas, 2007).

Cabe aclarar que las primeras terapias eficaces se fundamentaron experimentalmente alternativas al modelo médico. Por su parte, Martín y Pear (2008), en su estudio enfatizan que la conducta del individuo es el resultado de una reacción a estímulos derivados del condicionamiento clásico y operante. Respecto a las tácticas terapéuticas (cognoscitivas -conductuales) Uribe (2012) indica el manejo de constructos y procesos como los pensamientos, creencias, actitudes, atribuciones, expectativas, distorsiones cognoscitivas, reglas de vida y esquemas. Referente al análisis funcional de la conducta clínica y verbal, su focalización se dirige a la alteración de la función psicológica por medio de los contextos verbales (Mañas, 2007). En conclusión, de este apartado, la Terapia Cognitivo Conductual presume su abordaje basado en un conjunto de técnicas conductuales, verbales y emocionales que intervienen modificando los pensamientos alterados para promover estilos de cognición adaptativos y caracterizado en base a un proceso activo, directivo, estructura y de tiempo limitado, lo que le ha permitido su consolidación gracias a la investigación empírica que sustenta su teoría y técnica (Toro, et. al., 2016).

### *Conceptualización de la Supervisión Clínica en la TCC*

La supervisión clínica se ha definido como "La disposición formal de profesionales de la salud experimentados y/o calificados, basada en una intensa relación educativa y formativa centrada en el caso que se apoya, dirige u orienta el trabajo de los colegas" (Milne, 2015). Autores como Aten, Strain & Gillespia (2008) la conceptualizan en términos de modelo "etapas de cambio" que ha incorporado narrativas, elementos y teorías de la psicología positiva (Howard, 2008). Por otra parte, Bernard & Goodyear (2004), definen la supervisión como una intervención proporcionada por un miembro de una profesión a un miembro más joven, o miembros de la misma profesión. En esta

relación evaluativa, se extiende en el tiempo y tiene los propósitos simultáneos de mejorar el funcionamiento profesional de las personas más jóvenes, supervisar la calidad de los servicios profesionales ofrecidos a los clientes y sirviendo como un guardián para aquellos que van a ingresar a una profesión particular.

Bajo el mismo rubro, Milne (2015) considera que debido al creciente reconocimiento de la supervisión clínica como base para los servicios de salud mental de alta calidad son evidentes en las políticas, la investigación y la práctica clínica, pero se requiere una definición empírica para avanzar en la investigación y la práctica. Postula una provisión formal por parte de supervisores aprobados, de una educación y capacitación basada en la relación, centrada en el trabajo que gestiona, apoya, desarrolla y evalúa el trabajo de los compañeros y, que los principales métodos que utilizan los supervisores son correctivos y de retroalimentación sobre el desempeño, la enseñanza y el establecimiento colaborativo de metas del supervisado. Complementando su postulación, señala la descripción realizada por Gillam, Strike-Roussos, & Anderson (1990), quienes describieron la supervisión en términos de discusión del modelo de supervisión y de las respectivas funciones de supervisor y supervisado, del establecimiento conjunto de objetivos y de la observación del supervisado y su evaluación. Considerando que la supervisión clínica juega un papel clave en los psicoterapeutas en su formación y desarrollo de habilidades, las diferencias en su definición son palpables, pero muchas organizaciones abogan y supervisan la intervención clínica en la formación en psicoterapia y servicios de salud mental (Asociación Americana de Psicología, 2015). Aunque no existe una definición universal de supervisión clínica en psicoterapia, a menudo se conceptualiza como:

*Enseñanzas individuales a estudiantes de psicoterapia para ayudarles con pacientes en sus casos y desarrollar*

*conocimientos teóricos generales, habilidades prácticas y competencias terapéuticas* (Bernard & Goodyear, 2014; Scaife & Inskipp 2001).

En la actualidad gran cantidad de investigaciones se han centrado ya en la supervisión de la perspectiva de los estudiantes de psicología clínica, sugiriendo que los supervisores deben dar retroalimentación positiva y una crítica constructiva, además de un proceso de reconocimiento y transferencia, resolución conjunta de problemas, permitiendo que los supervisados presenten sus propias ideas, validen los sentimientos del supervisado y confiabilidad (por ejemplo, llegar a tiempo para la supervisión, responder los correos electrónicos del supervisor) y ofrecer un "espacio seguro" para la supervisión (Radcliffe, 2010). Como parte integral de la formación del terapeuta y de su desarrollo profesional continuo, el objetivo es mejorar las competencias en beneficio de sus pacientes (Wampold & Holloway, 1997). Las formas y contenidos de la supervisión clínica en psicoterapia varían según el entorno, pero por lo general, toma la forma de instrucción individual con un enfoque en competencias terapéuticas específicas o casos de pacientes (Bernard & Goodyear, 2014; Scaife & Inskipp, 2001). Así entonces la supervisión clínica se basa comúnmente en una supuesta cadena causal entre la supervisión, la práctica del terapeuta y el bienestar del paciente. Al respecto, Watkins (2014) identifica cuatro temas claves relacionados con la supervisión clínica que necesitan ser investigados y parametrizados: La medición, la diversidad, la investigación, el entrenamiento y la práctica en supervisión. La mayoría de los investigadores en esta área, resaltan la importancia de la formación de supervisores competentes y de identificación de las mejores prácticas para estructurar experiencias de entrenamiento, así mismo, señalan la falta de investigaciones que muestren el impacto de la supervisión clínica. Para la psicología conductual la supervisión clínica es un reto, dadas

las diferencias a nivel teórico y epistemológico entre las diversas propuestas terapéuticas de este modelo (Ballesteros, et. al, 2020).

### *El papel del supervisor*

Dentro de la supervisión clínica en psicología (TCC), el supervisor juega un papel importante en la normalización de las experiencias clínicas de los supervisados y el proceso de desarrollo de la propia identidad (Clevinger, Albert, & Raich, 2019). El rol del supervisor es aquel que comparte información personal, experiencias y reacciones que es poco probable que el supervisado conozca. Al respecto, existe una amplia gama de formas en las que el supervisor se auto divulga; como es el compartir datos biográficos personales o información demográfica, reacciones emocionales personales, experiencias clínicas similares, errores y experiencias del proceso de supervisión o relación (Knox, Burkard, Edwards, Smith, & Schlosser, 2008). Esta autorrevelación se puede utilizar para proporcionar retroalimentación y promover el desarrollo en los supervisados, fortalecer la relación de supervisión, compartir lecciones de sus propias experiencias profesionales y normalizar las experiencias de los supervisados (Farber, 2006; Knox et al., 2008; Knox, Edwards, Hess y Hill, 2011).

Los supervisores comúnmente informan que se revelan a sí mismos cuando observan que su supervisado tiene dificultades de alguna forma (por ejemplo, experimentando reacciones emocionales difíciles ante los pacientes) e intentar normalizar la lucha de su supervisado a través de su auto revelación, por ejemplo, compartiendo su propia reacción a un paciente (Knox et al., 2008, 2011). Estos autores han identificado que el tener una buena relación de supervisión es un factor importante para el éxito de las intervenciones de autorrevelación del supervisor y cuando se usa apropiadamente, se ha demostrado que este

proceso fortalece aún más la supervisión y relación (Knox et al., 2008, 2011). Sin embargo, es importante el identificar cuándo y por qué el supervisor se auto divulga, por lo que se debe ser cuidadoso antes de que los supervisores tomen esa decisión. Knox & col. (2011) refieren que los supervisados ante la revelación del supervisor, ha sido la más apropiada y efectiva cuando las intenciones de la divulgación se centran en la información clínica, Cuando los supervisores divulgan información personal sin una justificación clara y clínicamente relevante para hacerlo, puede dejar a los supervisados con sentimientos de incertidumbre, (por ejemplo, que se supone que el supervisado debe hacer con esa información), particularmente cuando la relación de supervisión es más sutil. Además, los supervisores pueden normalizar las preocupaciones de los supervisados, modelar, rendir cuentas y fomentar el crecimiento personal y profesional al compartir experiencias personales relevantes (Knox et al., 2008).

Al respecto, Watkins (2012) refiere que cuando la relación de supervisión se basa en la confianza, la apertura y el estímulo positivo, es más probable que los supervisados se sientan seguros y apoyados cuando comparten sus inseguridades con sus supervisores. Si la autorrevelación del supervisado se ejecuta adecuadamente, se puede enseñar, normalizar y modelar una nueva forma de responder ante situaciones clínicas difíciles para la formación de los terapeutas (Farber, 2006; Knox et al., 2011). Cuando el supervisor reconoce las dificultades que el supervisado experimenta, es importante que éste trabaje arduamente para normalizar la experiencia del supervisado, enfocándose en los elementos problemáticos identificados y que con ello se reafirme el proceso de supervisión que coadyuve a minimizar la presión y angustia y pueda trabajar adecuadamente con el supervisado, así mismo, esto permite que la ansiedad y autocrítica del supervisado se reduzca y pueda contribuir en la problemática del paciente. Si la relación de supervisión es sólida y los

supervisados ven a sus supervisores empáticos, comprensivos, respetuosos y conocedores, experimentan una supervisión efectiva y positiva (Beinart & Clohessy, 2017; Lizzio, Wilson y Que, 2009). Por otro lado, las difíciles relaciones de supervisión se han asociado con menor bienestar y satisfacción laboral de los supervisados, así como con un aumento de la ansiedad, estrés, agotamiento y conflicto de roles (Beinart & Clohessy, 2017).

Por último, la supervisión clínica en psicología se esfuerza en mejorar los apéndices de competencias profesionales mediante una relación de colaboración entre supervisor y supervisado en términos de naturaleza facilitadora como evaluativa. Por lo que la investigación al respecto ha demostrado consistentemente que las experiencias positivas de la supervisión y sobre todo el papel que juega el supervisor, están asociadas con las percepciones de los aprendices respecto a sus habilidades clínicas y de autoeficacia (Asociación Americana de Psicología, 2014). Considerando que el objetivo principal de la supervisión es ayudar a los terapeutas clínicos a adquirir las competencias necesarias para ofrecer psicoterapia de buena calidad en su cumplimiento, es necesario definir cuáles son las competencias y cómo enseñar estas competencias.

### *Desarrollo de competencias mediante la supervisión clínica en TCC*

Los supervisores en TCC tienen múltiples responsabilidades de servir como un modelo profesional a seguir para sus supervisados, enriqueciendo el desarrollo profesional de este último, identificando y remediando problemas en su desempeño, participando en la superación personal y educación para que pueda funcionar con mayor eficacia en su labor como mentor clínico (Gonsalvez, Craig & Shafranske (2021); Edward & Mcleod, Hamish & Falander, Carol, (2021). La administración de la terapia cognitivo-conductual (TCC) de acuerdo con Newman (2014), se describe en términos de competencias fundamentales y

funcionales, y se presta atención adicional a cómo se aplican estas habilidades en la supervisión clínica. Estas competencias fundamentales incluyen cualidades tales como el comportamiento ético, buenas habilidades relacionales e interpersonales, capacidad saludable de autoconciencia, autocorrección y apreciación de la base empírica de los procedimientos clínicos.

Autores como Rodolfa, Greenberg, Hunsley, Smith-Zoeller, Cox, Sammons, Caro, & Spivak, (2013), plantean que estas competencias fundacionales, están relacionadas con el profesionalismo que implica actuar acorde con los estándares éticos, colaboración interdisciplinar, habilidades específicas y conocimientos, al igual que se realiza un diagnóstico, se estructura una sesión y se conceptualiza el caso, competencias que los supervisores deben adquirir y enseñar (Genuchi, Rings, Germek y Cornish, 2015; Newman, 2010). Los supervisores también tienen que enseñar a sus alumnos cómo conceptualizar casos en TCC e indicar recursos (bibliografía, video, conferencias) para que éstos puedan adquirir una amplia gama de habilidades técnicas y generar oportunidades para practicarlas (por ejemplo, role-playing en las sesiones de supervisión, participación en sesiones especiales de capacitación y/o estudios de tratamiento (Kuyken et al., 2009). Los supervisores además de ser buenos modelos, deben fomentar la educación continua sobre la evolución del área de interés, y sobre todo mantener límites para que el proceso de supervisión no se convierta en una supervisión de terapia personal al supervisado, también se considera importante que el propio supervisor sea un buen conocedor sobre el diagnóstico y la evaluación, que instruya sobre el proceso de sistematización de los registros de la propia supervisión y asumir la responsabilidad del tratamiento que reciben los pacientes, así como brindar información al supervisado sobre su progreso y desempeño.

Otro elemento de interés para los supervisores es la escucha periódica de las grabaciones realizadas por sus supervisores (si ésta se realiza) con el objetivo de hacer comentarios

específicos que tengan el mayor valor instructivo posible (Beck, Sarnat, y Barenstein, 2008). Un elemento complementario en la supervisión de acuerdo con Young y Beck, (1980) es el uso de la Escala de Terapia Cognitiva (ETC) que permite a los supervisores dar calificaciones cuantitativas y cualitativas. Esta escala capta los "elementos necesarios" en una sesión de terapia cognitiva típica junto con la competencia del terapeuta en la ejecución de cada uno de estos elementos (en una escala tipo Likert, 0-6) que incluye los siguientes elementos: Establecimiento de la agenda, la alianza, las cogniciones y los comportamientos, la empatía, las estrategias para el cambio, la retroalimentación, la revisión y asignación de tareas, entre otros. Respecto al establecimiento de la agenda, su importancia reside como un medio para evaluar cómo se estructura la sesión. Newman (2014) afirma que la ETS tiene una gran influencia respecto de cómo se entrena a los terapeutas cognitivos, ya que no existe otra medida validada respecto de los resultados clínicos (Trepka, Rees, Shaphiro, Hardy & Barckman, 2004). Un supervisor competente identifica las fortalezas y debilidades de sus supervisados en vías de utilizar otros métodos y no específicamente un único método, esta competencia le permite dirigirse directamente hacia los supervisados para que desarrollen mejoras en su práctica como terapeutas cognitivos sin sentirse excesivamente desalentados. Un supervisor que atienda a este conjunto de competencias enseña a sus aprendices a aplicar las técnicas de TCC en vías de que adquieran la experiencia necesaria para implementarlas y enseñarlas a sus pacientes (Bennett-Levy, 2006). En conclusión, se recomienda a los supervisores a clarificar los límites en sus aprendices entre la supervisión y la terapia, indicando que, al iniciar la psicoterapia, la supervisión se debe focalizar como un proceso de ayuda para que a la vez el supervisado contribuya al bienestar de los pacientes y en su propio desarrollo profesional.

En contexto general y haciendo una breve reflexión, todo indica que la supervisión de la TCC es una pieza clave para que esta corriente siga en desarrollo y la evidencia actual la sustenta, teniendo avances en el tratamiento de, por ejemplo, trastornos alimentarios (Wilson, 2005), efectividad en el tratamiento del dolor crónico en pacientes hospitalarios (Moix y Casado, 2011) o en la eliminación y control de los llamados pensamientos de corte intrusivo o rumiante por medio del uso del mindfulness (Barraca, 2011), entre muchos otros. Por tanto, se apuesta por la efectividad del método y soporta sin duda, la necesidad constante de los procesos de evaluación del mismo.

### *Conclusión*

Se ha mencionado en el presente escrito que los modelos terapéuticos en TCC están organizados cada uno en sistemas de supervisión basados en cierto tipo de procedimientos, agendas y formatos de registros. Cada uno posee diversas maneras de supervisión y que de acuerdo con sus marcos teóricos referenciales respaldan la manera de intervención. En el caso de la terapia cognitivo conductual la relación se basa en lo que el supervisado presenta, a partir de ello, se definen los objetivos de la supervisión, en donde ambos definen la acotación de estos, su alcance y su concreción, así el supervisor coadyuva al supervisado a que estos estén bien definidos. Esto permite que obstáculos y logros queden específicamente delimitados. El supervisor atiende al material verbal del supervisado y específicamente en los aspectos cognitivos, conductuales, afectivos y corporales, brindando la retroalimentación correspondiente. Además, se especifican tareas que favorezcan el desarrollo de competencias reforzándolas para que los cambios que se presenten en el supervisado den resultados en su quehacer clínico.

Por último, se amerita de progresiva sensibilidad en la supervisión la intervención clínica, en todas las vertientes, con

metodologías más específicas y sistematizadas en los contextos de supervisión e intervención clínica. Así como regulación y certificación en los ámbitos clínicos. Con ello, se contribuirá a que la tarea en psicoterapia y en la supervisión de esta, se realice en forma eficiente en beneficio de los propios supervisores, supervisados, pacientes/clientes, familias y comunidad.

## Referencias

- American Psychological Association. (2014). *Guidelines for clinical supervision in health service psychology*. Retrieved from <http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>.
- Aten, J., Strain, J. & Gillespie, R. (2008). *A transtheoretical model of clinical supervision*. *Train Educ Prof Psychol*; 2(1):1-9.
- Ballesteros, B., Muñoz Martínez, A., Novoa, M., Bazzani Orrego, D., Brandwayn Briceño, N., Lasso Báez, R., Pachón Basallo, M. & Restrepo Vélez, D. (2020). *Características de la supervisión clínica en las terapias conductuales: un análisis del proceso de supervisión clínica*. *Universitas Psychologica*. 18. 1-14. 10.11144/Javeriana.upsy18-4.csct.
- Barraca, J. (2011). *¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos*.
- Beck, J. S., Sarnat, J. E., & Barenstein, V. (2008). *Psychotherapy based approaches to supervision*. In C. A. Falender & E. P. Shafranske (Eds.), *Casebook for clinical supervision: A competency-based approach* (pp. 57-96). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11792-004>.
- Becoña, E., & Oblitas, L. (1997). *Terapia Cognitivo-Conductual: Antecedentes Técnicas*. *Revista Liberabit*, 3, 49-70.
- Beinart, H., & Clohessy, S. (2017). *Effective supervisory relationships: Best evidence and practice*. Hoboken, NJ: Wiley.

- Bennett Levy, J. (2006). *Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 57-78. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002420>.
- Bernard, J. & Goodyear, R. (2014). *Fundamentals of Clinical Supervision*, 4th edn. New Jersey: Pearson-Merrill.
- Caro, G. I. (2015). *The Subject in Cognitive Psychotherapy*. *Anales de psicología*, 2015, vol. 31, n° 2 (mayo), 379-389.
- Clevinger, K., Albert, E., & Raiche, E. (2019). *Supervisor self-disclosure: Supervisees' perceptions of positive supervision experiences*. *Training and Education in Professional Psychology*, 13(3), 222-226. <https://doi.org/10.1037/tep0000236>.
- De Valderrama, B. P. B., Martínez, A. M. M., Gómez, M. M. N., Orrego, D. B., Briceño, N. E. B., Báez, R. A. L.,... & Vélez, D. R. (2019). *Características de la supervisión clínica en las terapias conductuales: un análisis del proceso de supervisión clínica*. *Universitas Psychologica*, 18(4), 16.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). *Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro*. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(3), 247-256.
- Farber, B. (2006). *Supervisee and supervisor disclosure*. In B. Farber (Ed.), *Self-disclosure in psychotherapy* (pp. 180 -197). New York, NY: Guilford Press.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009). *New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies*. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 77-101). John Wiley & Sons, Inc.
- Galve, J. J. G. (2009). *Revisión de evidencias científicas de la terapia cognitivo-conductual*. *Medicina naturista*, 3(1), 13-19.

- Garduño, C., Riveros, A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2010). *Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual*. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 69-80.
- Genuchi, M. C., Rings, J. A., Germek, M. D., & Cornish, J. A. E. (2015). *Clinical supervisors' perceptions of the clarity and comprehensiveness of the supervision competencies framework*. *Training and Education in Professional Psychology*, 9(1), 68-76. <http://dx.doi.org/10.1037/tep0000064>.
- Gillam, R. B., Strike-Roussos, C., & Anderson, J. L. (1990). *Facilitating changes in supervisees' clinical behaviors: An experimental investigation of supervisory effectiveness*. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 729-739.
- Gonsalvez, C., Shafranske, E., Mcleod, H. & Falander, C. (2021). *Competency-based standards and guidelines for psychology practice in Australia: opportunities and risks*.
- Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). *Functional analysis of problem behavior: A review*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(2), 147-185.
- Howard, F. (2008). *Managing stress or enhancing wellbeing? Positive psychology's contributions to clinical supervision*. *Aust Psychol*; 43(2):105-11.
- Knox, S., Edwards, L. M., Hess, S. A., & Hill, C. E. (2011). *Supervisor self-disclosure: Supervisees' experiences and perspectives*. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 48, 336 -341. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022067>
- Knox, S., Burkard, A. W., Edwards, L. M., Smith, J. J., & Schlosser, L. Z. (2008). *Supervisors' reports of the effects of supervisor self-disclosure on supervisees*. *Psychotherapy Research*, 18, 543-559. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300801982781>

- Kuyken, W., Padesky, C. A. & Dudley, R. (2009). *Collaborative Case Conceptualization: working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford.
- Mañas, I. (2007). *Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación*. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34.
- Martin, G., & Pear, J. (2008). *Modificación de Conducta: Qué es y cómo aplicarla* (8ª. ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Milne, D. (2015). *An empirical definition of supervision*. *Br J Clin Psychol*. 46:437-41.
- Moix, J. & Casado, M. (2011). *Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico*. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50.
- Mora Miranda, M. A. (2014). *La supervisión clínica en Medicina Conductual*. *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*, 27.
- Newman, C. (2014). *Competency in conducting cognitive-behavioral therapy: Foundational, functional and supervisory aspects*. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training* © American Psychological Association 2014, Vol. 47, No. 1, 12-19.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. Editorial El Manual Moderno.
- Obando Ramírez, L., & Parrado Corredor, F. (2015). *Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía*. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 51-61.
- Pérez, M. (2006). *La terapia de conducta de tercera generación*. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172.
- Radcliffe, M. (2010). *The meaning of satisfaction with clinical supervision: is it simply getting what you want?* *Clin Psychol Forum* 2010; 211:15-19.

- Rodolfa, E., Greenberg, S., Hunsley, J., Smith Zoeller, M., Cox, D., Sammons, M., Caro, C., & Spivak, H. (2013). A competency model for the practice of psychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 7(2), 71-83. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032415>
- Rosal, M., L., (2018). *Cognitive-behavioral art therapy: from behaviorism to the third wave*, New York, NY: Routledge. 61.
- Salazar, M. L. (2017). *La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales*. *Poiésis*, 1(33), 139-145.
- Simón, N. D., Hernández, H. S. & Castillo, G. O. (2016). *Terapias Cognitivas y Psicología Basada en la Evidencia. Su especificidad en el mundo infantil*. *Wimb Lu*, 11(1), 19-38.
- Sawyer, A. & Fang, A. (2012). *The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses*. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- Scaife, J. (2019). *Supervision in Clinical Practice: A Practitioner's Guide* (3rd Ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315544007>
- Scaife, J. & Inskipp, F. (2001). *Supervision in the mental health professions: A practitioner's guide*. Hove: Brunner-Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203360>
- Scaife, J., (2001). *Supervision in the Mental Health Professions: A Practitioner's Guide*. Hove: Brunner-Routledge.
- Toro Tobar, R. A., Arias López, H. A., & Sarmiento López, J. C. (2016). *Sociotropía y autonomía: ¿Evidencias para la hipótesis de especificidad de síntomas en depresión?* *Psicología Clínica*, 28(3), 35-52.
- Trepka, C., Rees A, Shapiro, D. A., Hardy, G. E., Barkham, M. (2004). *Therapist Competence and Outcome of Cognitive Therapy for Depression*. *Cognitive Therapy and Research*; 28:143-157.

- Uribe-Escobar, J. I. (2012). *Terapias cognoscitivo-comportamentales de tercera generación (terapia de aceptación y compromiso, terapia cognoscitivo comportamental basada en Mindfulness, Psicoterapia Analítica Funcional) para el manejo de la fibromialgia*. Bogotá: Universidad del Rosario. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10336/3161>
- Wampold, B. E. & Holloway, E. L. (1997). *Methodology, design, and evaluation in psychotherapy supervision research*. In C. E. Watkins, Jr. (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 11-27). John Wiley & Sons, Inc.
- Watkins, C. E., Jr. (2012). *On demoralization, therapist identity development, and persuasion and healing in psychotherapy supervision*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22, 187-205. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028870>.
- Wilson, G.T. (2005). *Psychological treatment of eating disorders*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-465.
- Young, J. E., Rygh, J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2008). *Cognitive therapy for depression*. In: D. H. Barlow (ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 250-305). New York, NY, US.



*El diván negro*

SUPERVISIÓN CLÍNICA  
TEORÍA, TÉCNICA Y ÉTICA  
se terminó de imprimir en el mes de junio de 2022.  
San Luis Potosí, S. L. P., México.  
El tiraje fue de 500 ejemplares.