

## **PROPUESTAS PARA LA PRÁCTICA DE LA SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS CLÍNICAS EN ALUMNOS DE PREGRADO DE PSICOLOGÍA <sup>1</sup>**

### **PROPOSALS FOR THE PRACTICE OF SUPERVISION AND EVALUATION OF CLINICAL COMPETENCES IN PSYCHOLOGY UNDERGRADUATE STUDENTS**

PAULA SANGÜESA REBOLLEDO

Instituto Humaniza Santiago  
psanguesa@psicologoscrece.cl

#### **RESUMEN**

En Chile, la carrera de Psicología define experiencias prácticas de atención a pacientes como parte de la formación en los últimos semestres de formación universitaria. En dicho contexto, el supervisor debe evaluar tanto formativa como sumativamente los procesos de aprendizaje. Esta práctica resulta compleja al enfrentar al supervisor a preguntas sin resolver en la literatura sobre el tema: ¿Cuáles son las competencias básicas de un psicoterapeuta?, ¿cómo se define el nivel “suficientemente competente”? (y en concreto, en un principiante) y ¿qué metodologías de evaluación resultan más fidedignas?

Este trabajo busca aportar reflexión sobre los objetivos de la supervisión en el pregrado de psicología y las metodologías utilizadas para evaluar competencias clínicas. Para ello se resume el estado del arte, proponiendo una definición las competencias clínicas evolutivamente posibles de desarrollar en pregrado y relacionándolo con métodos de evaluación específicos, que resultan congruentes con cada una de ellas. Finalmente se concluye con algunas sugerencias para los supervisores que trabajan con este tipo de casos, sobre buenas prácticas en el ejercicio de la supervisión de pregrado.

Palabras claves: Supervisión, psicología, pregrado, competencias clínicas, evaluación.

#### **ABSTRACT**

In Chile, Psychology professional degree requires practical experience in treating patients as part of the university training in the last semesters of the career. In this context, the supervisor must evaluate the learning processes, both formative and summatively. This practice is complex, confronting the supervisor with unresolved questions on the literature of this subject: Which are the psychotherapist's basic competencies? How can be the "competent enough" level defined? (and specifically, in a beginner) and what evaluation methodologies are the most reliable?

This work seeks to provide reflection on the objectives of undergraduate psychology supervision and the methods used in the evaluation of clinical competencies. For this, the state of the art is summarized, proposing a definition of the developmental clinical competences that can be achieved at undergraduate programs, relating them to specific

---

<sup>1</sup> Este trabajo fue desarrollado en el marco del Diplomado en Supervisión Sistémica Vincular: Niños, Adolescentes y sus Familias que imparte el Instituto Humaniza Santiago, fue asesorado por el docente Francisco Ibaceta Watson.

evaluation methods that are congruent with each of them. Finally, it concludes with some suggestions for supervisors who work with these types of cases, on good practices in the exercise of undergraduate supervision.

Keywords: Supervision, psychology, undergraduate, clinical skills, evaluation.

## Introducción

EN CHILE PARTE ESENCIAL de la formación como psicoterapeuta se realiza en pregrado. Dado que Psicología actualmente no forma parte del sistema de especialidades de prestadores de salud<sup>2</sup>, la legislación no obliga a especializarse en el área clínica. Al no existir otro requisito que el título para ejercer, la formación de postítulo en psicoterapia pasa a ser opcional. Esto, sumado a factores que desincentivan la especialización en los titulados de psicología como escasez de tiempo, demanda laboral y falta de recursos económicos (Makrinov, Scharager, & Molina, 2005), hacen que el acceso a cursos de formación posteriores a la titulación se vea limitada.

A lo anterior se suma que desde el '90 las matrículas en esta carrera han crecido sostenidamente, informándose que para el 2019 había 47 Universidades que la ofrecían, con un total que superaba las 7.595 vacantes (Consejo Nacional de Educación, 2018). De estos alumnos, un número no menor podría trabajar en lo clínico, observándose que se suele mantener el área de formación de práctica de pregrado en la ocupación posterior (Makrinov et al, 2005).

Frente a esta realidad la supervisión clínica en pregrado cobra enorme importancia. En muchos casos, esta supervisión resultará la única experiencia de formación como terapeuta que los futuros psicólogos tendrán antes del ejercicio libre de la profesión.

Entendido como programa educativo, la supervisión busca desarrollar competencias clínicas básicas que les permitan a los futuros profesionales, ejercer su rol de manera más o menos autónoma (Todd & Storm, 2002). La supervisión en psicoterapia presenta como propósitos simultáneos tanto monitorear la calidad de los servicios que se ofrecen a los pacientes, como mejorar el desempeño clínico del supervisado (Bernard & Goodyear, 1998).

Inmersa en el contexto universitario de pregrado, los objetivos de la supervisión enfrentan al supervisor con preguntas complejas que aún se debaten a nivel internacional. Por ejemplo, Gonsalvez & Crowe (2014) se plantean: ¿cuáles son las competencias básicas de un psicoterapeuta?, ¿cómo se define el nivel "suficientemente competente"? (y en cuanto a este trabajo más aún, ¿qué es suficientemente competente para un principiante?) y ¿qué metodologías de evaluación resultan más fidedignas?.

En la literatura se cuestiona la poca atención que se ha prestado a la evaluación de competencias clínicas en los supervisados, debatiéndose sobre la confiabilidad que tienen los

---

<sup>2</sup> La ley 19.937 otorgó al Ministerio de Salud la función de evaluar y certificar legalmente que médicos y odontólogos contaran con el conocimiento y experiencia necesaria para ejercer sus respectivas especialidades y subespecialidades. En esta ley no se reconoce la existencia de Psicología Clínica como una especialidad, por lo que legalmente, solo se requiere el título profesional de Psicólogo para trabajar como psicoterapeuta.

supervisores (Gonzalez & Crowe, 2014; O' Donovan, Halford & Walters, 2011). Sus evaluaciones estarían sesgadas optimistamente y no correlacionarían con el juicio de otros clínicos al observar videos de sesiones de los terapeutas (Gonzalez & Freestone, 2007 en O' Donovan et al., 2011). También se ha planteado que las evaluaciones en un lugar, no necesariamente predeciría la evaluación y desempeño que el formando tendría en otros lugares de práctica (Bogo et al., 2002; Gonzalez & Freestone, 2007; en Gonzalez & Crowe, 2014).

La evaluación además resulta un verdadero desafío cognitivo y emocional para el supervisor cuando se le solicita calificar el desempeño clínico, dado el contexto educacional, con una nota concreta que lleva al “alumno” a aprobar o reprobar un ramo. Esto enfrenta a dicho profesional consciente o inconscientemente con la exigencia de trasladar su percepción cualitativa del proceso de su supervisado en una calificación particular. Pero, ¿bajo qué criterios se realiza esa conversión?, ¿es “justa” la nota que se está poniendo al supervisado?, ¿cómo se pondera su proceso de aprendizaje con fortalezas y debilidades? y ¿cómo se ponderan en esta evaluación los errores normales del aprendizaje?

Falender & Shafranske (2010b) se han referido a esto, señalando que existe una dialéctica entre la definición del espacio de supervisión como una relación de ayuda y sostén, con el emitir un juicio final del proceso al calificar. Y es que aprender implica cometer errores para mejorar. Por lo que poner una nota, considerando la imposibilidad de no equivocarse (sobre todo en un novato), resulta una tarea paradójica. De acuerdo a Gazzolla, De Stefano, Thériault y Audet, (2013), los supervisores ante esto se sienten incómodos y disconformes con su autoridad, dudando de sus habilidades para evaluar e incómodos con dar retroalimentaciones negativas, especialmente en contextos grupales de supervisión.

A pesar de todas estas interrogantes y críticas, la evaluación de los supervisados no solo resulta inevitable, sino que debiese ser entendida como uno de los cimientos sobre los que se construye el aprendizaje (Falender & Shafranske, 2010b). La habilidad del supervisor de retroalimentar, hacer críticas constructivas y proveer evaluaciones tanto formativas como sumativas, aparecen propuestas como elementos de una supervisión correcta y ética (Borders et al., 2014; Falender & Shafranske, 2010). Esto además cobra fuerza desde los supervisados, al ser valorada tanto por novatos como expertos como uno de los elementos que más impacto tiene en su crecimiento profesional (Falender & Shafranske, 2010b; Gazzolla et al., 2013).

Este trabajo busca aportar a la discusión sobre los objetivos de supervisión y evaluación de las competencias clínicas en alumnos de pregrado de psicología. Esto resulta relevante, congruentemente con la ya expuesto, debido a la necesidad tanto práctica como ética de avanzar en la calidad de la formación de nuestros futuros colegas y sistematizar las prácticas de supervisión que se utilizan en pregrado, para cuidar tanto a formandos como a los pacientes que atienden. Esto son futuros psicoterapeutas que podrían encontrarse con futuros pacientes, sin mayor experiencia formativa y de supervisión que lo recibido antes de titularse en sus respectivas prácticas profesionales.

Para ello se proponen lineamientos tanto sobre las competencias que podrían ser adquiridas en dicho nivel, como sobre preguntas y metodologías para la evaluación de cada una de ellas. Se cree que esto podría servir como puntapié para la construcción de futuras

rúbricas para evaluar tanto cualitativamente como cuantitativamente procesos de aprendizaje en este contexto. Asimismo se esbozan en las conclusiones algunas sugerencias de buenas prácticas para la supervisión de pregrado.

Para cumplir con este propósito, se realizó una revisión no sistematizada de la literatura existente a contar del año 2000 de artículos, capítulos de libros, trabajos y tesis. En esta búsqueda se constató que hay escasos trabajos publicados sobre este tema, ninguno en nuestro país, y solo uno escrito en español. Un número aún más reducido de trabajos era a nivel de pregrado, centrándose más bien en estudiantes de doctorado.

### **Características de la Supervisión de Pregrado y Terapeutas Principiantes**

La supervisión en el contexto de pregrado presenta características únicas, que han sido poco estudiadas. Más que como un programa de formación de terapeutas, la supervisión clínica está pensando como “un curso más” dentro de la malla, que muchas veces se cursa en paralelo con otros ramos. Esto de por sí genera tensiones para el supervisado, que no comprende aún la necesidad de “profesionalización” y diferenciación del rol de estudiante (Lamb & Swerdlik, 2003).

Las primeras experiencias prácticas de atención de pacientes, se dan en los últimos semestres de la carrera de Psicología, por los alumnos que escogen el área clínica. Generalmente es la institución quien determina: modalidad de supervisión (siendo en su mayoría grupal), lugar, frecuencia, horarios, fechas de inicio y término, exigencias de evaluación, e incluso quién será el supervisor. En no pocas ocasiones los supervisados, participan además de supervisiones con enfoques teóricos diferentes (Lamb & Swerdlik, 2003).

La evaluación combina lo formativo-cualitativo de proceso, con lo sumativo-cuantitativo. En Chile, se necesita calificar al alumno con una nota entre 1 y 7, que sea consistente con el criterio de aprobación o reprobación de un ramo.

En pregrado, los supervisados son en su mayoría adultos jóvenes. Muchos nunca han participado de una supervisión, ni atendido pacientes. Estos jóvenes enfrentan un período de mucha vulnerabilidad, al estar sometidos a múltiples desafíos (Lamb & Swerdlik, 2003): Personales (estar terminando la universidad, independizarse de los padres, formar pareja), Clínicos o de supervisión (cambio de estudiante a profesional, probarse a sí mismo, desarrollar nuevas habilidades, lidiar con diferentes estilos y orientaciones teóricas de la supervisión, etc.) e Institucionales (aprender aspectos prácticos del rol, conocer y respetar procedimientos y políticas institucionales y organizacionales, interactuar con diferentes miembros del equipo).

El desafío de convertirse en terapeuta es exigente y toma tiempo. Skovholt & Ronnestad (1992, en Homrich & Henderson, 2018), señalan que muchos clínicos consideran que su integración como profesionales ocurre recién después de 10 años de ejercer. Los nuevos psicoterapeutas deben aprender a aplicar el aprendizaje de semestre anteriores en la conceptualización y trabajo de casos clínicos (Ögren & Boalt, 2014). Este proceso teórico-cognitivo, ya emocionalmente desafiante, debe ser complementado con aprender a manejar las emociones del paciente y las propias. Debe cultivar habilidades de autoexploración y

abrirse a mostrar aspectos vulnerables a su supervisor, poniéndolos al servicio de procesos terapéuticos. En contraste, los terapeutas principiantes suelen mostrar dificultades en el ámbito emocional, tendiendo al sobre-involucramiento o desligamiento de sus pacientes (Skovholt & Rønnestad, 2003).

Los modelos evolutivos de supervisión (Stoltenberg & Delworth, 1997, en Tovera, 2016; Stoltenberg, Mc Neill, & Delworth, 1998) describen a los terapeutas novatos, como inexpertos que se encuentran al mismo tiempo altamente motivados por adquirir técnicas para “hacerlo bien” y atender de manera “correcta”, y muy ansiosos de la evaluación y notas que obtendrán. Desean rendir adecuadamente frente a su supervisor y poseen baja tolerancia a las críticas y a los desafíos que éste puede hacer. Tienen poca capacidad para mirarse a sí mismos y al paciente, costándoles empatizar. Tienden a sobrefocalizarse en su propia ansiedad, paralizándose o auto-centrándose en sus conductas (Skovholt & Rønnestad, 2003). Son dependientes y necesitan estructura, claridad y refuerzo positivo por parte de su supervisor. Tienden a tener pensamientos concretos y baja capacidad para tolerar la ambigüedad (Young, Lambie, Hutchinson & Thurston-Dyer, 2011).

Los principiantes presentan mapas conceptuales de ayuda inadecuados, posicionándose desde experiencias personales más como familiar o amigo del paciente, aconsejando o interviniendo rápida e irreflexivamente (Skovholt & Rønnestad, 2003). Además, suelen tener expectativas irreales, siendo excesivamente optimistas del impacto de sus intervenciones y de la posibilidad de cambio. Bajo la lógica “si soy suficientemente bueno, el otro mejorará”, muestran una autoestima profesional dependiente del cambio del paciente (Skovholt & Rønnestad, 2003). En este nivel se piensa que solo existe una forma correcta de abordar al paciente o cumplir con el rol de terapeuta. Esta mirada concreta de entender lo clínico y el cambio, se complejiza a medida que la experiencia crece (Granello, 2002, en Homrich & Henderson, 2018).

A los terapeutas principiantes les cuesta pedir ayuda a su supervisor. Por su inexperiencia no se dan cuenta que la necesitan, les falta confianza (por ejemplo, no saben cómo aproximarse a su supervisor) o temen ser visto como poco eficaces (por ejemplo, ser vistos como que no saben) (Lambie & Blount, 2016).

El paso natural de un terapeuta principiante a niveles más avanzados ocurriría tras 2 ó 3 semestres de trabajo clínico supervisado (Stoltenberg & Delworth, 1997, en Tovera, 2016). Los cambios que se observarían son, aunque fluctuantes, procesos de mayor autonomía, búsqueda por comprender más allá de las técnicas y aumento de la capacidad reflexiva sobre sí mismo y el paciente, trascendiendo en gran parte la ansiedad por el rendimiento (Young et al., 2011).

La relevancia de comprender el contexto de supervisión en pregrado y las características del principiante, radica en que los supervisores puedan adaptar sus metodologías de trabajo y evaluación al nivel de sus supervisados. Esto podría evitar experiencias traumáticas en supervisión, al organizar las expectativas en torno a los supervisados (Daskal, 2008).

## **Propuestas sobre Objetivos de Supervisión y Competencias en Psicoterapeutas Principiantes**

Antes de cuestionarse la evaluación, uno de los desafíos a los que se ven enfrentan los supervisores es lograr claridad sobre los objetivos específicos que debiese tener una supervisión en este momento del desarrollo de carrera. Esta tarea no resulta fácil, pero es de vital relevancia, al permitir ajustar expectativas y centrarse en objetivos posibles de ser alcanzados por los novatos.

A continuación se describe, por lo mismo, la sistematización que se ha realizado basándose en las características evolutivas de los terapeutas novatos. Tomando la clasificación propuesta por Lamb y Swerdlik (2003) sobre las competencias clínicas, se cree que los objetivos de supervisión en pregrado debiesen apuntar a:

### 1. Estándares Profesionales:

- 1.1. Profesionalización (Homrich & Henderson, 2018, Lamb & Swerdlik, 2003; Lambie, Mullen, Swank, & Blount, 2015): Comportamiento profesional con pacientes, pares, supervisores, miembros del equipo clínico y administrativos del lugar. Esto incluye, trato respetuoso y considerado con otros, vestimenta acorde al lugar de práctica, puntualidad y asistencia a supervisión/actividades de formación y atención de pacientes, participación activa en discusiones, preparación de casos tanto para atender como para supervisión, completación de las tareas dadas por el supervisor, mantención de la ficha y protocolos al día, conocimiento y adherencia a las políticas de la institución.
- 1.2. Ética (Borders et al., 2014; Colegio de Psicólogos de Chile, 1999; Homrich & Henderson, 2018; Lambie & Swerdlik, 2003): Conocimiento de los estándares éticos del Colegio de Psicólogos y las leyes que regulan su actuar profesional. Capacidad para reconocer dilemas a los que se podría ver enfrentado en su práctica clínica. Esto incluye, la capacidad de señalar ejemplos concretos personales y de sus pares tanto con pacientes como con el comportamiento profesional en general.
- 1.3. Capacidad de solicitar ayuda al supervisor (Homrich & Henderson, 2018; Lamb & Swerdlik, 2003; Lambie & Blount, 2016; Todd & Storm, 2002): Capacidad para pedir ayuda proactivamente, especialmente cuando las cosas no resultan como esperaría. Incluye la búsqueda por supervisarse continuamente, y la preparación de las supervisiones intentando generar preguntas adecuadas. Así mismo, se espera que los formandos tengan la capacidad de implementar los acuerdos de supervisión y dar cuenta del impacto de éstos en el proceso clínico.

### 2. Habilidades Clínicas Evolutivamente Posibles:

- 2.1. Formulación de Preguntas Clínicas (APA, 2013, 2014; Homrich & Henderson, 2018; Todd & Storm, 2002): Capacidad de plantear preguntas relevantes para comprender sus casos y recopilar información.
- 2.2. Formulación de Hipótesis Comprensivas y Objetivos de Trabajo basadas en Teorías (APA, 2013, 2014): Uso de marco teórico para comprender e interpretar sus casos, sustentando sus ideas más allá de opiniones personales. Apunta a desarrollar

- capacidad reflexiva, aunque les cueste generalizar sus aprendizajes a otros casos. Implica la valoración del trabajo clínico “más allá de las técnicas”.
- 2.3. Empatía: Habilidad para facilitar el vínculo terapéutico con sus pacientes, intentando comprender desde su punto de vista su situación y vida (Stoltenberg et al., 1998; Skovholt & Rønnestad, 2003; Tovera, 2016).
  - 2.4. Modelo de Ayuda Profesional: Capacidad de tolerar la "demora" en intervenir y ayudar, hasta comprender el caso (Skovholt & Rønnestad, 2003).
  - 2.5. Otras Habilidades Clínicas Específicas: Aquellas que el supervisor considere atingente al caso y proceso de su supervisado.
3. Habilidades de Auto-Monitoreo:
    - 3.1. Manejo de la ansiedad de evaluación, estrés u otras situaciones emocionales que pueden interferir tanto con su funcionamiento como profesional, como con sus casos. (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999; Lamb & Swerdlik, 2003)
    - 3.2. Apertura al feedback: Del supervisor, pares y otros relevantes. Esto implica responder de manera abierta a las críticas constructivas que se le hacen, pudiendo incorporarlo en su proceso de aprendizaje.
    - 3.3. Auto-evaluación: Capacidad de reconocer algunos de sus recursos y oportunidades de mejora. Capacidad de reconocer sus emociones en torno a los casos. Si bien incipientemente, resulta importante plantear la relevancia de este trabajo, en la medida en que el darse cuenta personal y de otros es la variable que mejor correlaciona con competencias clínicas generales. (Jensen, McAuliffe & Seay, 2015).

### **Cuestionamiento y Propuestas respecto de Metodologías de Evaluación de Competencias Clínicas en Pregrado**

En la revisión realizada se plantea que, hasta el momento, no es posible diferenciar los métodos de evaluación más adecuados y fidedignos para evaluar competencias clínicas (Gonsalvez & Crowe, 2014). Al cuestionamiento de la confiabilidad de supervisores como evaluadores, se suman críticas a los criterios y metodologías utilizadas. Y, si bien existen algunas conclusiones respecto de buenas prácticas, también se ha denunciado la brecha existente con lo que se hace en la realidad (Falender & Shafranske, 2010b.) Por ejemplo, la metodología de evaluación más frecuentemente utilizada en supervisión, es el auto-reporte que hace el supervisado de sus casos (O' Donovan et al., 2011), siendo mucho menos frecuente la observación directa o la revisión del material grabado (Gonsalvez et al., 2017). Esto, a pesar de que dicho método es susceptible de distorsiones y omisiones (Lyle, 2009), más aún en terapeutas novatos.

Los supervisados tienden a filtrar lo que exponen en supervisión (Bernard & Goodyear, 2009) tanto por variables afectivas, como porque no necesariamente registran o reconocen aspectos relevantes. Además, los terapeutas tienden a sobreestimar sus habilidades clínicas y a magnificar los cambios de sus pacientes (Hannan et al., 2005 en Schmidt, 2004), en especial, cuando no tienen experiencia. Por otro lado, si bien existe acuerdo de que la mejor metodología es la observación directa del alumno interviniendo (APA, 2014; Borders et al., 2014; Falender & Shafranske, 2010b; Gonsalvez et al., 2017; Lyle, 2009), dicha práctica no

asegura por si misma su confiabilidad. Por ejemplo, Gonsalvez y Crowe (2014) señalan que una alta confiabilidad interjuez con este método se alcanza después de observar las sesiones de los supervisados completas un promedio de 19 veces. Dicho estándar de calidad resulta imposible en términos de tiempo, para un supervisor que trabaja fuera del contexto investigativo. Más aún, la observación directa del supervisado presenta una serie de desventajas. Genera ansiedad en el supervisado y lo coarta en espontaneidad, interfiere con el desarrollo de autonomía, consume tiempo y no existe evidencia de que los aprendizajes sean generalizables (Lyle, 2009).

Respecto de la auto-evaluación y evaluaciones entre pares, la literatura concluye tiene un valor formativo. Utilizarlo como criterio sumativo, resulta inadecuado en principiantes que aún no comprenden ni desarrollan las habilidades que necesitarían juzgar en si mismos y en otros (Gonsalvez & Crowe, 2014).

También se ha cuestionado el valor predictivo de trabajos y pruebas (Lamb & Swerdlik, 2003), al evaluar aspectos más bien cognitivos que poco tienen que ver con el desempeño con pacientes reales.

Como resultado, pareciera existir acuerdo en que lo correcto es utilizar metodologías variadas y congruentes con las competencias que se evaluarán (Gonsalvez & Crowe, 2014; Lyle, 2009). Destaca la utilidad de evaluaciones por medio de rúbricas, en las que la confiabilidad interjuez aumenta al acotar los criterios de evaluación que se utilizan para calificar a los supervisados (Lamb & Swerdlik, 2003).

Al no existir aún modelos que definan qué y cómo evaluar, se ha planteado la necesidad de que sea cada institución la que lo haga (APA, 2013, 2014; Gonsalvez et al., 2017; O' Donovan et al., 2011; Lamb & Swerdlik, 2003). Es decir, los lineamientos que supervisores deberían seguir para cuantificar sus apreciaciones cualitativas y poner nota a los alumnos deberían estar dados desde la Universidad y ser homogéneos entre las diferentes secciones.

Lo anterior implica, que los equipos de supervisores que trabajan como docentes de las áreas de pregrado, hagan un esfuerzo por determinar la metodología que se utilizará, construyendo rúbricas de evaluación para cada método utilizado. Lo anterior es complicado en contextos en que la mayoría de los supervisores trabajan como docentes hora en diferentes Universidades y/o compatibilizando con otro tipo de labores.

Respecto del diseño de la evaluación sumativa, se ha señalado que éstas deben calendarizarse como mínimo dos veces al semestre: una al medio y otra al final. La calificación y los criterios deben discutirse de manera personal con el supervisado, entregándole una copia escrita (Lyle, 2009). Dicha evaluación debe reflejar el proceso formativo del semestre, evitándose las sorpresas (Bernard & Goodyear, 2009 en Lyle, 2009). Esto implica que los supervisores, aún cuando no califiquen sesión a sesión a sus supervisados, tengan en mente y den retroalimentación constante, usando más o menos los mismos criterios con los que se pondrá nota. Por lo mismo, se debe contar con rúbricas de evaluación en las que queden claras las definiciones de las competencias que se espera desarrollen los estudiantes en un semestre particular y los procedimientos que se utilizarán



para calificarlos (Borders et al., 2014; Gonsalvez & Crowe, 2014; Homrich & Henderson, 2018). Esta rúbrica debe ser conocida y discutida con los supervisados desde el inicio, como parte del contrato de supervisión (Borders et al., 2014; Lyle, 2009). Además deben incluir una definición clara de cómo es que criterios cualitativos de evaluación (por ejemplo: “competencia por lograr”), se transforman en una nota concreta (por ejemplo: 3,5). Por ejemplo, utilizando como base los criterios de la Counseling Competencies Scale (Lambie et al., 2015).

De acuerdo a la literatura, la evaluación sumativa no debiera ser de exclusiva responsabilidad del supervisor (APA, 2014; O' Donovan, et al., 2011; Lyle, 2009). Dados los sesgos que ellos muestran, se debe incorporar la opinión de otros actores (otro supervisor, administrativos, pacientes, pares, etc.) (Borders et al., 2014). Para ello, podría resultar práctico, construir instrumentos breves para recopilar información en períodos previamente definidos, además de realizar evaluaciones finales con presentaciones de caso o viñetas, en las que se evalúe al terapeuta en formación, por al menos, un profesional diferente de su supervisor (Gonsalvez et al., 2017).

El supervisor, por lo mismo, debe llevar registros de la supervisión y su desarrollo (contratos y consentimientos informados del supervisado, contenidos de la supervisión, métodos de trabajo, objetivos de la supervisión, recomendaciones y directrices dadas respecto al caso y al comportamiento del supervisado), cuidando los datos de acuerdo a lineamientos éticos (Borders et al., 2014).

En conclusión, cabe señalar que en la revisión que se desarrolló para este trabajo, no se encontraron metodologías empíricamente validadas, observándose más bien un listado de sugerencias y críticas a lo tradicionalmente utilizado.

Por lo anteriormente expuesto es que, tras la revisión de literatura, se intentó desarrollar una propuesta. Respecto de los métodos de evaluación, se consideraron las siguientes alternativas:

- Registro del supervisor de cada sesión: Dicho registro debe contener anotaciones relevantes considerando los objetivos de formación de pregrado de cada supervisado.
- Observación Directa del Supervisado en Ejercicios Clínicos realizado en la supervisión (por ejemplo: role playings) o en Sesiones de Psicoterapia en espejo o videograbadas. En estos espacios, resulta óptimo que la evaluación no sea solo hecha por el supervisor (sumar por ejemplo a otro supervisor o profesor).
- Revisión de las Fichas Clínicas de los casos atendidos al menos una vez por semestre.
- Cuaderno del Terapeuta: Para fomentar el automonitoreo del supervisado en diferentes niveles, se le solicita que complete su cuaderno del terapeuta respondiendo preguntas guías, tanto después de atender a pacientes, como después de las sesiones de supervisión.
- Presentación Casos Clínicos: Presentación formal que el supervisado hace del trabajo desarrollado con uno o varios casos atendidos. Para ello debe contar con una pauta que involucre, además de antecedentes relevantes del caso, elementos que apunten a

los diferentes objetivos centrales de la supervisión en pregrado. En estos espacios, también resulta óptimo contar con la evaluación de otros supervisores o docentes.

- Pruebas de Conocimientos y uso de Viñetas con Casos Clínicos (en las que se pide al supervisado desarrollar algún aspecto como plantear hipótesis, planes terapéuticos, identificar dilemas éticos, responder respecto de normas o políticas que se debe seguir, etc.)
- Encuestas de Evaluación del desempeño del supervisado, por parte de otros actores relevantes (otros supervisores, pares y administrativos). La idea es poder gestionar una manera en la que se incorpore más de un punto de vista en la evaluación del supervisado.

Sin embargo, no basta con contar con variedad de métodos de evaluación, sino que además éstos deben ser coherentes con la competencia que quieren medir y contar con preguntas reflexivas por parte del supervisor. Sobre eso, se propone:

### 1. Estándares Profesionales

Competencias Clínicas	Preguntas Guía	Metodologías de Evaluación Congruentes
1.1 Profesionalización	¿El comportamiento ha sido acorde a estándares profesionales?	Registro del Supervisor, Observación Directa, Revisión de Fichas Clínicas, Presentación Casos Clínicos, Pruebas y Viñetas, Encuestas de Desempeño.
1.2 Ética	¿Ha logrado identificar algún dilema ético al que se ha visto enfrentado en su práctica o en la de sus compañeros?, ¿Conoce el Código de Ética del Colegio de Psicólogos?, ¿Conoce la legislación vigente que rige el que hacer clínico?, ¿Ha habido alguna conducta que le preocupe en ese sentido?	Registro del Supervisor, Observación Directa, Cuaderno del Terapeuta, Presentación Casos Clínicos, Pruebas y Viñetas, Encuestas de Desempeño.
1.3 Capacidad de solicitar ayuda al supervisor	¿Ha solicitado supervisarse o solicitado ayuda con su caso proactivamente?, ¿Da cuenta de haber preparado la supervisión?, ¿Ha reportado avances o dificultades en el manejo de sus casos?, ¿Se identifican contenidos o situaciones difíciles en los que no se solicitó ayuda del supervisor?	Registro del Supervisor, Revisión de Fichas Clínicas, Presentación Casos Clínicos.

Estos objetivos resultan en mi experiencia fundamentales, sobre todo en el primer semestre de práctica clínica, en el que el cambio de estudiante a profesional parece ser un desafío mayor para muchos de los futuros clínicos. Por ejemplo, no es poco frecuente, atrasos o ausencias a supervisión o cancelaciones de pacientes sin justificaciones adecuadas al nuevo rol (por ejemplo: “tenía que estudiar para una prueba”, “trasnoché y no dormí muy bien”, “no me sentía como para venir”, “tenía otra cosa que hacer”). A nivel ético les cuesta mucho identificar dilemas o aspectos relevantes de la práctica clínica, que vayan más allá del consentimiento informado o llenado a tiempo de las fichas clínicas. Fuente de frustración

común en mi experiencia ha sido tener que, por ejemplo, volver a revisar o reescribir informes, aunque la “nota” ya se les haya puesto o incluso el semestre académico haya terminado. O seguir normas de funcionamiento, que a ellos no les parecen relevantes, como por ejemplo, la del código de vestimenta.

El oportuno registro de lo que ocurre en estos niveles ayuda a generar espacios de reflexión a nivel formativo, que luego se fijan como elementos concretos ante los cuáles evaluar sumativamente. A modo de ejemplo, recuerdo el caso de una supervisada cuya capacidad para pedir ayuda se veía muy interferida. Al revisar mis anotaciones de la supervisión, noté que en tres sesiones seguidas yo había registrado que me preocupaba que no participaba mucho en las discusiones de las sesiones grupales. No solo no daba su opinión (cosa que suele ser frecuente en las primeras supervisiones de pregrado), sino que tampoco presentaba dudas ni de los casos de sus compañeros ni del suyo. En la reflexión de su cuaderno del terapeuta de estas primeras sesiones, tampoco presentaba dudas o aspectos que ella misma destacara como aprendizajes importantes. Mas bien parecía una síntesis de los temas discutidos.

Al hacérselo notar e invitarla a supervisar activamente su caso la sesión que seguía, me pareció que el caso era complejo, pues prontamente la paciente había revelado una experiencia importante de maltrato y luego había dejado de asistir a las sesiones, a pesar de que confirmaba asistiría. Como antecedente relevante de la persona del terapeuta, apareció también en su historia una experiencia similar, que la hizo angustiarse y conectarse con su inseguridad de poder ayudar en un caso así. Dada su inexperiencia y temores se sintió fallar y se exigió “sobreponerse”, lo que pretendía hacer en una nueva sesión que nunca se concretaba.

De este trabajo pudimos realizar una reflexión profunda con el grupo, entre otras cosas, sobre el temor a equivocarse y lo normal de los “errores” en un proceso de aprendizaje, la influencia de la persona del terapeuta en nuestro trabajo, la ayuda que puede brindar el espacio de supervisión en estos casos e incluso sobre la relevancia ética de identificar si no nos es posible trabajar con cierto tipo de casos. Además, se definió con ella como foco, la necesidad de trabajar en su capacidad para pedir ayuda durante el semestre. Y se acordó la necesidad de hablar de su caso, al menos sesión por medio y, reflexionar sobre esto como punto obligado en su cuaderno del terapeuta.

## 2. Habilidades Clínicas Evolutivamente Posibles

Competencias Clínicas	Preguntas Guía	Metodologías de Evaluación Congruentes
2.1 Formulación de Preguntas Clínicas	¿Ha construido preguntas que ayuden a recopilar información relevante o a la reflexión de su caso o del de sus compañeros?	Registro del Supervisor, Cuaderno del Terapeuta, Presentación Casos Clínicos, Pruebas y Viñetas.
2.2 Formulación de Hipótesis Comprensivas y Objetivos de Trabajo basadas en Teorías	¿Ha podido construir hipótesis u objetivos en su caso o del de sus compañeros utilizando conceptos teóricos?, ¿Logra diferenciar técnicas de objetivos e hipótesis?	Registro del Supervisor, Revisión de Fichas Clínicas, Cuaderno del Terapeuta, Presentación Casos Clínicos, Pruebas y Viñetas.
2.3 Empatía	¿Ha mostrado empatía en su caso, con compañeros y/o supervisor?, ¿es capaz de trascender su punto de vista y/o ansiedad, para reconocer emociones en otros?	Registro del Supervisor, Observación Directa, Encuestas de Desempeño.
2.4 Modelo de Ayuda Profesional	¿Ha logrado manejar su ansiedad por ayudar posicionándose desde un rol profesional?, ¿muestra reflexión a la base de sus intervenciones?, ¿Hay alguna anotación en la que se reflexione o cuestione sobre los objetivos o timing de sus intervenciones en sesión?	Registro del Supervisor, Observación Directa, Cuaderno del Terapeuta.
2.5 Otras Habilidades Clínicas Específicas	¿Cómo ha ejecutado X habilidad específica?	Observación Directa.

Este eje es el que, en mi experiencia, resulta más evidente de comprender por parte de los psicólogos novatos como objetivo fundamental de su formación. Sin embargo, se necesita trabajo para acompañar en la reflexión de estos terapeutas principiantes para ir más allá de síntomas observados y diagnósticos descriptivos, o para cuestionarse hipótesis clínicas que vayan más allá de lo que textualmente dicen los pacientes.

Respecto de este tema por ejemplo, recuerdo una vez que revisando una primera sesión vincular videograbada entre una mamá y una niña logramos identificar algunas interacciones en las que pensábamos la niña podía haberse comenzado a sentir ansiosa y exigida por su madre, pero que, al no haber sido percibidas por el adulto, podrían haber explicado la dificultad de la niña de querer proponer juegos de manera espontánea. Sin embargo, en un primer momento, desde el reporte de lo ocurrido en sesión, mi supervisor había referido que no consideraba importante repetir sesiones vinculares, pues se había cumplido con los objetivos y no había habido ningún conflicto durante la sesión. Al profundizar en esta impresión, logramos entender que esta impresión inicial se explicaba en parte, además de por la falta de conocimiento en este tipo de intervenciones, dada su propia sensación de éxito, al haber logrado conducir una sesión e implementar una técnica que lo tenía muy nervioso porque resultara bien.

### 3. Habilidades de Auto-Monitoreo

Competencias Clínicas	Preguntas Guía	Metodologías de Evaluación Congruentes
3.1 Manejo de la ansiedad de evaluación, estrés y otras situaciones emocionales	¿Cómo ha manejado la ansiedad y estrés durante sesiones clínicas, en el trabajo de la supervisión y presentaciones clínicas?	Registro del Supervisor, Observación Directa, Cuaderno del Terapeuta, Presentación Casos Clínicos.
3.2 Apertura al feedback	¿Ha mostrado una actitud receptiva al feedback dado por otros de su desempeño clínico?, ¿qué reflexiona al respecto?	Registro del Supervisor, Cuaderno del Terapeuta, Presentación Casos Clínicos, Encuestas de Desempeño.
3.3 Auto-evaluación	¿Logra identificar recursos o debilidades en sí mismo?, ¿es capaz de identificar aspectos con los que resuena en el caso?	Registro del Supervisor, Cuaderno del Terapeuta, Presentación Casos Clínicos.

Este nivel, resulta en mi experiencia uno de los elementos más amenazantes para los supervisados de pregrado y, a la vez, todo un hito de aprendizaje cuando se logra trabajar de manera exitosa.

Recuerdo el caso de un supervisado de un semestre, a quien notaba nervioso y monosilábico en la rueda de inicio de cada supervisión para saludarnos y saber cómo llegaban (actitud que se mantuvo, a pesar de que el resto del grupo ya había construido entrada en mayor confianza). Le costaba además pensar sobre qué sentía con el caso que atendía o en qué podía resonar con él y cómo esto podía tener que ver con su trabajo clínico. Al identificar este aspecto como un objetivo de trabajo y evaluación, logró mejorar y atreverse cada vez más a exponerse en lo personal frente al grupo. Descubrimos que su paciente también era tímido como él, y que una parte de lo que necesitaba terapéuticamente era poder contar con un vínculo seguro, frente al cuál mostrarse tal cual era.

En su cuaderno del terapeuta, hacia el final del primer semestre de práctica rescató: “Este semestre tuve que desarrollar en profundidad la mirada introspectiva para dar cuenta de lo que me produce emocional y afectivamente el caso, reflejándolo en mi reflexión y autocrítica para reconocer dificultades y fortalezas... para ir trabajando en el proceso terapéutico, resultó importante abrirme al paciente y poder aceptar lo que me planteaba él en sesión para trabajar, es decir, adaptarme a sus características para hacer productiva la terapia y motivarlo a participar en ella. Creo que al mostrar mis emociones y sentimientos me sirvió para ayudarlo en su aprendizaje de reconocimiento y expresión emocional, y me sirvió en mi experiencia para darme cuenta de lo relevante que es la conexión empática con cada caso”.

### Conclusiones

Tras realizar esta revisión se pone de manifiesto lo desafiante que resulta equilibrar en la tarea del supervisor la multiplicidad de roles que se deben desempeñar. La necesidad de conocer no solo de teoría y práctica clínica, sino que en específico de supervisión, modelos

evolutivos, estrategias de evaluación, entre otros, releva la importancia de conceptualizar la supervisión como una especialidad profesional, para la cual debiéramos, al igual que con la psicoterapia, estar en constante desarrollo.

Específicamente respecto de la supervisión y evaluación en pregrado, emerge la importancia de un supervisor sensible y responsivo a la fragilidad de los principiantes a la vez que consciente del enorme potencial de desarrollo que tienen. Resulta ilustradora la imagen de una “primera infancia” profesional, en la que los supervisores, así como los padres en dicha etapa del ciclo vital, necesitan equilibrar la nutrición emocional y el compromiso afectivo, con el desafío y establecimiento de límites necesarios para el aprendizaje. Para ello se requiere ser extremadamente consciente de las características especiales y de los aprendizajes evolutivamente posibles que tienen estos formandos.

En este contexto, se necesita un supervisor paciente y que sea capaz de introducir y guiar, concretizando y haciendo más simple, la complejidad de transformarse en un psicoterapeuta. Se necesita un supervisor que mantenga a raya la propia auto-exigencia y que tome consciencia del gran impacto que sus palabras y, especialmente su evaluación, tienen en el formando. En otras palabras, este trabajo pone de manifiesto, la importancia del trabajo con la persona del supervisor para crear contextos de formación protegidos.

De la revisión realizada se considera relevante esbozar a modo de sugerencias para los colegas que trabajan en estos contextos, algunas buenas prácticas para la supervisión de pregrado:

1. Apoyar al supervisado en el cambio de estudiante a profesional. Esto implica educar en lo que significa actuar de manera profesional, incluido lo que se entiende y espera de ellos en supervisión (Todd & Storm, 2002; Homrich & Henderson, 2018).
2. Fomentar que el supervisado comience a integrar la ética en su comportamiento y toma decisiones como clínico (Borders et al., 2014; Homrich & Henderson, 2018). Para ello se debe facilitar la revisión y reflexión de estándares éticos tanto a nivel general, como aplicado. Los supervisores deben ser capaces de explicitar desde el inicio de la supervisión y de manera recurrente ejemplos concretos de dilemas éticos (O' Donovan et al., 2011).
3. Connotar “errores” explícitamente como parte normal del aprendizaje (Homrich & Henderson, 2018). Validar por sobre ellos, la capacidad de pedir ayuda al supervisor cuando las cosas no son o no salen como se espera, o cuando se tienen dudas o inquietudes. También como una forma de nutrir el trabajo, cuando se considera que todo va bien (Lamb & Swerdlik, 2003; Lambie & Blount, 2016).
4. Estimular la formulación de “buenas” preguntas de supervisión en la presentación de casos (Todd & Storm, 2002). Ayudarlos a que profundicen su mirada, evitando formular preguntas por cumplir (por ejemplo, excesivamente generales como “necesito ayuda” o “quiero saber cómo lo he estado haciendo”).
5. Normalizar y sostenerlos en su ansiedad por rendir (Borders et al., 2014; Carlson & Lambie, 2011; Koltz & Champe, 2010; Tovera, 2016; Skovholt & Rønnestad, 2003; Stoltenberg et al., 1998). Escucharlos activamente y ayudarlos a desarrollar habilidades para ser receptivos a supervisores, pares e incluso, sus propios pacientes (Homrich &

- Henderson, 2018; Gonsalvez & Crowe, 2014; Gonsalvez, Wahnon & Deane, 2017). En esto, resulta importante que el supervisor sea asertivo en su retroalimentación (O' Donovan et al., 2011), evitando dañar a sus supervisados (Borders et al., 2014; Falender & Shafranske, 2010; Heckman-Stone, 2003).
6. Elaborar la forma y contenidos de la evaluación. Clarificar las competencias por las que serán evaluados y revisar rúbricas, conductas antiéticas en las que podrían incurrir, etc. (Borders et al., 2014; Homrich & Henderson, 2018; O' Donovan et al., 2011). Se busca amortiguar el efecto de la ansiedad, estableciendo anticipadamente normas de evaluación y explorando las reacciones del supervisado sobre éstas (Borders et al., 2014; Homrich & Henderson, 2018).
  7. Se aconseja el uso de contratos y manuales que puedan ser revisados y manipulados. Esto permite satisfacer la necesidad de estructura en este nivel (Lambie & Blount, 2016; Homrich & Henderson, 2018).
  8. Estructurar y responder a preguntas de cómo actuar y manejar diferentes situaciones clínicas, directiva y concretamente (Carlson & Lambie, 2011; Koltz & Champe, 2010; Tovera, 2016; Skovholt & Rønnestad, 2003; Stoltenberg et al., 1998). No limitarse solo a indicar, sino que modelar lo sugerido y practicar su aplicación por medio de role-playings. Progresivamente, realizar además observaciones directas del terapeuta atendiendo a pacientes. (Gonsalvez & Crowe, 2014; Gonsalvez et al., 2017).
  9. Apoyar en el desarrollo de una mirada empática y comprensiva del paciente (Skovholt & Rønnestad, 2003; Stoltenberg et al., 1998). Co-construir hipótesis que permita un pensamiento más complejo. Lograr que las valoren como el eje central para la elaboración de objetivos e intervenciones “más allá de las técnicas”. (Homrich & Henderson, 2018).
  10. Ayudar a comprender el cambio como un proceso complejo (Skovholt & Rønnestad, 2003; Todd & Storm, 2002). Explicitar objetivos realistas y evitar que se culpen si el paciente no cambia “rápido”. Enseñarles a identificar indicadores de que sus intervenciones pueden o no estar sirviendo.
  11. Potenciar la autoevaluación y autoconciencia (Borders et al., 2014; Carlson & Lambie, 2011; Homrich & Henderson, 2018; Tovera, 2016; Skovholt & Rønnestad, 2003; Stoltenberg et al., 1998). Ayudarlos a comprender esta práctica como algo transversal en lo clínico. Especialmente útil es ayudarlos a identificar sus emociones. En pregrado, además es posible reflexionar sobre la elección del rol de ayudador, para comprender mejor la ansiedad por rendir que muchas veces los lleva a apresurarse en intervenir (Skovholt & Rønnestad, 2003).
  12. Apoyar al reconocimiento de recursos y oportunidades de mejora (Homrich & Henderson, 2018). Propiciar la co-construcción de objetivos concretos de desarrollo personal, dando espacio en cada supervisión para una evaluación formativa sobre el avance en dicho objetivo. Esto ha sido identificado por supervisados de primer año, como el elemento más significativo de la supervisión (Talen & Schindler, 1993, en Lyle, 2009).
  13. En caso de observar un desarrollo por debajo de lo esperado, se deben plantear (y quedar por escrito) al supervisado acciones remediales concretas (en qué consisten, objetivos, plazos, consecuencias de no cumplir con ellas, etc.) (Falender & Shafranske, 2010; O'

Donovan et al., 2011). Las evaluaciones negativas deben ser realizadas contingentemente. No se debe esperar una instancia formal y menos el fin de semestre (O' Donovan et al., 2011).

14. Discutir a nivel teórico, los conocimientos del enfoque que corresponda. Potenciando la búsqueda de información y clarificación de conceptos que sustenten hipótesis e intervenciones. (Carlson & Lambie, 2011)

Especialmente en lo que compete a la evaluación, queda de manifiesto que aún hay mucho camino por recorrer. En primer lugar, se propone la necesidad de enfrentar la ansiedad que este tema provoca, normalizándola y entendiéndola nosotros mismos como la base para reconocer tanto recursos como oportunidades de mejora y comprender la evaluación sumativa (y no solo formativa) como un aspecto central del proceso de aprendizaje. Asumir que, si bien no tenemos criterios infalibles, y que, muy por el contrario, nuestras evaluaciones se encuentran sesgadas, resulta importante tomar acuerdos de cómo se abordan estos temas, otorgando espacios relevantes en la Escuelas de Psicología para la discusión de los criterios y metodologías de evaluación que se están utilizando.

En segundo lugar, nos invita a crear lazos, a salir de la soledad del rol del supervisor y a compartir la responsabilidad de la evaluación con otros actores relevantes, incluidos el mismo terapeuta principiante, mediante la co-construcción de objetivos de desarrollo, el grupo de supervisión, otros supervisores, profesionales y administrativos de los centros de práctica.

Por último, nos plantea la importancia de trabajar de manera intencional y consciente la evaluación como parte de la supervisión clínica en contextos de pregrado durante todo el año, buscando un punto intermedio, para nada fácil, entre realizar evaluaciones improvisadas y vagas, y llenarnos de instancias de evaluación que hagan perder de vista el foco en el proceso y perder la flexibilidad para ir enfrentando las contingencias de los espacios de supervisión.

Para todo ello se hace necesario, continuar reflexionando, como plantean Gonsalvez & Crowe (2014) sobre cuáles son las competencias básicas de un psicoterapeuta, cómo se define el nivel “suficientemente competente” y cómo podemos evaluar las competencias de nuestros alumnos.

Este trabajo plantea el desafío de seguirse profundizando en sí mismo, por ejemplo en la construcción de las rúbricas para calificar la información obtenida con la metodología propuesta en las tablas propuestas. Así mismo, se abren otras preguntas, para futuras investigaciones. Por ejemplo, ¿cómo las diferentes escuelas de psicología en Chile evalúan a sus alumnos en pregrado?, ¿qué similitudes y diferencias existen?, ¿cómo definieron los criterios de evaluación?, ¿qué metodologías usan?, ¿existe alguna continuidad con los programas de formación de postítulo que esas mismas universidades imparten?, ¿cómo ejercen y concilian lo múltiples roles los supervisores de pregrado?, ¿cómo se enfrentan al desafío de calificar de manera cuantitativa a sus supervisados?, ¿qué dificultades y tensiones experimentan en torno a la evaluación y cómo las resuelven?, entre otras.



## Referencias

- APA (2013). APA Guidelines for the Undergraduate Psychology Major. Version 2.0. Recuperado el 14 Febrero 2019, de <https://www.apa.org/ed/precollege/about/psymajor-guidelines.pdf>
- APA. (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*. Recuperado el 10 de Enero de 2017, de <http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>
- Bernard J. & Goodyear, B. . (1998). *Fundamentals of Clinical Supervision*. Boston: Allyn & Bacon.
- Borders, D., Glosoff, H., Welfare, L., Hays, D., DeKruyf, L., Fernando, D. & Page, B. (2014). Best Practices in Clinical Supervision: Evolution of a Counseling Specialty. *The Clinical Supervisor, 33*, 26–44.
- Carlson, R. & Lambie, G. (2011). Systemic–Developmental Supervision: A Clinical Supervisory Approach for Family Counseling Student Interns. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 20*(1), 29-36.
- Colegio de Psicólogos de Chile (1999). *Código de Ética Profesional*. Recuperado el 28 de Febrero 2019, de <http://colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2014/10/CODIGO-DE-ETICA-PROFESIONAL-VIGENTE.pdf>
- Consejo Nacional de Educación (2018). *Base de datos con la oferta de programas de estudio de pregrado disponibles en las instituciones de educación superior para el año 2019*. Recuperado el 13 Enero 2018, de <http://cned.cl/bases-de-datos>
- Daskal, A. (2008). Poniendo la Lupa en la Supervisión Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, XVII* (3), 215-224.
- Falender C. & Shafranske, E. (2010). Cap 2: *What makes for good supervision?*. En “Clinical Supervision: a competency-based approach”. Washington, DC: American Psychological Association. APA
- Falender, C. & Shafranske, E. (2010b). Cap. 8. Evaluation of the supervisory process, and Appendixes I, J, K, L. (pags. 269 – 280). En *Clinical Supervision. A competency-based Approach*. American Psychological Association, Washington, DC. APA
- Gazzolla, N., De Stefano, J., Thériault, A. & Audet, A. (2013). Learning to Be Supervisors: A Qualitative Investigation of Difficulties Experienced by Supervisors-in-Training. *The Clinical Supervisor, 32*, 15-39.
- Gonsalvez, C., Bushnell, J., Blackman, R., Deane, F., Bliokas, V., Nicholson-Perry, K., Shires, A., Nasstasia, Y., Allan, C. & Knight, R. (2013). Assessment of psychology competencies in field placements: Standardized vignettes reduce rater bias. *Training And Education In Professional Psychology, 7*(2), 99-111.
- Gonsalvez, C., & Crowe, T. (2014). Evaluation of Psychology Practitioner Competence in Clinical Supervision. *American Journal of Psychotherapy, 68*(2), 177-193.
- Gonsalvez, C., Wahnnon, T. & Deane, F. (2017). Goal Setting, Feedback, and Assessment Practices Reported by Australian Clinical Supervisors. *The Australian Psychologist, 52*, 21-30.
- Heckman-Stone, C. (2003). Trainee Preferences for Feedback and Evaluation in Clinical Supervision. *The Clinical Supervisor, 22*(1), 21-33.
- Homrich, A. & Henderson, K. (2018). *Gatekeeping in Mental Health Professions*. Alexandria: American Counseling Association.

- Jensen, M., McAuliffe, G. & Seay, R. (2015). Developmental Level as a Predictor of Counseling Skills. *The Journal of Counselor Preparation and Supervision*, 7(1). <http://dx.doi.org/10.7729/71.1065>
- Koltz, R. & Champe, J. (2010). *A phenomenological case study: The transition of mental health counseling interns from students to professionals*. Recuperado el 27 de Febrero de 2019, de [http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article\\_31.pdf](http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article_31.pdf)
- Lamb, D. & Swerdlik, M. (2003). Identifying and Responding to Problematic School Psychology Supervisees: The Evaluation Process and Issues of Impairment. *The Clinical Supervisor*, 22(1), 87-110.
- Lambie, G. & Blount, A. (2016). Cap. 4: (pags. 71 – 86) Tailoring Supervision to Supervisees' Developmental Level. Jordan, K. (Ed) Couple, Marriage and Family Therapy Supervision. APA
- Lambie, G., Mullen, P., Swank, J. & Blount, A. (2015). *The Counseling Competencies Scale: Validation and refinement*. Manuscrito no publicado. Department of Child, Family and Community Sciences, University of Central Florida, Orlando, Florida.
- Lyle, D. (2009). Supervisee Experiences of Corrective Feedback in Clinical Supervision: A Consensual Qualitative Research Study. *Dissertations (2009 -), Paper 257*. Recuperado el 12 Febrero 2018, de [http://epublications.marquette.edu/dissertations\\_mu/257](http://epublications.marquette.edu/dissertations_mu/257)
- Makrinov, N., Scharager, J., & Molina, L. (2005). Situación Actual de una Muestra de Psicólogos Egresados de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Psykhe*, 14(1), 69-77.
- O' Donovan, A., Halford, K. & Walters, B. (2011). Towards Best Practice Supervision of Clinical Psychology Trainees. *Australian Psychologist*, 46(2), 101-112.
- Ögren, M. & Boalt, S. (2014). Cap. 15: Developing Understanding in Clinical Supervision. En *The Wiley International Handbook of Clinical Supervision*. New York: John Wiley & Sons Inc APA
- Skovholt, T. & Rønnestad, M. (2003). Struggles of the Novice Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, 30, 1, 45-58.
- Schmidt, C. (2014). Integrating Continuous Client Feedback into Counselor Education. *The Journal of Counselor Preparation and Supervision*, 6(2). Recuperado el 12 Febrero 2018, de <http://dx.doi.org/10.7729/62.1094>
- Stoltenberg, C., McNeill, B., & Delworth, U. (1998). *IDM supervision: An integrated developmental model for supervising counselors and therapists*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Todd, T. & Storm, C. (2002). Cap. 2. Self-Supervision as a Universal Supervisory Goal. En *The Complete Systemic Supervisor*. New York: Authors Choice Press. Pp.- 17—25.
- Tovera, J. (2016). Integrated Development Model (IMD): A Systematic Review and Reflection. *European Scientific Journal*, 12, 19, 244-254.
- Young, T., Lambie, G., Hutchinson, T. & Thurston-Dyer, J. (2011). The Integration of Reflectivity in Developmental Supervision: Implications for Clinical Supervisors. *The Clinical Supervisor*, 30, 1–18.