

Un modelo de supervisión con Equipo Reflexivo para la formación de terapeutas con enfoque integrativo

Um modelo de supervisão com Equipe Reflexiva para a formação de terapeutas com abordagem integrativa

The use of Reflective Team in supervision for training integrative psychotherapists

Patricia García-Fernández¹.

¹Doctora. Psicoterapeuta en práctica privada y supervisora en la Maestría en Orientación Psicológica de la Universidad Iberoamericana, CDMX, México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7250-9090>

Correo de contacto: patgarfer@gmail.com

Fecha de Recepción: 2022-07-13 **Aceptado:** 2022-07-22



[Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

© 2022 *Pinelatinoamericana*

Resumen

Este trabajo describe un modelo de supervisión clínica que utiliza al Equipo Reflexivo (ER) como una propuesta para la formación de psicoterapeutas con enfoque integrativo. Se plantean las bases teóricas del ER y los objetivos de la supervisión para justificar la elección de este modelo. Igualmente se describe la metodología, técnicas y herramientas ocupadas en la supervisión, así como sus alcances para referir los resultados obtenidos.

Palabras Claves: supervisión; equipo reflexivo; psicoterapia integrativa; entrenamiento.

Resumo

Este artigo descreve um modelo de supervisão clínica que utiliza a Equipe Reflexiva (ER) como proposta para a formação de psicoterapeutas com abordagem integrativa. As bases teóricas da ER e os objetivos da supervisão são propostos para justificar a escolha deste modelo. Da mesma forma, são descritas a metodologia, técnicas e ferramentas utilizadas na supervisão, bem como seu alcance para se referir aos resultados obtidos.

Palavras chaves: supervisão; equipe reflexiva; psicoterapia integrativa; treinamento.

Abstract

This paper describes the Reflective Team (ER, initials in Spanish) as a model for training psychotherapists with an integrative approach. The theoretical basis of the ER and the objectives of supervision are presented to justify the choice of this model. It also describes the methodology, techniques, and tools used in supervision to discuss the possibilities and results obtained.

Keywords: reflective team; supervision; training; integrative psychotherapy.

Introducción

Un reto relevante del enfoque integrativo es enseñar a las terapeutas* en formación a pensar, conceptualizar, evaluar, y abordar casos clínicos de forma coherente, puesto que recién están conociendo las diversas teorías y técnicas que conformarán su paradigma de trabajo (Sotskova et. al., 2017). Este artículo expone el modo como, desde 2011, la autora ha abordado dicho reto en la Maestría en Orientación Psicológica de la Universidad Iberoamericana, CDMX. Se trata de una metodología que ocupa al Equipo Reflexivo (ER) como modo de supervisión en vivo para el entrenamiento de terapeutas integrativas. Se comienza describiendo en qué consiste el modelo integrativo, qué se entiende por supervisión clínica y cuál es el sustento teórico en el que se basa el ER. Posteriormente se retrata el escenario, metodología, técnicas y herramientas ocupadas en este proceso de supervisión, así como sus alcances para discutir los resultados obtenidos.

La psicoterapia integrativa

Combina diversos abordajes clínicos, no de manera azarosa, sino buscando desarrollar el mejor marco conceptual que beneficie a cada paciente en específico (Jones-Smith, 2012). La integración no implica la eliminación, ni la suma desorganizada de conceptos teóricos y herramientas de intervención, sino la articulación coherente de los mismos (Tena Suck, 2019).

Existen diferentes maneras de integrar:

1) Eclecticismo: elige técnicas efectivas sin recurrir a la explicación teórica del porqué del síntoma o conflicto, ni del porqué del cambio (Tena Suck, 2019).

2) Integración teórica: articula conceptos teóricos de escuelas de psicoterapia divergentes (Norcross et. al., 2005); por ejemplo, integrar la explicación intrapsíquica psicodinámica con la interpersonal del abordaje sistémico.

3) Asimilación integrativa: toma como base un enfoque teórico primordial e incorpora flexiblemente teorías y técnicas de otros según lo requiere cada caso (García-Fernández, 2019; Sotskova et. al., 2017).

4) Modelos que trascienden teorías (Jones-Smith, 2012): se basan en a) los factores comunes responsables del cambio terapéutico [factores extra terapéuticos y recursos del paciente, alianza terapéutica, efecto placebo, y técnicas de intervención] (Lambert, 1992); b) las etapas de motivación al cambio

* Comprometida con una visión de género, para dar fuerza a la voz de las mujeres, este texto está escrito en femenino para hacer referencia a cualquier persona -indistintamente de su género- que ejecute el rol de paciente, cliente, terapeuta, alumna o alumno, supervisada o supervisado y supervisora o supervisor.

[precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento, y recaída] (Prochaska et. al., 2005); y c) las habilidades de ayuda según la etapa del proceso [habilidades humanistas de la fase de exploración, estrategias psicodinámicas de la fase de insight, y técnicas cognitivo-conductuales de la fase de acción] (Hill, 2014).

En el entrenamiento de psicoterapeutas integrativas se intenta que conozcan varios modelos conceptuales y manejen diversas técnicas de intervención para que con ayuda de la supervisión diseñen estrategias clínicas a la medida de las necesidades de cada paciente (Demichelis Machorro, 2019).

La supervisión clínica

Es un espacio de reflexión y análisis del ejercicio terapéutico donde la supervisora planea estrategias de aprendizaje para que las supervisadas mejoren su efectividad clínica al intervenir con sus pacientes. Convergen tres figuras: la supervisora, la supervisada y la paciente, coincidiendo en dos contextos: la psicoterapia y la supervisión (López-Carrasco, 1998). Sus objetivos son “mejorar la competencia profesional y la práctica científica del supervisado, monitorear la calidad de los servicios que brinda, proteger al público, y vigilar su ingreso a la profesión” (American Psychological Association, 2014, p. 2).

El paradigma moderno ve a la supervisada como aprendiz y a la supervisora como experta (Tarragona, 1999). En contraste, los modelos posmodernos refutan la implicación jerárquica definida dentro del mismo término ‘super-visión’, evocando que la visión de una está por encima de la otra. En cambio, sugieren nominarla ‘Colaboración’ (Andersen, 2003), o ‘Co-visión’ (White, 1997), aludiendo que se construye entre ambas partes aun cuando la supervisora tiene responsabilidades éticas que no son recíprocas. Reconciliando las dos posturas, se piensa que entre más inexperta sea la supervisada requerirá de más dirección, pero con el tiempo se irán construyendo ideas colaborativamente (Selicoff, 2003).

La supervisión trasciende la enseñanza de teorías y técnicas; además revisa la relación entre supervisora y supervisada, entre paciente y supervisada, y entre supervisora y paciente; se trabaja con las resistencias, transferencias y contratransferencias de las involucradas sin perder de vista el encuadre y los roles, para no convertir el espacio en uno terapéutico (García-Fernández, 2012).

El Equipo Reflexivo

Es un modelo de psicoterapia y supervisión fundamentado en el posmodernismo, dentro del construccionismo social. Considera que el conocimiento se construye socialmente, y que no se puede tener una representación directa del mundo puesto que se conoce a través de nuestra experiencia (Andersen, 1994).

Inicialmente, en el ER como en otros modelos sistémicos, un equipo terapéutico observaba la sesión en cámara de Gesell y formulaba una intervención que transmitía a la terapeuta para que se la comunicara a su paciente. Posteriormente, se vislumbró lo complicado que resultaba que todo el equipo conciliara una sola intervención, y que la terapeuta transmitiera con claridad ese mensaje. Entonces,

se eliminó el espejo para dialogar en presencia de la cliente y no a sus espaldas en el anonimato. Se encontró que, al no diseñar una intervención consensuada, clientes y terapeutas se beneficiaban más al recibir varias perspectivas que partían de la multiplicidad de sus voces. Además, notaron que las opiniones sobre las pacientes eran menos negativas y más respetuosas que cuando el equipo se ocultaba tras el espejo (Andersen, 1994).

Las premisas teóricas del ER son (Andersen, 1994; Fernández et. al.,2003):

- La terapeuta y el ER no son observadores externos del problema, sino que están en interdependencia con la paciente formando parte del mismo sistema (cibernética del segundo orden); al estar dentro de lo observado es imposible la objetividad o neutralidad.

- Terapeuta y ER no trabajan con el problema sino con la comprensión que la paciente tiene del problema, la cual no es definitiva sino una entre muchas versiones.

- El lenguaje es primordial en la construcción de diferentes versiones de la realidad por ello, la multiplicidad de voces y perspectivas cobra importancia.

- Las ‘aperturas’ son temas y palabras clave particularmente relevantes para la terapeuta y ER que se exploran a través de preguntas para generar un nuevo significado “apropiadamente inusual” (Andersen, 1994, p. 68); es decir, ni demasiado usual para no estimular su curiosidad, ni muy inusual para resultar perturbador.

- Como existen múltiples versiones de los temas que se conversan y cada integrante construye su propia interpretación, nada se dice de manera contundente ni absoluta, sino de forma especulativa y tentativa.

- Las reflexiones se orientan a los recursos y fortalezas de la paciente sin adularla, y a mostrar sus dificultades evitando connotaciones negativas y juicios.

El proceso consta de tres fases: En la primera, una terapeuta entrevista a la paciente formando un sistema autónomo que ignora al ER. Se aborda su motivo de consulta y los temas que desea tratar, mientras que el ER escucha activamente sin interrumpir, pero haciéndose preguntas y reflexionando sobre lo que va surgiendo en la sesión (Andersen, 1994).

Durante la segunda etapa, el ER conversa entre sí sobre lo que escuchó en la primera fase para generar diferentes conversaciones que resulten útiles para la paciente: abordan las aperturas, hacen preguntas circulares, dan sus puntos de vista, y ofrecen significados apropiadamente inusuales y alternativas para afrontar el conflicto. Entretanto, el sistema terapeuta-paciente escucha sin interrumpir y reflexiona sobre lo que el ER dialoga. La meta-posición de escucha reflexiva a distancia genera una meta-reflexión, de modo que tanto el ER como la terapeuta y la paciente escuchan algo, lo piensan y hacen suyo antes de dar una pronta respuesta (Andersen, 1994).

En la última etapa, la terapeuta invita a la paciente a comentar sobre lo que escuchó del ER. Como lo más valioso es la multiplicidad de voces, no se pretende que la terapeuta dé su propia conclusión como algo tajante, sino que deje abiertas distintas posibilidades. La sesión se cierra diciendo a la paciente que conserve solo lo que le pueda servir y descarte lo que no (Andersen, 1994; Fernández et. al., 2003).

Así, el principal objetivo es que la paciente adquiera diversas alternativas y elija las que mejor le acomoden para afrontar su conflicto. Análogamente, la terapeuta recibe varias ideas que abren un sinnúmero de rutas a seguir en la sesión.

La supervisión propiamente tal sucede al retirarse la paciente.

Escenario del proceso:

Para la formación de terapeutas integrativas, es recomendable configurar un grupo de cinco alumnas que se reúnan una vez por semana durante dos horas; en la primera, se atiende a una paciente y en la segunda, inmediatamente después y sin la paciente, se supervisa la sesión. En un aula que ofrezca privacidad se acomodan dos sillas, una frente a la otra, que ocuparán paciente y terapeuta; otras cinco sillas para el ER se acomodan en semicírculo mirando a las de la terapeuta y paciente.

Descripción del proceso:

Antes de iniciar el curso y para ofrecer a las alumnas mayor experiencia, se invitan a dos pacientes a recibir psicoterapia sin costo. Telefónicamente se les explica la metodología del ER, se conoce su motivo de consulta y se explora la inexistencia de patología grave para que el modelo les resulte benéfico. Sus citas se alternan cada 15 días.

En la primera clase -solamente con las alumnas- se exploran sus expectativas, se explica la metodología de la terapia en vivo, precisándoles que todas tienen que devolver algo a la paciente, en cada sesión. Asimismo, se les asigna una lectura sobre el ER, se sortea el orden para ejecutar el rol de terapeuta (para que todas -incluida la supervisora- participen) y se establece el encuadre de supervisión que abarca: respeto, confidencialidad, trabajo colaborativo, y retroalimentación constructiva de aciertos y errores. Finalmente se aclaran las fronteras entre supervisión y psicoterapia.

En el primer encuentro con la paciente, la terapeuta asignada se presenta e introduce a las integrantes del ER, le explica brevemente las tres fases del modelo, le solicita firmar un consentimiento informado para recibir terapia y videogravar las sesiones, y da inicio a la sesión. Con excepción de esta introducción, todas las sesiones siguen las tres fases descritas.

Al concluir cada sesión y retirarse la paciente inicia la supervisión. Se reacomodan las sillas en círculo para promover una relación colaborativa no jerárquica entre colegas. La primera en hablar es quien ejecutó el rol de terapeuta para narrar su experiencia, sus reacciones ante la paciente, ante la problemática que expuso, y ante sí misma; reporta qué hizo, cómo lo hizo, para qué lo hizo, qué pudo haber hecho diferente, y qué emociones y pensamientos tuvo a lo largo de la sesión. Esto lo expresa en asociación libre. Para promover que la terapeuta pueda autoobservar,

autoanalizar y autoevaluar su desempeño, ni el ER ni la supervisora emiten opiniones, solo escuchan activamente; la supervisora puede plantear alguna pregunta reflexiva para profundizar en cierto tópico.

Luego se da la palabra al ER. A través de un diálogo con la terapeuta, cada integrante comparte sus puntos de vista, nombra las técnicas que identificó, pregunta sobre las intervenciones ocupadas, expresa los aciertos y desaciertos, y brinda propuestas de lo que pudo haber hecho estando en el lugar de la terapeuta. El objetivo es retroalimentar con respeto y agudizar su observación para aprender de las demás y permitirse ser modeladas.

Posteriormente la supervisora expone lo que percibió en la sesión y en la supervisión. Cuando la paciente no está en riesgo lo hace de modo tentativo, de lo contrario, toma un rol directivo. Explica por qué está o no de acuerdo con la postura de cada alumna, pone sobre la mesa las dudas y controversias para conversar y debatir las ideas entre todas, recordándoles que el valor recae en la multiplicidad de voces que enriquecen la experiencia.

Finalmente se construye el caso clínico a través de preguntas reflexivas y circulares. Se plantean hipótesis clínicas, se revisan diversas perspectivas teóricas que aporten explicaciones, se proyectan las metas terapéuticas y se discuten las estrategias técnicas necesarias para alcanzarlas. Se planean las intervenciones para las siguientes sesiones, entendiendo que se tendrán que adaptar, descartar o sustituir de acuerdo con las necesidades que la paciente traiga cada semana.

Como tarea, el ER entregará a la terapeuta una lista de las habilidades que ocupó y una breve retroalimentación cualitativa. La terapeuta revisará la grabación de la sesión y redactará un diario de campo como ejercicio de autosupervisión.

Estrategias para desarrollar competencias integrativas:

Según la experiencia de la autora, para aplicar el enfoque integrativo con un sólido sustento teórico-metodológico, las terapeutas en formación requieren desarrollar las siguientes competencias:

- Actitud ética de compromiso profesional hacia pacientes e instituciones;
- Aceptación respetuosa a la diversidad y multiculturalidad con un enfoque de género y justicia social;
- Construcción de vínculos terapéuticos positivos;
- Evaluación clínica y conceptualización teórica del caso para desarrollar un plan de tratamiento a la medida;
- Establecimiento de metas terapéuticas y logro de las mismas;
- Uso de técnicas y herramientas clínicas para lograr las metas;
- Capacidad de autoobservación y autocrítica para perfeccionar las habilidades clínicas.

Las estrategias de supervisión que se ocupan para aprender a conceptualizar el caso son: a) ubicar la etapa de desarrollo y determinar si se trata, o no, de una

crisis del ciclo vital; b) describir los vínculos y el tipo de apego desde una perspectiva intrapsíquica psicodinámica y desde una visión interpersonal sistémica; c) explicar cómo han influido sus relaciones en la construcción del autoconcepto, autoestima e identidad; d) detectar roles, holones, alianzas y coaliciones familiares; e) comprender el contexto sociocultural y experiencias de violencia de género, discriminación e injusticia social; f) dilucidar cómo los pensamientos y cogniciones se relacionan con las emociones y conductas; g) detectar en qué etapa de motivación al cambio se encuentra; h) descubrir el proyecto de vida, motivaciones, creencias espirituales y sentido de vida; i) encontrar redes de apoyo, recursos, fortalezas, áreas libres de conflicto e historias alternativas a la narrativa saturada del problema; j) plantear metas terapéuticas.

Las estrategias de intervención para alcanzar las metas se construyen colaborativamente: Se comienza creando una sólida alianza terapéutica basada en la autenticidad, empatía y aceptación incondicional de la paciente a través de un vínculo basado en la confianza que permita trabajar en profundidad. Por medio de retroalimentación entre pares y de la supervisora, se propicia el desarrollo de habilidades de observación, escucha activa y acompañamiento, y del uso de preguntas, señalamientos, reflejos, paráfrasis, resúmenes, resignificaciones, confrontaciones, interpretaciones y psicoeducación. Asimismo, se supervisa el manejo de emociones para su reconocimiento, expresión y regulación, y el trabajo con ideas irracionales y distorsiones cognitivas. Como no todos los casos se prestan para aplicar todas las estrategias, se otorga a las alumnas amplia libertad para elegir su propio modo de proceder.

Se promueve un ejercicio profesional ético, humano y respetuoso, reconociendo la posición de poder del rol de terapeuta y la responsabilidad que ésta conlleva. Bajo la premisa de que “lo que siente el terapeuta remite no solamente a su historia personal, sino también al sistema donde este sentimiento emerge” (Elkaïm, 1989, p. 15), el entrenamiento de la contratransferencia para comprender el mundo interno propio y el de la paciente resulta indispensable (García-Fernández, 2012). Igualmente lo es, que se conecten emocionalmente, detecten sus identificaciones, mantengan una distancia óptima para la neutralidad, confíen en su intuición, y se cuestionen para qué dicen lo que dicen. La atención de su autocuidado físico, emocional, social y espiritual también es primordial; se les solicita asistir a psicoterapia, procurar una alimentación sana, higiene de sueño, actividad física, momentos de esparcimiento y relaciones saludables, buscando ser congruentes con lo que promueven en sus pacientes (García-Fernández, 2019).

La evaluación del desempeño terapéutico es tema incómodo en una supervisión posmoderna pues evidencia el rol vertical de la supervisora, por lo que es necesario reconocerlo (Nassar, 2013). Naturalmente las terapeutas se sienten temerosas de salir mal evaluadas y tienden a negar sus desaciertos u ocultar sus sentimientos. Sirve recordarles que sus ansiedades y resistencias son inevitables y que es preferible abordarlas frontalmente (García-Fernández, 2012). Igualmente, sirve entregar desde el inicio del curso las rúbricas de evaluación aclarando que se considerarán sus diarios de campo, reportes de casos, desarrollo de competencias clínicas, y retroalimentación colaborativa en la supervisión.

Resultados alcanzados

Los datos fueron recolectados desde 2011 a la fecha, de cuestionarios de evaluación del desempeño docente [SEPE 1 y Dialogremos] que las alumnas responden anónimamente al finalizar cada curso (Ibero Ciudad de México, 2019a; Ibero Ciudad de México, 2022), y del reconocimiento a experiencias docentes significativas [Voces Que Trascienden] (Ibero Ciudad de México, 2019b). Sus respuestas se categorizaron en ejes temáticos a través de un análisis de contenido de tipo cualitativo. Coincidiendo con los hallazgos de otros modelos sistémicos-posmodernos, las supervisadas reportan un aprendizaje significativo y enriquecedor con respecto a la transformación en su manera de pensar y de conducir sus sesiones. Expresan sentirse más cómodas ante la incertidumbre al descubrir los beneficios de trabajar entre múltiples posibilidades. (Anderson, 2000). Detectan ventajas derivadas de la riqueza de ideas, y posibilidades, de la meta-reflexión que surge de la escucha activa, de la observación de otras al dar terapia y aprender por modelamiento, de ser observadas directamente y de recibir retroalimentación de sus pares y supervisora (Lee et. al., 2003). Destacan que en el ER atienden a su diálogo interno y se sienten respetadas pues sus comentarios tienen el mismo rango que los de su supervisora (Fernández et. al., 2003).

En palabras textuales, las terapeutas en formación expresaron sobre el ER: “es una experiencia desafiante de aprendizaje significativo”; “es una manera transparente de supervisar y retroalimentar”; “aprendí en modo real a dar terapia, a escuchar sobre mis intervenciones y a escuchar las supervisiones de mis compañeras”; “es muy retador y te avienta a practicar ya en el mundo real, pero a la vez estás muy contenida y guiada por la profesora”.

Acerca de la supervisión verbalizaron: “la supervisión me ayudó a construirme y a amar mi carrera”; “me ayudó de manera respetuosa a reconocer mis áreas de oportunidad y los temas a revisar en mi propia terapia”; “pudimos reflexionar sobre nuestro papel como terapeutas y analizar el impacto que los pacientes dejan en nosotras”.

Sobre el ambiente de trabajo reportaron: “era de confianza y recibíamos retroalimentación oportuna y clara de la maestra y compañeras”; “se generó un clima de respeto en el que se podían compartir libremente ideas y propuestas”; “nos brindó un espacio seguro de reflexión para explorar nuestras inseguridades sin prejuicios”; “me sentí contenida y en confianza para ir explorando quién soy yo como terapeuta”.

En cuanto al paradigma colaborativo mencionaron: “me encantó ser tratada como colegas iguales”; “la supervisora cree en sus estudiantes y en sus capacidades y promueve la reflexión y la búsqueda de conocimiento”; “pude plantearme muchos cuestionamientos sobre mi rol como terapeuta”, “aprendí mucho de mis compañeras y no solo de mi supervisora”; “aprendí que existen muchas maneras de intervenir ante un mismo caso”.

Repetidamente opinaron que fue útil observar a la supervisora dar terapia frente al grupo: “me sentí en igualdad de circunstancias”; “verla dar terapia me enseñó mucho de mí misma y de mi forma de dar terapia”.

Referente al modelo integrativo relataron: “es abierto y acepta diferentes enfoques teóricos y formas de intervenir”; “me gusta cómo incluye el psicoanálisis con la parte integrativa”; “brinda ideas y herramientas muy variadas para abordar las problemáticas de las pacientes”; “aprendí a pensar de manera crítica sobre cómo llevar la terapia y también aprendí pautas de ética”.

Conclusiones

Aprender haciendo provoca un aprendizaje significativo que trasciende. Cuando se crea un contexto que permite la construcción de nuevos significados, donde colaborativamente todas las voces se privilegian, la terapeuta en formación deja de ser una receptora pasiva y el valor de su aprendizaje se potencia (Anderson, 2000; Tarragona, 1999).

Este modelo exige un total respeto hacia las pacientes y entre las terapeutas en formación. Saber que cada integrante del ER tiene su propia versión de la realidad, que puede mostrarse con transparencia al compartir sus ideas, que al igual que todas, será observada dando terapia, y que hay múltiples formas de intervenir correctamente, incrementa la autoconfianza y mitiga la ansiedad y resistencias.

Además, el modelo permite hacer coincidir el rol colaborativo de la maestra, al ser una integrante más del ER, con el rol de supervisora al evaluar el desarrollo de competencias de las terapeutas en formación. Para conseguirlo, es necesario mantener una relación cercana y sin juicios, pero con reglas firmes consensuadas desde un inicio, y con exigencias a nivel de una maestría.

La supervisión en vivo posibilita un acompañamiento y retroalimentación constantes para las alumnas, que favorece la reflexión sobre su papel como terapeutas, sobre el impacto que tienen en sus pacientes, sobre el efecto que tienen sus pacientes en ellas, y sobre el estilo de intervención que más se acopla a cada una.

En suma, esta metodología combina la supervisión en vivo, la formación de terapeutas, el ER y el modelo integrativo. Esto facilita la construcción colaborativa de un marco teórico-conceptual a la medida de cada paciente, propone las estrategias de intervención más adecuadas para alcanzar las metas, y modela en vivo múltiples estilos de dar terapia. El encuentro clínico y de enseñanza-aprendizaje que se consigue, provoca un cambio en todo el sistema: las pacientes cambian, las supervisadas cambian y la supervisora también.

Bibliografía

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (2003). Una colaboración: algo llamado supervisión. En: G. Licea, I. Paquentín y H. Selicoff (Eds.), *Voces y más voces II. Reflexiones sobre supervisión*. México: Instituto de Psicoterapia Alinde.
- Anderson, H. (2000). Supervision as a collaborative learning community. *American Association for Marriage and Family Therapy Supervision Bulletin*, 7-10.
- American Psychological Association. (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*. <http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>
- Demichelis Machorro, V. (2019). Counseling en México: un enfoque integrativo. En: A. Tena (Ed.), *Psicoterapia integrativa: una aproximación a la práctica clínica basada en evidencias*. México: Manual Moderno.
- Elkaïm, M. (1989). *Si me amas, no me ames*. Barcelona: Gedisa.
- Fernández, E., London, S. y Tarragona, M. (2003). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En G. Licea, I. Paquentín y H. Selicoff (Eds.), *Voces y más voces II: El equipo reflexivo en México*. México: Instituto de Psicoterapia Alinde.
- García-Fernández, P. (2012). Supervisión de la contratransferencia en la orientación psicológica a enfermos crónico-terminales hospitalizados. En Hernández Valderrama, L. y Lozano Treviño, L. (Ed). *Psicólogos y Psicoanalistas en Hospitales. Formación, experiencia y reflexiones*. México: Manual Moderno.
- García-Fernández, P. (2019). Psicoterapia Integrativa con Enfermos Crónicos y Terminales. En: A. Tena (Ed.), *Psicoterapia integrativa: una aproximación a la práctica clínica basada en evidencias*. México: Manual Moderno.
- Hill, C. (2014). *Helping Skills. Facilitating exploration, insight and action*. (4° ed.) Washington, DC: American Psychological Association.
- Ibero Ciudad de México (2019a). *Cuestionario de Evaluación de Cursos SEPE 1*. <https://ibero.mx/alumnos-cuestionario-de-evaluacion-de-cursos-sepe-1>
- Ibero Ciudad de México (2019b). *Voces que trascienden: Reconocen a 113 académicas y académicos por su labor docente*. <https://vocesquetrascienden.ibero.mx/experiencia-compartida/enseno-y-aprendo-de-manera-colaborativa-en-un-ambiente-de-confianza-basica-y-reglas-claras>
- Ibero Ciudad de México (2022). *Dialogremos. Nuevo modelo de evaluación docente*. https://revistas.uam.es/riee/article/view/riee_14_1_001
- Jones-Smith, E. (2012). *Theories of counseling and psychotherapy: an integrative approach*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. En J. C. Norcross, y M. R. Goldfried. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books. 94-129.

Lee, O. y Mondragón, R. (2003). Propuesta: Un modelo de supervisión con equipo reflexivo. En G. Licea, I. Paquentín y H. Selicoff (Eds.), *Voces y más voces II: El equipo reflexivo en México*. México: Instituto de Psicoterapia Alinde.

López-Carrasco, M. A. (1998). *La supervisión en la psicoterapia: modelos y experiencias*. Puebla: Universidad Iberoamericana. Golfo Centro.

Nassar, S. (2013). Best Practices in Counseling Supervision: Dyadic and triadic approaches. *Supervisión para Supervisores*. Taller impartido en la Universidad Iberoamericana Ciudad de México.

Norcross, J. S., y Goldfried, M. R. (Eds.), (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. En Norcross, J. y Goldfried, M. (Eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration*. (2nd. Ed.) New York: Oxford University Press. pp. 147–171.

Selicoff, H. (2003). En busca de una buena supervisión. En: G. Licea, I. Paquentín y H. Selicoff (Eds.), *Voces y más voces II. Reflexiones sobre supervisión*. México: Instituto de Psicoterapia Alinde.

Sotskova, A. y Dosset, K. (2017). Teaching integrative existential psychotherapy: student and supervisor reflections on using an integrative approach early in clinical training. *The Humanistic Psychologist*, 45(2), 122–133. <https://doi.org/10.1037/hum0000049>.

Tarragona, M. (1999). La supervisión desde una postura posmoderna. *Psicología Iberoamericana*, 7(3), 68-76.

TenaSuck, A. (2019). *Psicoterapia integrativa: una aproximación a la práctica clínica basada en evidencias*. México: Manual Moderno.

White, M. (1997). *Narratives of Therapists' Lives*. London: Dulwich Centre Publications.

Limitaciones de responsabilidad:

La responsabilidad de este trabajo es exclusivamente de la autora.

Conflicto de interés:

Ninguno

Fuentes de apoyo:

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad del trabajo:

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio en forma completa o parcial.

Cesión de derechos:

La autora de este trabajo cede el derecho de autor a la revista *Pinelatinoamericana*.

Contribución de los autores:

La autora se hace públicamente responsable del contenido del presente y aprueba su versión final.