



Desarrollando las competencias terapéuticas básicas de estudiantes de psicología: Un modelo genérico basado en la técnica de videofeedback

Developing the basic therapeutic competencies of psychology students: A generic model based on the videofeedback technique

Nelson Valdés-Sánchez^{1,5}  <https://orcid.org/0000-0001-9583-2667>

Diana M. Gómez-Gallo^{2,5}  <https://orcid.org/0000-0001-8507-6714>

Diana M. Ocampo-Lopera³  <https://orcid.org/0000-0003-2326-7050>

Daniel Espinosa-Duque⁴  <https://orcid.org/0000-0002-5378-2603>

¹ Universidad Santo Tomás, Santiago, Chile. E-mail: nvaldes7@santotomas.cl.

² Foundation Turning Point, Barcelona, España. E-mail: dg@foundationturningpoint.org

³ Universidad CES, Medellín, Colombia. E-mail: docampo@ces.edu.co

⁴ Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. E-mail: daespinosad@unal.edu.co

⁵ Instituto Milenio para la Investigación de Depresión y Personalidad, Santiago.

RESUMEN

El proceso de supervisión se concibe como un espacio colaborativo que se sirve de variadas técnicas de retroalimentación que permitan facilitar el desarrollo y fortalecimiento de las competencias requeridas por los estudiantes de psicología que realizarán su práctica profesional en el área clínica. Este artículo propone un Modelo de Supervisión Clínica Genérica basado en el videofeedback para la formación de terapeutas. Se utilizó una metodología cualitativa para el análisis de entrevistas episódicas y en profundidad realizadas a 131 estudiantes de psicología (120 Chile, 11 Colombia) durante cada una de las etapas del modelo. Se realizó un Análisis de Contenido Reflexivo para generar categorías que fueron trianguladas y consensuadas por los investigadores en ambos países. Los resultados demuestran la utilidad del modelo como una herramienta pedagógica que ofrece una experiencia de aprendizaje innovadora capaz de fomentar la seguridad y la confianza de los estudiantes al enfrentar los desafíos propios de situaciones clínicas reales en un contexto de simulación. La simetría comunicacional y la optimización de las posibilidades de autorreflexión durante la supervisión facilitaron el desarrollo de una práctica reflexiva más competente. Se discuten las ventajas de implementar el modelo en diferentes niveles de la formación de terapeutas.

Palabras clave: simulación, videofeedback, competencias terapéuticas, supervisión, terapeutas.

ABSTRACT

The supervision process is conceived as a collaborative experience that uses a variety of feedback techniques to facilitate the development and strengthening of the competencies required by psychology students who will carry out their professional practice in the clinical area. This article proposes a Generic Clinical Supervision Model based on videofeedback for the training of therapists. A qualitative methodology was used for the analysis of episodic and in-depth interviews conducted with 131 psychology students (120 Chile, 11 Colombia) during each of the stages of the model. A Reflective Content Analysis was conducted to generate categories that were triangulated and agreed upon by the researchers in both countries. The results demonstrate the usefulness of the model as a pedagogical tool that offers an innovative learning experience capable of fostering students' safety and confidence when facing the challenges of real clinical situations in a simulation context. The communicative symmetry and the optimization of self-reflection possibilities during supervision facilitated the development of a more competent reflective practice. The advantages of implementing the model at different levels of therapist training are discussed.

Keywords: simulation, videofeedback, therapeutic competencies, supervision, therapists.

Recibido: 23 de septiembre de 2024 – Aceptado: 07 de julio de 2025



Introducción

La formación en psicología ha colocado el énfasis en programas y planes de estudio que fortalezcan las competencias que necesitan los(as) estudiantes para satisfacer las demandas futuras de sus campos específicos (Pugh y Lozano-Rodríguez, 2019), dejando atrás los aprendizajes memorísticos y proponiendo el desarrollo de capacidades metacognitivas (Hawes et al., 2017). La supervisión clínica ha sido considerada un elemento central para facilitar la formación de estas competencias, sin embargo, no ha sido fácil acordar una única definición de supervisión, puesto que existen demasiados enfoques y modalidades psicoterapéuticas. Sí pareciera existir un consenso en cuanto a los aspectos que resultan ser claves para el proceso de formación: facilitar el manejo adecuado de las propias emociones (Blume-Marcovici et al. 2015), mejorar las habilidades clínicas (Field, 2016), facilitar la discusión de las formulaciones de casos (Watkins, 2020), el moldeamiento a través de juegos de roles (Murr et al., 2020), articular la teoría con la práctica (Andreucci, 2011), promover el pensamiento reflexivo y crítico (Bager, 2019), aumentar el sentido de autoeficacia y autoconciencia (Lohani y Sharma, 2023), e incluso disminuir el riesgo de padecer burnout (Martin et al., 2021).

Dada su diversidad, la supervisión clínica ha presentado un desarrollo poco consistente debido a que existen funciones poco diferenciadas, y en términos generales, poco acuerdo acerca de la mejor forma de entrenar en supervisión, por lo menos a nivel de Latinoamérica (Botero-García et al., 2022; Fernández-Álvarez et al., 2008), ya que suele realizarse como una actividad basada únicamente en la experiencia clínica y docente, y no necesariamente basados en la evidencia. Bernard y Goodyear (1998) definen la supervisión como una intervención realizada por una persona con mayor experiencia en la profesión a otras personas que están en un menor nivel de formación, a partir de una relación que mejore el desempeño de los últimos a través del monitoreo permanente. Por otra parte, Roth y Pilling (2008) la definen como un proceso colaborativo en un contexto regido por algún tipo de contrato en la que existe una apertura honesta por parte de la persona supervisada y una retroalimentación facilitadora del desarrollo por quien supervisa. Esta última, coincide con lo propuesto por Fernández-Álvarez et al. (2008) en cuanto a que se trata de un intercambio que: a) capacita y entrena; b) orienta personal y terapéuticamente; y c) asesora institucionalmente. En síntesis, pareciera existir claridad por lo menos en que la supervisión debería ser un espacio de interacción entre dos o más personas, que busca analizar y transformar conjuntamente ciertos conocimientos, competencias y habilidades, tomando siempre en cuenta los aspectos personales de la díada supervisado-supervisor.

Existen diferentes tipos de supervisión, los cuales: a) se fundamentan en las corrientes psicoterapéuticas (ej., psicodinámica, cognitiva-conductual, humanista, sistémica, etc.); b) se centran en aspectos genéricos y/o integrativos de la psicoterapia; y c) se basan en el desarrollo del supervisado, focalizados en el proceso de pasar de ser un novato a un experto autónomo

(Araya et al., 2017; Fernández-Álvarez et al., 2008; Hawkins y McMhon, 2020). El presente artículo propone un modelo transversal a los distintos enfoques, y que además se enfoca en el desarrollo y/o fortalecimiento de las competencias mínimas requeridas por cualquier terapeuta. En términos genéricos, una competencia es definida como un saber actuar de manera pertinente en situaciones y contextos en los que se necesita enfrentar problemas con un claro criterio de calidad, seleccionando y movilizándolo distintos recursos internos (ej., conocimientos, experiencias, actitudes, etc.) y contextuales, para progresar cada vez más en la capacidad de responsabilizarse de los efectos de las propias decisiones durante el desempeño como terapeuta (Troncoso y Hawes, 2007).

Tampoco ha sido un desafío fácil realizar un mapeo completo del conjunto de competencias requeridas para ejercer el rol de terapeuta, ya que muchas veces los programas de formación presentan importantes diferencias en un mismo país, y más aún entre distintos países. Existe una gran variedad de grados de especialización, maneras de integrar la teoría con la práctica, variadas regulaciones legales, distintos grados de poder de algunos colegios profesionales, y contextos de ejercicio profesional que muchas veces están definidos por la influencia de los gobiernos. Además, existen modelos que ponen el foco en la formación académica (*input*), mientras que otros lo colocan en las competencias demandadas por la práctica (*output*); sin embargo, ambos modelos por sí solos resultan insuficientes, ya que en el primero se consideran solamente las condiciones que permiten lograr un nivel básico de la competencia profesional dejando intacto el desarrollo de niveles superiores, y el segundo, implica procesos evaluativos individuales más complejos en tiempos y costos (Roe, 2002).

Algunos de los trabajos que han logrado sistematizar las competencias del profesional de la psicología son: a) el modelo Europsy (Lunt, 2011; Mendizábal, 2019); y b) la guía práctica de competencias de referencia (Kaslow et al., 2009). Ambos modelos proponen la existencia de competencias relacionadas con: a) el contenido psicológico del proceso de práctica profesional (objetivos de intervención, evaluación, diagnóstico, diseño y aplicación de intervenciones, evaluación de los resultados, informes o devoluciones de resultados); y b) competencias que facilitan la prestación eficaz del servicio profesional. En esta misma línea, Anderson et al. (2016) proponen una serie de características o rasgos que varían en cada terapeuta (ej., fluidez verbal, calidez, empatía, expresión emocional, capacidad persuasiva, capacidad para instilar esperanza, capacidad para la vinculación y comprender el problema presentado por el paciente). Por su parte, Schöttke et al. (2017) agregan la necesidad de claridad en la comunicación, sintonización comunicativa, respeto, calidez, gestión de las críticas y la voluntad para cooperar; mientras que Ruiz et al. (2016) relevan la importancia de la escucha activa y la regulación de las propias emociones.

Todas estas competencias son susceptibles de ser entrenadas mediante procesos de supervisión con objetivos claros y retroalimentaciones sistemáticas. Esta sistematicidad requerida es facilitada cuando se utilizan videos como una estrategia pedagógica durante la

formación, permitiendo retroalimentar detalladamente las acciones realizadas por terapeutas (Borup et al., 2015; Lamey, 2015; Mayhew, 2017; Orlando, 2016; Parton et al., 2010; Thomas et al., 2017), mejorando la claridad y calidad de los mensajes, disminuyendo la ambigüedad y las interpretaciones erróneas (Mayhew, 2017; McCarthy, 2015). Cuando la persona supervisada se ve a sí misma en el rol de terapeuta, se favorece una autoevaluación que facilita el aprendizaje a partir de las propias interacciones (Embry y Biglan, 2008). A pesar de que el uso de videos en las supervisiones ha sido menos estudiado en comparación con la modalidad escrita (Borup et al., 2015), sí es sabido que se requiere más esfuerzo consciente por parte del supervisor (Lamey, 2015).

Algunos textos referidos a la formación de supervisores clínicos desarrollado en Latinoamérica son: Araya et al. (2017) en Chile, Daskal (2023) y Fernández-Alvarez et al. (2008) en Argentina, y Novoa-Gómez y Córdoba-Salgado (2019) en Colombia. Estos han relevado la supervisión como un espacio de protección y autocuidado que debe ser concebido de manera multifocal, vale decir, considerando por separado a terapeutas y supervisores, pero también prestando atención a las relaciones entre ambos, y a la relación entre las habilidades de los terapeutas y la ayuda ofrecida a sus consultantes. También se han desarrollado algunas investigaciones centradas en la supervisión clínica como proceso formativo, entre las que se destacan: a) Ballesteros de Valderrama et al. (2019) en Colombia proponen concebir a la supervisión como un proceso y no solo como un resultado, que se traduce en una serie de acciones claves para desarrollar las habilidades requeridas; b) Botero-García et al. (2022) caracterizaron la investigación en materia de supervisión clínica realizada en Colombia entre el 2012 y 2021, evidenciando la falta de investigaciones acerca de modelos y prácticas pedagógicas que apoyen el ejercicio de supervisión, y un predominio de estudios centrados exclusivamente en las propias experiencias personales; c) Valdiviezo-Oña et al. (2022) en Ecuador, relevaron la importancia de los aspectos técnicos para la gestión del caso, el procesamiento de las experiencias emocionales y el desarrollo de habilidades en espacios reflexivos; d) Gutiérrez-Fierros et al. (2023) en México compararon la experiencia de supervisión a distancia durante la pandemia y su contraste con la modalidad presencial; y e) Pérez y Saralegui (2024) en Chile demostraron que la validación de la experiencia de la persona supervisada y las sugerencias concretas recibidas para enfrentar las dificultades e inquietudes, son aspectos claves para el desarrollo de terapeutas en formación. Sin embargo, nuevamente la mayoría de estos estudios se centraron en sus propios y diferentes modelos de supervisión.

Con base a todo lo presentado previamente, el presente estudio tuvo como objetivo describir la experiencia subjetiva de un grupo de estudiantes de psicología colombianos y chilenos que participaron en la implementación de un modelo de supervisión clínica genérica para el desarrollo de competencias psicoterapéuticas básicas basado en la técnica de video feedback. En otras palabras, se espera conocer la perspectiva de los(as) estudiantes que recibieron este tipo de supervisión, ya que en términos prácticos es importante su percepción

para poder optimizar la implementación de este modelo genérico que permite supervisar las competencias transversales de terapeutas en formación, independientemente del modelo teórico de sus supervisores(as), lo que además está muy en línea con la extensa trayectoria en investigación acerca de los factores comunes que facilitan el cambio.

Método

Diseño del estudio

Este estudio se enmarcó en una metodología cualitativa con un diseño fenomenológico interpretativo (Cresswell, 2009; Høffding y Martiny, 2016; Laverly, 2003; Smith, 2011) que permitiera comprender las experiencias particulares que tuvieron los(as) psicólogos(as) en formación al participar de la implementación de este modelo, así como la comprensión en profundidad de los significados construidos a partir de dichas experiencias (Smith, 2019). Se sabe que los mejores estudios con Análisis Fenomenológico Interpretativo son aquellos que logran un equilibrio entre lo común y lo individual: es decir, que logran mostrar las cualidades de orden superior compartidas por los participantes, sin perder de vista las características idiosincrásicas únicas de estos (Smith et al., 2009).

Participantes/ descripción de la muestra

La selección de la muestra fue intencional y estuvo conformada por estudiantes de ambos sexos vinculados a la carrera de Psicología de la Universidad Santo Tomás de Chile (120 estudiantes de pregrado provenientes de cuatro sedes a nivel nacional) y de la Universidad CES de Colombia (11 estudiantes de pregrado y 4 de postgrado). Se buscó describir cómo se comportaba el modelo en dos contextos que, si bien son distintos, también comparten muchos elementos al ser latinoamericanos. Se utilizó una estrategia de Caso Típico para elegir estudiantes de pregrado y postgrado que representaran las características de estos grupos, esperando que hubiera cierta homogeneidad o coherencia en sus respuestas. También se utilizó la estrategia de Casos por Intensidad al incluir estudiantes en distintos momentos de su formación (pregrado vs postgrado), ya que, al no ser casos necesariamente extremos, pudieran manifestar con especial riqueza el fenómeno estudiado. Los casos en ambas universidades fueron seleccionados por conveniencia, es decir, por la facilidad de ser localizados o de integrarse en la muestra. En ambas universidades se realizó una invitación a participar de la investigación.

Los(as) estudiantes debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: a) haber estado cursando el último año de profundización en el área clínica (UST); b) estar realizando prácticas clínicas en la institución IPS-CES Sabaneta (CES); y c) firmar el consentimiento informado validado por los Comité de Ética de ambas universidades. Adicionalmente, se entrenó a docentes-supervisores (9 Chile, 2 Colombia) con el fin de homogeneizar el lenguaje

y las estrategias pedagógicas utilizadas durante las supervisiones. No hubo criterios de exclusión.

Por algunas diferencias contextuales de cada país e institucionales de cada universidad, no fue posible tener una muestra equivalente en tamaño. Sin embargo, esta es justamente una de las ventajas que ofrece este tipo de metodología, ya que la representatividad de los resultados no está marcada por la cantidad de participantes, sino por la cantidad, calidad y diversidad de los discursos.

Producción de datos

Los datos fueron producidos secuencialmente en cada una de las distintas etapas de implementación del modelo (Valdés-Sánchez y Gómez-Gallo, 2023). Para ello, se utilizaron dos tipos de entrevista: a) se realizaron Entrevistas Episódicas inmediatamente al final de cada una de las etapas del modelo (Flick, 2000; Squire, 2013); y b) Entrevistas en Profundidad al final del entrenamiento (Brinkmann y Kvale, 2018; Knott et al., 2022). El primer tipo de entrevista tenía una duración de 10 minutos y se realizaba al final de las etapas de diagnóstico, modelamiento y transferencia, de manera que cada participante pudiera entregar información delimitada de la experiencia centrada en circunstancias concretas de tiempo, espacio, situación y acontecimientos para conformar episodios con características particulares. La segunda entrevista duraba 60 minutos y se realizó al final del entrenamiento para permitirles que pudieran revelar sus múltiples percepciones acerca del modelo. Se eligió este tipo de entrevista por permitir combinar preguntas predeterminadas con la flexibilidad de usar preguntas de seguimiento, ya que no se buscaba imponer respuestas ni interpretaciones, sino que, por el contrario, permitieran guiar el curso de la conversación hacia los focos de interés: ¿cómo fue percibida la técnica de VF al momento de supervisar las competencias genéricas requeridas?, ¿cómo fueron percibidas cada una de las fases de la implementación del modelo?, y ¿qué características del supervisor facilitaron o dificultaron los procesos de aprendizaje?

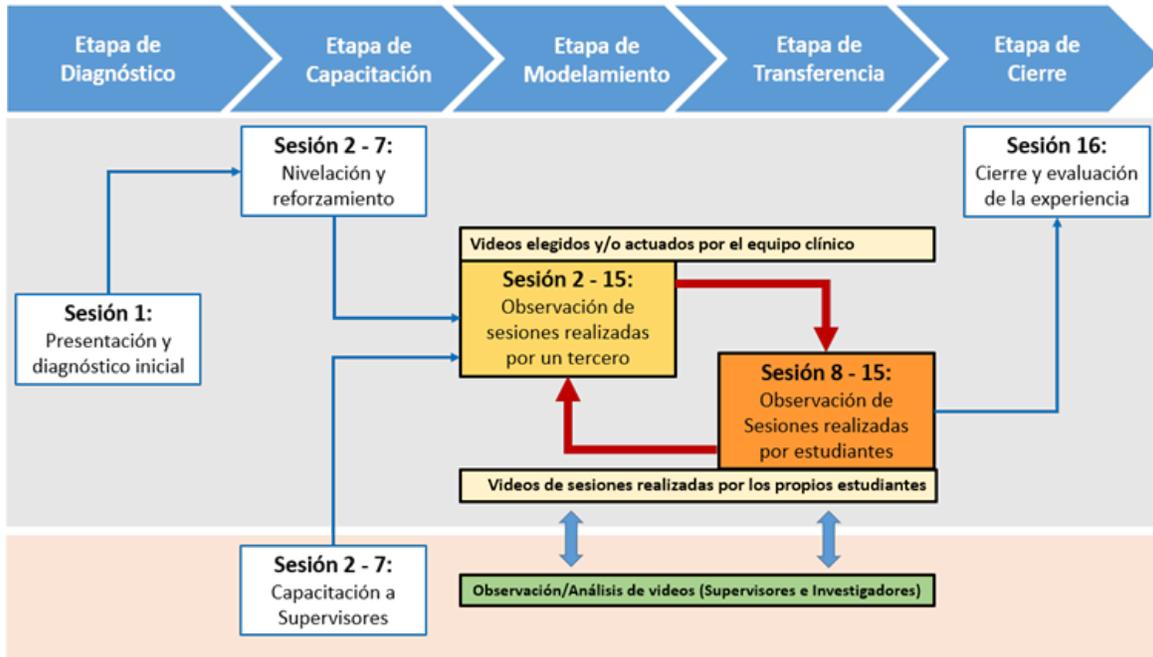


Figura 1. Etapas de implementación del Modelo de Supervisión Clínica (Valdés-Sánchez y Gómez-Gallo, 2023)

Procedimientos

La Figura 1 muestra las etapas sucesivas del entrenamiento. Se inicia con una primera etapa de *Diagnóstico*, en la cual se evaluaron conocimientos teóricos sobre las competencias básicas para identificar una línea base con respecto a la formación teórica de los estudiantes adquirida previamente. Durante esta etapa, cada participante además debía participar en una sesión con un paciente simulado, con la única consigna de realizar una “Primera Sesión de Recepción”. Luego, se procedió con la segunda etapa de *Capacitación*, con el fin de entrenar a los participantes en las competencias genéricas requeridas para el trabajo clínico. Paralelamente, se realizaron reuniones con los docentes-supervisores para entrenarlos en el uso de la técnica de video feedback, unificar criterios en cuanto a la forma de analizar los videos, y socializar la pauta de evaluación utilizada para monitorear los procesos de aprendizaje.

A partir de la tercera etapa, el modelo adquiere un mayor nivel de complejidad, que va desde el modelamiento de las competencias hasta la transferencia en nuevos escenarios clínicos. Para el *Modelamiento* se observaron segmentos de terapias actuadas y reales grabadas en video, con el fin de permitirles identificar las diferentes competencias terapéuticas y facilitar discusiones guiadas mediadas por los docentes-supervisores. También se utilizaron los videos de las sesiones simuladas grabadas durante la etapa de *Diagnóstico*, de manera que los(as) estudiantes pudieran observar y reflexionar sobre el propio desempeño y el de sus pares. Es durante esta etapa que se sugiere utilizar la técnica de video feedback

como una herramienta pedagógica que facilita las instancias de supervisión: observando el video sin audio, escuchando el audio sin imagen, avanzando o retrocediendo el video, revisando el video las veces que sean necesarias, identificando momentos importantes durante el video que requieran mayor supervisión, etc. Todas las acciones anteriores permiten facilitar la entrega de retroalimentaciones mucho más objetivas a los(as) estudiantes, que si solo se contara con reportes verbales de lo que estos últimos recuerdan de su desempeño durante la sesión.

En la etapa de *Transferencia* los chilenos aplicaron en nuevos casos simulados las competencias terapéuticas básicas aprendidas o fortalecidas durante la etapa anterior; mientras que los colombianos transfirieron lo aprendido a la atención de consultantes reales¹. Independientemente de esto, las sesiones eran filmadas y observadas durante la supervisión para recibir sugerencias, comentarios, instrucciones y correcciones constructivas. Finalmente, se realizaron Entrevistas en Profundidad semi estructuradas con ayuda de un guion temático previamente piloteado, para indagar aspectos específicos y procesuales de la implementación del modelo. Todas las entrevistas realizadas fueron transcritas para proceder con el análisis cualitativo de los datos.

Análisis de datos

Los datos producidos fueron analizados a partir de: a) un Análisis de Contenido Reflexivo para identificar patrones con una estructura de análisis jerárquica a partir de una postura reflexiva (Nicmanis, 2024); y b) el consenso intersubjetivo entre las múltiples perspectivas emergentes a partir del Consensual Qualitative Research (CQR, Hill et al., 2005). Todas las codificaciones se realizaron de manera independiente por cada país, para luego pasar a un acuerdo intersubjetivo entre países acerca de los códigos generados (criterio de profundidad) (Mayring, 2000; Stanghellini y Ballerini, 2008), siempre guiados por los criterios de saturación del campo de estudio y la cantidad de códigos emergentes (criterio de densidad). Se utilizó la técnica de convergencia y divergencia permanente entre los relatos de un mismo país, y luego entre países, buscando justamente diferencias y detalles idiográficos que permitieran enriquecer los resultados (Smith, 2011). Este análisis intra-caso permitió profundizar por separado en el relato de cada participante en términos descriptivos, sin obviar el contexto en que se generaron los datos y la interacción de los resultados en cada contexto (criterio de contextualidad).

¹ En Colombia la vuelta a la presencialidad durante la pandemia por Covid-19 fue antes en comparación con Chile.

Resultados

Percepción de la técnica de VF como herramienta pedagógica útil

Los participantes de ambos países valoraron la técnica VF (video feedback) como una *herramienta útil que les permitió alcanzar aprendizajes clínicos relevantes* (ver Figura 2)². La mayoría valoró la técnica como enriquecedora personal y profesionalmente, y que se adaptaba pedagógicamente a las necesidades individuales. Fue percibida como un tipo de formación poco tradicional que ofrece una mayor relevancia al proceso formativo al ofrecer una experiencia distinta de aprendizaje. La observación conjunta de las actuaciones de cada estudiante permitió revisar aspectos teóricos, ya sea para su nivelación, profundización o su puesta en práctica, que redundó finalmente en una mayor sensación de confianza y seguridad en sí mismos, condiciones necesarias para realizar una adecuada práctica profesional.

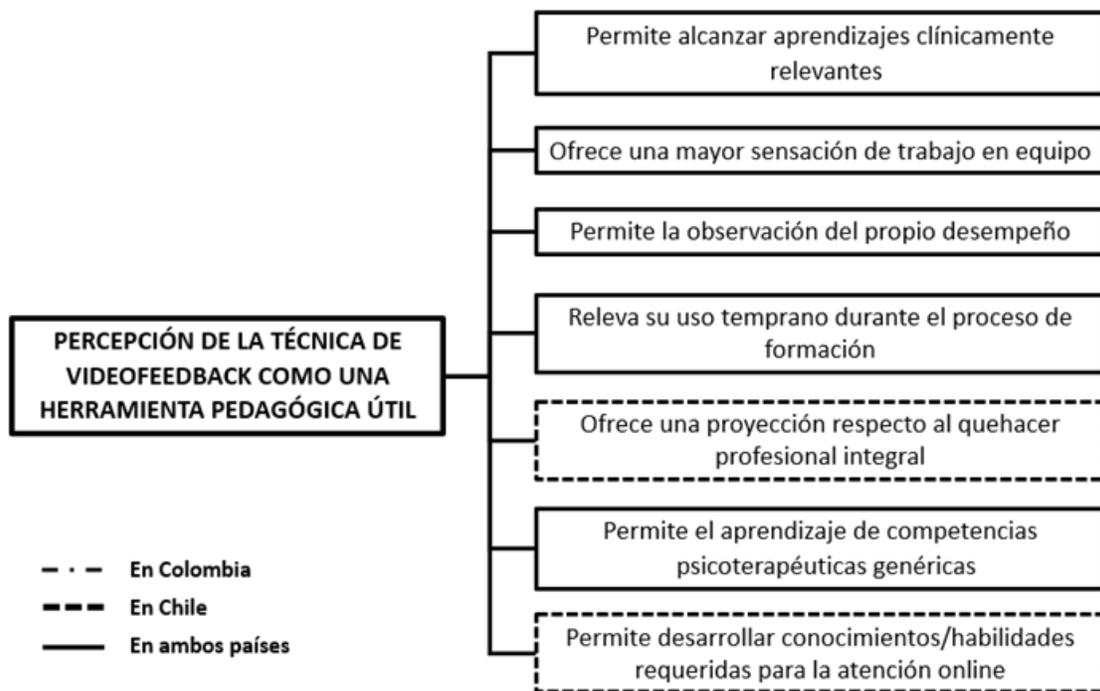


Figura 2. Percepción de la Técnica de VF con una herramienta pedagógica útil.

Debido a las diferencias contextuales de la aplicación del modelo, en Chile se generaron espacios de salas de espejo virtuales donde los estudiantes realizaron atenciones simuladas de distintos pacientes; mientras en Colombia se realizaron sesiones simuladas con un solo actor. La visualización en video y su posterior retroalimentación fue valorada como un mecanismo más objetivo para reflexionar respecto del propio desempeño, lo que a su vez los mantuvo más motivados.

² Para cada resultado se explicitarán siempre primero los resultados que emergieron en ambos países, para luego describir las diferencias. Solo se explicitaron las diferencias cuando éstas fueron marcadas.

Dada la naturaleza grupal de las supervisiones con VF, en ambos países este modelo **permitió favorecer el trabajo en equipo** al crearse espacios de retroalimentación conjunta que permitieron la colaboración entre pares/colegas, el desarrollo de habilidades de sociabilización y la sensación de estar acompañados en situaciones que los desafiaba, que suelen experimentarse en solitario cuando se trabaja aislado. Igualmente, los participantes percibieron la supervisión como un espacio de ensayo y retroalimentación conjunta, que les permitía ampliar el repertorio de sus intervenciones a partir de la observación del desempeño de sus pares.

En ambos países la técnica de VF les permitió valorar positivamente la **posibilidad de observar el propio desempeño**. Para la mayoría fue una técnica que les permitió identificar sus fortalezas, debilidades, puntos ciegos y niveles distintos de desarrollo de competencias terapéuticas. De alguna manera terminaba generando una mayor perseverancia frente a los posibles errores en el desempeño, siendo la autoobservación una estrategia que permitía enfrentarse a los propios temores y a la necesidad de planificar mejor las sesiones con sus pacientes. En Chile, se reportó como una posibilidad de desarrollar una mirada más compasiva de sí mismos para aprender de sus propios errores o de los errores de los demás; mientras que, en Colombia la posibilidad de observarse a sí mismos permitió una mayor apropiación del rol de terapeutas (“descubrirse como terapeutas”) al tener mayor claridad de sus propias fortalezas y debilidades.

La técnica de VF también **facilitó el aprendizaje de competencias clínicas genéricas** a través de la retroalimentación en ambos países. Hubo acuerdo en que la técnica permitía desarrollar una mayor conciencia sobre la necesidad de organizar la estructura del proceso terapéutico (sesiones, encuadre, cierres, etc.), prestar más atención a los elementos verbales y no verbales de la comunicación, y ser más conscientes de intervenir diferenciadamente con cada uno con sus pacientes. Relevaron que la técnica les hacía tomar más conciencia de la necesidad de integrar los conocimientos teóricos como base para conceptualizar los casos y orientar asertivamente las propias intervenciones. Se valoró la experiencia como significativa la adaptación del formato de atención online a los consultantes. En Chile los terapeutas en formación valoraron el hecho de que la técnica les permitía ir creando un estilo de intervenir más flexible y espontáneo. En Colombia, los terapeutas fueron adquiriendo una mayor conciencia de sí mismos para lograr adaptarse a las necesidades de sus consultantes y hacer una lectura en profundidad de lo que ocurría en las sesiones (ej., poder identificar situaciones de ruptura de la alianza terapéutica y trabajar en la reparación del vínculo).

Por último, en Chile se identificaron elementos que no se observaron en la muestra colombiana, y que pudo deberse a las diferencias en las etapas de formación de cada una. Se trataba de estudiantes en el último año de la carrera de Psicología, que se encontraban ad portas de realizar su práctica profesional, por lo tanto, no es de extrañar que hayan percibido la herramienta como una posibilidad de **proyectarse respecto al quehacer profesional**, adquiriendo una mayor claridad del trabajo integral del psicólogo, asumiendo la responsabilidad por los futuros consultantes, confirmando la vocación como Psicólogo(a) Clínico(a), preparando para el trabajo interdisciplinario (pares), y reconociendo la importancia de buscar ayuda psicológica para sí mismos cuando sea necesario. Por otro lado, en ambos países, la experiencia les hizo relevar la importancia de **utilizar la técnica del VF en etapas tempranas del proceso de formación**, ya que les aseguraría contar con un diagnóstico inicial de las propias competencias, confrontar falsas creencias asociadas a la atención psicológica, y manejar el nerviosismo asociado con la atención real.

Valoración de las distintas fases del Modelo

Fase de Diagnóstico

En cuanto a la primera fase, se observó una **valoración positiva de la instancia de evaluación formativa**, tanto en su primera parte teórica como en la segunda parte de simulación de la atención. En ambos países el uso de viñetas clínicas y la observación de videos cortos fue percibido como útil para la etapa de formación en la que se encontraban, independientemente de si habían terminado o no la carrera de Psicología. La mayoría estuvo de acuerdo que la metodología para evaluar los conocimientos teóricos básicos que poseían antes del entrenamiento, resultó ser novedosa, didáctica, intrigante, interesante, creativa, desafiante, amena, interactiva y enriquecedora para el logro de los resultados de aprendizaje, y como un punto de partida necesario para desarrollar las competencias necesarias. En Chile, la evaluación fue percibida por los estudiantes como una iniciativa que denotaba una genuina preocupación de los docentes/supervisores por acompañarlos en las etapas previas a la atención de consultantes. En Colombia, los estudiantes de pregrado y posgrado lograron reafirmar su interés por continuar especializándose en temas clínicos enfocándose en sus propias fortalezas y debilidades, tanto a nivel teórico como práctico. En ambos casos aumentó la motivación por mejorar el propio desempeño clínico.

También hubo una **valoración positiva de la simulación de la atención de un consultante** en su primera sesión, como parte de la evaluación diagnóstica. En ambos países, se valoró que la experiencia se asemejaba a una atención psicológica real, lo que permitía que pudieran realizar una autoevaluación crítica de las propias necesidades puntuales de aprendizaje. Se valoró que los casos simulados fueran muy diversos y, sobre todo, que no fueran simulados por los propios pares en ejercicios de role playing. La experiencia fue percibida como muy cercana a la realidad, inmersiva y útil para la formación, ya que tuvieron la sensación de estar realmente frente a un consultante, pero en un espacio en el que podían permitirse soltarse y equivocarse sin mayores consecuencias. En general, la mayoría enfrentó el desafío con motivación, comodidad, tranquilidad e interés.

Independientemente de lo anterior, también fue posible identificar en ambos países algunas **valoraciones negativas de la instancia de simulación** como parte de la evaluación diagnóstica. Hubo sensación de nerviosismo, incertidumbre ante lo novedoso de la situación, miedo a la equivocación, vergüenza a ser observado y temor a la retroalimentación posterior. De alguna manera, primaba la percepción de estar siendo evaluado a pesar de que se trataba de una evaluación no sumativa, ya que la sensación era estar frente a un consultante real que requería igualmente un desempeño real y eficiente. Hay que recordar que al igual que con la parte teórica de la evaluación diagnóstica, no se les entregó mayores instrucciones, solo que se trataba de una primera sesión, lo que en algunos casos generó disconformidad, dudas y

frustración con el propio desempeño al final de la simulación. Todo este malestar fue registrado para ser trabajado durante las fases posteriores.

Fase de Modelamiento

En ambos países se observó una *valoración positiva de la instancia de modelamiento*, relevando la utilidad de la observación de sesiones terapéuticas reales o ficticias (series de TV), en las que era posible aplicar la Pauta de Observación para identificar las distintas competencias desplegadas por un terapeuta. Este instrumento servía de guía para orientar la observación y aprendizaje de las competencias detalladas en el Manual. Además, los participantes valoraron el modelamiento como un espacio de aprendizaje que permitía relevar la importancia del trabajo grupal entre pares y con el supervisor, puesto que era posible aprender a partir de las distintas opiniones. Además, el modelamiento de las competencias por parte de terapeutas (reales o ficticios) fue percibido como una forma de darle continuidad a los procesos de aprendizaje previos y de reforzar una atención permanente durante la observación de las sesiones, que terminaba facilitando el propio despliegue posterior de las competencias adquiridas.

En ambos países, se observó una *valoración positiva de la instancia de supervisión con VF*, ya que se pudo co-construir un nuevo significado de la retroalimentación por parte del supervisor, quien se mostraba en todo momento como un facilitador de reflexiones conjuntas y no como alguien experto que entrega directrices que deben seguirse. Esta forma de retroalimentar resultaba ser objetiva al estar apoyada en la Pauta de Observación, pero además era percibida como co-construida con el supervisor, lo que terminaba siendo un mecanismo facilitador de múltiples procesos de aprendizaje a partir de la observación y reflexión de la simulación propia y la de los pares. De hecho, relevaron sobremanera el hecho de poder extraer mucha información (verbal y no verbal) de un mismo video, lo que abría la posibilidad de generar múltiples reflexiones grupales.

La supervisión a partir de la observación de las sesiones simuladas también hizo posible que se lograra una nueva *comprensión del propósito de la retroalimentación entre pares*, ya que esta era realizada en un clima de contención respetuosa y empática por los otros miembros del grupo, que les exigía desarrollar una actitud profesional al momento de observar y opinar sobre el desempeño de los pares durante sus respectivas simulaciones. Este trabajo facilitado por el supervisor les permitió mantener la motivación, aumentar su seguridad y confianza en el propio desempeño, y terminar siempre ampliando la visión de lo que ocurría durante la sesión simulada.

Así mismo, en ambos países esta fase tuvo algunas valoraciones negativas, sobre todo al inicio de las supervisiones. En un principio, ser supervisado observando el video de la simulación significó un gran desafío porque existía el temor de lo que el resto pudiera opinar de los propios errores, vergüenza al tener que hablar sobre sí mismos, ansiedad ante lo

novedoso de la técnica, disconformidad frente a lo minuciosa que resultaba la Pauta de Observación, desmotivación ante el hecho de no poder observar el resto del cuerpo (esto en Chile, ya que todo el trabajo se realizó de manera online) y cansancio (esto en Colombia, ya que a veces era difícil mantener la atención porque algunas sesiones podían tornarse monótonas).

Fase de Transferencia

En ambos países, se observó una **valoración positiva de la instancia de transferencia del aprendizaje**, cuando se enfrentaron a la segunda simulación (en el caso de los estudiantes *chilenos*) o a la atención de pacientes reales (en el caso de los participantes *colombianos*). En comparación con la primera simulación realizada durante la fase de Diagnóstico, en esta ocasión fue mayor la seguridad y la satisfacción con respecto al propio desempeño, así como también fue mucho menor la ansiedad experimentada. En ambos países, los estudiantes continuaron agradeciendo estas instancias de práctica previa a la atención real, y fueron pocos los casos en los que seguía existiendo ansiedad, inseguridad, nerviosismo, frustración, desmotivación y dudas con respecto a las propias debilidades, situaciones que tenían que ver más con características personales.

Características positivas y negativas del rol de supervisor

Otro elemento central que se exploró durante las entrevistas fue la percepción que hubo sobre el rol del supervisor. En ambos países hubo una **valoración positiva de características puntuales del supervisor**, tales como: a) cuando reforzaban la autoconfianza y seguridad de los participantes en el despliegue de sus competencias, siempre de manera clara, sincera, positiva y directa, facilitando la reflexión constructiva más que diferenciando entre el buen o el mal desempeño; b) cuando favorecían la autocrítica permanente generando un ambiente seguro, cercano y empático; c) cuando advertían la necesidad de retroalimentar de manera individual si es que el caso así lo requería; d) cuando facilitaban la co-construcción del aprendizaje entre pares de manera asertiva, mostrando una actitud analítica (contenido) y metódica (forma); e) cuando se mostraban disponibles, dispuestos, atentos, humildes, preocupados, sensibles a las necesidades individuales, abiertos, creativos, con sentido del humor y flexibles, ya que estas actitudes facilitan el desarrollo del compromiso frente al propio aprendizaje; y f) cuando posibilitaban la integración de conceptos teóricos y prácticos.

También se observó una **valoración negativa de algunas características del supervisor**. En ambos países, los participantes percibieron como negativo cuando el supervisor daba la impresión de estar desorganizado durante la supervisión, así como el hecho de darle menos importancia a los aspectos que debían ser mejorados por parte del estudiante. Si bien es cierto que sentirse reforzados es importante, también lo es el hecho de identificar los aspectos que deben ser mejorados. En Chile, los estudiantes percibieron como negativo cuando: a) mostraba baja tolerancia a la frustración o poca flexibilidad; b)

presionaba o mostraba una exigencia rígida con los procesos de supervisión; c) permanecía en un solo enfoque teórico o metodológico en lugar de mostrar apertura a lo genérico; y d) entregaba demasiada información en poco tiempo y no proporciona un reporte escrito acerca del desempeño a los estudiantes. En Colombia, los estudiantes percibieron como negativo cuando el supervisor: a) no manejaba adecuadamente las situaciones en las que existía temor por parte de los estudiantes de herir a algún compañero al realizar preguntas o hacer comentarios sobre su desempeño; y b) cuando permitía que las supervisiones de casos se volvieran demasiado monótonas.

Discusión

Ha quedado más que claro el papel crucial que juega la supervisión clínica en la formación de terapeutas. Con el objetivo de mejorar este proceso, el presente estudio se enfocó en describir la experiencia de supervisados colombianos y chilenos al implementar un modelo de supervisión genérico basado en la técnica de video feedback. Aunque esta técnica ha sido muy utilizada en otras disciplinas (Mahoney et al., 2019), su uso es más reciente en la carrera de Psicología. Los resultados de esta investigación muestran que es posible implementar el modelo propuesto en carreras de psicología con características específicas y con ciertos niveles de flexibilidad; y que la simulación de consultantes permite abordar de una manera alternativa las preocupaciones de los estudiantes en cuanto a sus primeras atenciones, permitiéndoles la posibilidad de practicar en un entorno más seguro y controlado al inicio.

Los resultados de este estudio evidencian que la implementación de este modelo de supervisión clínica permite facilitar a nivel general una experiencia de aprendizaje novedosa y enriquecedora para los supervisados. Estos resultados van en la misma línea de los estudios que sugieren que el uso del video feedback en la supervisión clínica de psicoterapeutas puede potenciar la autorreflexión y proporcionar observaciones precisas de los casos (Barnett, 2011; Hill et al., 2016). La posibilidad de observar y analizar sus propias intervenciones, así como las de sus pares, ha permitido desarrollar competencias clínicas de manera práctica y colaborativa. Además, el modelo ha contribuido a aumentar la seguridad y confianza de los estudiantes para enfrentar situaciones clínicas reales. Estos hallazgos muestran que la supervisión clínica grupal propuesta mejora el clima de trabajo, apoya el desarrollo del estilo terapéutico y proporciona diversas oportunidades como recursos de aprendizaje (Franco et al., 2020; Ögren y Sundin, 2009). También refuerzan la idea de que la observación de sí mismos en videos facilita los procesos de autorreflexión, autoconciencia y evaluación de las propias habilidades (Kühne et al., 2020).

Con relación a las etapas del modelo, se pudo observar que en algunas de ella primaba la experiencia de novedad, contención y co-construcción, entre pares y supervisores. La fase

de Diagnóstico realizada promovió una evaluación formativa útil para el momento previo al inicio de la práctica clínica, lo que permite a terapeutas en formación identificar un punto de partida para el desarrollo de competencias – pasar progresivamente de viñetas a la observación de videos -- focalizando la mirada en las fortalezas y debilidades a nivel teórico práctico del propio desempeño, suscitando mayores niveles de conciencia, reflexión y autoevaluación por parte de los estudiantes (Topor et. al, 2016). Esto, al articularse con la simulación, se convierte en un espacio que prepara de una manera segura para la atención, permitiéndole a los estudiantes la posibilidad de estar inmersos en un ambiente que simula el contexto real, donde tiene la oportunidad de realizar autoevaluaciones críticas y reconocer las propias necesidades de aprendizaje. Estos elementos se han destacado en otros programas formativos como una actividad de aprendizaje integrada donde se desarrollan habilidades laborales más complejas (APPESWG, 2021). Sin embargo, es necesario considerar que por el alto nivel de exposición que esta metodología exige, uno de los grandes desafíos reportados por los participantes es que podría generar altos niveles de estrés y ansiedad, y que, por lo tanto, resulta importante construir experiencias que de a poco vayan generando una mayor confianza para exponerse a sí mismos y a ser evaluados. Esto refuerza la importancia de mantenerse siempre reforzando lo positivo de las intervenciones desplegadas por los(as) estudiantes, más que simplemente señalar sus errores; puesto que esto último es lo que aumenta más esta ansiedad esperable en esta etapa de la formación. Hay que recordar que fueron los(as) supervisores(as) quienes, por un tema ético, se encargaban de implementar el modelo, y no los(as) investigadores(as) y, por lo tanto, estaban también encargados(as) de trabajar esta ansiedad que es muy habitual en los(as) estudiantes que se enfrentan por primera vez a la atención real. Fueron los(as) supervisores(as) quienes se responsabilizaban de cuidar en este sentido a sus estudiantes, procurándoles un espacio contenedor y seguro. Esto refuerza la idea de lo necesario que es evolucionar hacia modelos de supervisión más interaccionales que validen la experiencia de los supervisados (Pérez y Saralegui, 2024) y se resalten los aspectos positivos de la supervisión grupal (Fernández-Álvarez, 2020).

Por su parte la existencia de un entrenamiento guiado por una pauta de observación que facilita la identificación de las competencias de una manera clara, concreta y objetiva, fue uno de los aspectos más altamente valorado por los estudiantes. Se reconoció la importancia de utilizar formularios que permiten estructurar las observaciones y la retroalimentación entregada durante la supervisión (Fukkink et al., 2011; Hill y Lent, 2006; Sherin y van Es, 2009), ya que esto hacía posible que las evaluaciones y las retroalimentaciones fueran más objetivas, y fuera más claro el aprendizaje alcanzado y el esperado.

La implementación de este modelo hizo posible que la experiencia de la supervisión fuera vivenciada como un espacio de co-construcción, en el que retroalimentación obtenida durante las sesiones de supervisión obtuvieran un nuevo significado. La figura del supervisor cumplía un rol de facilitador de reflexiones conjuntas, en un ambiente que era percibido como

cercano, afable y guiado (Bhola et al., 2017; Rønnestad y Skovholt, 2003; Spence et al., 2001). Un clima de contención respetuosa que, independientemente del enfoque del supervisor o del terapeuta, la supervisión brinda una base segura y estructurada para los supervisados (Santangelo y Condel, 2020). Los resultados sugieren que la calidad de la relación supervisor-supervisado es un factor determinante en la efectividad de la supervisión. El supervisor debe crear un clima de confianza y respeto, caracterizado por una comunicación clara y asertiva que facilite la reflexión crítica, el aprendizaje significativo, la apertura, el desafío y la construcción conjunta de nuevos significados (Welton et al., 2019). Por lo tanto, se debe promover competencias técnicas, socioemocionales y relacionales en los supervisores, tales como la empatía, la flexibilidad y el sentido del humor (Šefarová y Šlepecký, 2017; Xu et al., 2021). Llama la atención que los estudiantes percibieron negativamente la tendencia a ofrecer evaluaciones excesivamente positivas por parte del supervisor, lo que va en una dirección diferente a algunos estudios que muestran que centrarse en el rendimiento puede ser percibido como un obstáculo potencial que puede generar estrés y ansiedad (Axelsson et al., 2023). Sin embargo, en este caso se valoró por sobre todo la posibilidad de contar con una retroalimentación oportuna, específica y constructiva por parte del supervisor.

Este estudio contribuye a explorar la viabilidad y utilidad del video feedback como una herramienta de supervisión en diferentes contextos de formación (Wiltsey-Stirman, 2022). Aunque se terminen adaptando algunos de los pasos en la implementación del modelo basados en una perspectiva contextual, los elementos pedagógicos centrales propuestos permiten enriquecer los procesos de formación y los espacios de reflexión clínica, con el potencial de transformar la manera de enseñar/aprender sobre psicoterapia de manera genérica. Bajo ningún motivo se buscaba explicar la efectividad del modelo, sino más bien describir la experiencia de los(as) psicólogos(as) en formación que participaron en esta modalidad de supervisión, con el fin de mejorar dicha experiencia. Los resultados de este estudio deben interpretarse a la luz de ciertas limitaciones, como lo fueron: a) las diferencias contextuales propias de cada país y los programas de formación de cada universidad; b) el tiempo de seguimiento limitado por los respectivos calendarios académicos; y c) la heterogeneidad de la muestra debido a la diferencia en las etapas de formación en cada país (pregrado vs postgrado) lo que influyó además en el tamaño de la muestra. Estudios futuros podrían proporcionar una comprensión más completa del impacto de esta técnica a largo plazo en el resultado de los procesos formativos de los supervisados, así como el efecto en la atención ofrecida a los pacientes a lo largo de su proceso terapéutico. También es importante realizar estudios que permitan validar la pauta de observación a través de una metodología cuantitativa con un diseño pre-post. Por último, se sugiere profundizar en las experiencias de los(as) supervisores(as) que utilicen el modelo de manera de realizar los ajustes que sean necesarios.

Conclusión

El modelo de supervisión propuesto resulta ser una herramienta pedagógica innovadora que promueve un aprendizaje basado en competencias orientado a la acción, además de ofrecer la flexibilidad de ser implementado en diferentes niveles de la formación de estudiantes de psicología (pregrado y postgrado). Es un modelo genérico centrado en las competencias básicas de cualquier terapeuta y no en los enfoques terapéuticos específicos, por lo que desafía a transformar las lógicas de entrenamiento tradicionales en el área clínica, y a colocar el foco en aquellos aspectos más genéricos de la psicoterapia.

Reconocimientos

Este estudio fue financiado por la Universidad Santo Tomás, a través del Concurso de Investigación en Clínicas Docentes de la Dirección de Investigación Aplicada e Innovación (DGI Ai) de la Vicerrectoría Académica, de Investigación y Postgrado (VRAIP).

Referencias

- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K. y Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26, 511-529. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Andreucci, P. (2011). La Supervisión Clínica: Una aproximación desde la transferencia. *Akademeia*, 2(2), 71-80. <http://tinyurl.com/4567jhze>
- APPESWG. (2021). A New Reality: The Role of Simulated Learning Activities in Postgraduate Psychology Training Programs. *Frontiers in Education*, 6. <https://doi.org/10.3389/educ.2021.653269>
- Araya, C., Casassus, S., Guerra, C., Salvo, D., Zapata, J. y Krause, M. (2017). Criterios que supervisores clínicos Chilenos consideran relevantes al momento de supervisar: un estudio cualitativo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1), 47-58. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1004>
- Axelsson, S., Kihlberg, S., Davis, P. y Nyström, M. B. T. (2023). Psychotherapy students' experiences of supervisee-centred supervision based on deliberate practice, feedback-informed treatment and self-compassion. *Counselling and Psychotherapy Research*, 24(2), 719-733. <https://doi.org/10.1002/capr.12708>
- Bager, S. (2019). She was on my side and grounded me when I needed it: Research supervision in the field of therapy, based on counsellors' and psychotherapists' views on their engagement with research. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(4), 358-365. <https://doi.org/10.1002/capr.12258>
- Ballesteros de Valderrama, B. P., Muñoz-Martínez, A. M., Novoa-Gómez, M., Bazzani-Orrego, D., Brandwayn-Briceño, N. E., Lasso-Báez, R. A., Pachón-Basallo, M. y Restrepo-Vélez, D. (2019). Características de la supervisión clínica en las terapias

- conductuales: un análisis del proceso de supervisión clínica. *Universitas Psychologica*, 18(4), 1-14. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsyl18-4.csct>
- Barnett, J. E. (2011). Utilizing technological innovations to enhance psychotherapy supervision, training, and outcomes. *Psychotherapy*, 48(2), 103–108. <https://doi.org/10.1037/a0023381>
- Bernard, J. M. y Goodyear, R.K. (1998). *Fundamentals of clinical supervision* (2a ed.). Allyn & Bacon.
- Bhola, P., Raguram, A., Dugyala, M. y Ravishankar, A. (2017). Learning in the crucible of supervision: Experiences of trainee psychotherapists in India. *The Clinical Supervisor*, 36(2), 182–202. <https://doi.org/10.1080/07325223.2016.1233478>
- Blume-Marcovici, A. C., Stolberg, R. A., Khademi, M. y Giromini, L. (2015). When therapists cry: Implications for supervision and training. *Clinical Supervisor*, 34(2), 164-183. <https://doi.org/10.1080/07325223.2015.1048556>
- Borup, J., West, R. E. y Thomas, R. (2015). The Impact of Text versus Video Communication on Instructor Feedback in Blended Courses. *Educational Technology Research and Development*, 63, 161-184 <https://doi.org/10.1007/s11423-015-9367-8>
- Botero-García, C., Giovanni, I. y Morales-Arias, C. (2022). Supervisión en psicología clínica: Una revisión sobre estudios empíricos. *Universitas Psychologica*, 21, 1-19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy21.spcr>
- Brinkmann, S. y Kvale, S. (2018). *Doing interviews*. Sage. <https://doi.org/10.4135/9781529716665>
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approach*. Sage.
- Daskal, A. M. (2023). Desde ser psicoterapeuta, a ser supervisor clínico. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 19-36. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38693>
- Embry, D. D. y Biglan, A. (2008). Evidence-based kernels: Fundamental units of behavioral influence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 75-113. <https://doi.org/10.1007/s10567-008-0036-x>
- Fernández-Álvarez, H., Kirzman, D. y Vega, E. (2008). Programa de Habilidades Terapéuticas. En H. Fernández-Álvarez (3ra ed.), *Integración y salud mental* (109-138). Desclée de Brouwer.
- Fernández-Álvarez, H. (2020). La psicoterapia en su laberinto. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 5-28. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.405>
- Field, T. A. (2016). A different type of supervision: Training clinical mental health counseling interns in dialectical behavior therapy. *Journal of Mental Health Counseling*, 38(3), 233-247. <https://doi.org/10.17744/mehc.38.3.04>
- Flick, U. (2000). Episodic interviewing. En M.W. Bauer y G. Gaskell (Eds.), *Qualitative researching with text, image and sound* (pp. 75–92). Sage. <https://doi.org/10.4135/9781849209731.n5>

- Franco, E., DiMaio-McCracken, J. y Innocenti, J. (2020). A comparison of group and individual clinical supervision. *The Interdisciplinary Journal of Advances in Research in Education*, 3(1), 1-11. <https://doi.org/10.55138/ab104284eji>
- Fukkink, R. G., Trienekens, N. y Kramer, L. J. C. (2011). Video Feedback in Education and Training: Putting Learning in the Picture. *Educational Psychology Review*, 23(1), 45–63. <https://doi.org/10.1007/s10648-010-9144-5>
- Gutiérrez-Fierros, E. A., Sáenz, A., Tena-Suck, A. y Montes de Oca, S. (2023). Supervisión virtual de prácticas académicas: Las experiencias de supervisores frente al cambio de modalidad por COVID-19. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 55-71. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38698>
- Hawes, G., Rojas-Serey, A., Espinoza, M., Oyarzo, S., Castillo-Parra, S., Castillo, M. y Romero, L. (2017). Desarrollo de una matriz conceptual para la innovación curricular en profesiones de la salud. *Revista Médica de Chile*, 145(9), 1193-1197. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000901193>
- Hawkins, P. y McMahon, A. (2020). *Supervision in the helping professions* (5a ed.). McGraw Hill.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A. y Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counselling Psychology*, 52(2), 196-205. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.196>
- Hill, C. E. y Lent, R. W. (2006). A narrative and meta-analytic review of helping skills training: Time to revive a dormant area of inquiry. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 154–172. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.2.154>
- Hill, H. R. M., Crowe, T. P. y Gonsalvez, C. J. (2016). Reflective dialogue in clinical supervision: A pilot study involving collaborative review of supervision videos. *Psychotherapy Research*, 26(3), 263–278. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.996795>
- Høffding, S. y Martiny, K. M. (2016). Framing a phenomenological interview: what, why and how. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 15, 539–564. <https://doi.org/10.1007/s11097-015-9433-z>
- Kaslow, N. J., Grus, C. L., Campbell, L. F., Fouad, N. A., Hatcher, R. L. y Rodolfa, E. R. (2009). Competency Assessment Toolkit for professional psychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(4, Suppl), 27–45. <https://doi.org/10.1037/a0015833>
- Knott, E., Rao, A. H., Summers, K. y Teeger, C. (2022). Interviews in the social sciences. *Nature Review Methods Primers*, 2, 73. <https://doi.org/10.1038/s43586-022-00150-6>
- Kühne, F., Heinze, P. E. Y Weck, F. (2020). Standardized patients in psychotherapy training and clinical supervision: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4172-z>
- Lamey, A. (2015). Video Feedback in Philosophy. *Metaphilosophy*, 46, 691-702. <https://doi.org/10.1111/meta.12155>

- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: a comparison of historical and methodological considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 2, 1–29. <https://doi.org/10.1177/160940690300200303>
- Lohani, G. y Sharma, P. (2023). Effect of clinical supervision on self-awareness and self-efficacy of psychotherapists and counselors: A systematic review. *Psychological Services*, 20(2), 291-299. <https://doi.org/10.1037/ser0000693>
- Lunt, I. (2011) EuroPsy: the development of standards and competence of psychologists. *European Psychologist* 16(2), 104 - 110. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000087>
- Mahoney, P., Macfarlane, S. y Ajjawi, R. (2019). A qualitative synthesis of video feedback in higher education. *Teaching in Higher Education*, 24(2), 157–179. <https://doi.org/10.1080/13562517.2018.1471457>
- Martin, P., Lizarondo, L., Kumar, S. y Snowdon, D. (2021). Impact of clinical supervision on healthcare organizational outcomes: A mixed methods systematic review. *PLoS ONE*, 16(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260156>
- Mayhew, E. (2017). Playback Feedback: The Impact of Screen-Captured Video Feedback on Student Satisfaction, Learning and Attainment. *European Political Science*, 16, 179-192. <https://doi.org/10.1057/eps.2015.102>
- Mayring, P. (2000). Qualitative content analysis. *Qualitative Social Research*, 1(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-1.2.1089>
- McCarthy, J. (2015). Evaluating Written, Audio and Video Feedback in Higher Education Summative Assessment Tasks. *Issues in Educational Research*, 25, 153-169. <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/ielapa.376762809256535>
- Mendizabal, J. B. (2019). EuroPsy: Un modelo basado en competencias. ¿Es aplicable a la formación sanitaria especializada en Psicología Clínica? *Educación Médica*, 20(2), 154-162. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.05.017>
- Murr, S., Nicklas, L. y Harper, S. (2020). How does supervision aid cognitive behaviour therapy skill development? Perspectives of CBT trainees: A thematic analysis. *Cognitive Behaviour Therapist*, 13, 1-16. <https://doi.org/10.1017/S1754470120000422>
- Nicmanis, M. (2024). Reflexive Content Analysis: An Approach to Qualitative Data Analysis, Reduction, and Description. *International Journal of Qualitative Methods*, 23. <https://doi.org/10.1177/16094069241236603>
- Novoa-Gómez, M. y Córdoba-Salgado, O. (2019). Pertinencia de la formación para la supervisión clínica. En G.A. Campos, M. A. Castaño, M. Gaitán y V. Sánchez (Comps.), *Diálogos sobre investigación: avances científicos* (pp. 83-116). Konrad Lorenz.
- Ögren, M. L., y Sundin, E. C. (2009). Group supervision in psychotherapy. Main findings from a Swedish research project on psychotherapy supervision in a group format. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(2), 129–139. <https://doi.org/10.1080/03069880902728614>

- Orlando, J. (2016). A Comparison of Text, Voice, and Screencasting Feedback to Online Students. *American Journal of Distance Education*, 30, 156-166. <http://dx.doi.org/10.1080/08923647.2016.1187472>
- Parton, B. S., Crain-Dorough, M. y Hancock, R. (2010). Using Flip Camcorders to Create Video Feedback: Is It Realistic for Professors and Beneficial to Students? *International Journal of Instructional Technology and Distance Learning*, 7(1), 15–21. https://www.itdl.org/Journal/Jan_10/article02.htm
- Pérez, J. C. y Saralegui, D. (2024). Supervisión en una Unidad de Clínica de Adultos de un Centro de Salud Mental Universitario: Un Estudio Cualitativo del Proceso. *Terapia Psicológica*, 41(3), 379-403. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082023000300379>
- Pugh, G. y Lozano-Rodríguez, A. (2019). El desarrollo de competencias genéricas en la educación técnica de nivel superior: un estudio de caso. *Revista Calidad en la Educación*, 50, 143-179. <https://doi.org/10.31619/caledu.n50.725>
- Roe, R.A. (2002). What makes a competent psychologist? *European psychologist*, 7(3), 192-202. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.7.3.192>
- Rønnestad, M. H. y Skovholt, T. M. (2003). The Journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5–44. <https://doi.org/10.1177/089484530303000102>
- Roth, A. D. y Pilling, S. (2008). Using an Evidence-Based Methodology to Identify the Competences Required to Deliver Effective Cognitive and Behavioural Therapy for Depression and Anxiety Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 129–147. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004141>
- Ruiz, J., Bados, A., Fusté, A., García-Grau, E., Saldaña, C. y Lluch, T. (2016). Aprendizaje experiencial de habilidades terapéuticas y análisis de su utilidad en función de la personalidad. *Behavioral Psychology*, 24(3), 405-422. <http://hdl.handle.net/2445/155366>
- Santangelo, P. R. y Conde, K. (2020). Relación de supervisión: adaptación del S-SRQ en psicoterapeutas argentinos. *CES Psicología*, 13(3), 76–87. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.3.5>
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J. y Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, 27(6), 642-652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>
- Šefarová, I. y Šlepecký, M. (2017). Self-efficacy of the psychotherapist in the context of supervision. *European Psychiatry*, 41(S1), s506–s506. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.645>
- Sherin, M. G. y van Es, E.A. (2009). Effects of video club participation on teachers' professional vision. *Journal of Teacher Education*, 60, 20-37. <https://doi.org/10.1177/0022487108328155>

- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9-27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>
- Smith, J. A. (2019). Participants and researchers searching for meaning: conceptual developments for interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 16(2), 166–181. <https://doi.org/10.1080/14780887.2018.1540648>
- Smith, J. A., Flowers, P. y Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage.
- Spence, S. H., Wilson, J., Kavanagh, D., Strong, J. y Worrall, L. (2001). Clinical Supervision in Four Mental Health Professions: A Review of the Evidence. *Behaviour Change*, 18(3), 135–155. <https://doi.org/10.1375/bech.18.3.135>
- Squire, C. (2013). From experience-centred to socioculturally-oriented approaches to narrative. En M. Andrews, C. Squire y M. Tamboukou (Eds.), *Doing narrative research* (2a ed., pp. 47–71). Sage. <https://doi.org/10.4135/9781526402271.n3>
- Stanghellini, G. y Ballerini, M. (2008). Qualitative analysis. Its use in psychopathological research. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(3), 161-163. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01139.x>
- Thomas, R. A., West, R. E. y Borup, J. (2017). An Analysis of Instructor Social Presence in Online Text and Asynchronous Video Feedback Comments. *The Internet and Higher Education*, 33, 61-73. <https://doi.org/10.1016/j.iheduc.2017.01.003>
- Topor, D. R., AhnAllen, C.G., Mulligan, E. A. y Dickey, C. C. (2016). Using Video Recordings of Psychotherapy Sessions in Supervision: Strategies to Reduce Learner Anxiety. *Academic Psychiatry*, 41(1), 40–43. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0605-0>
- Troncoso, K. y Hawes, G. (2007). *Esquema general para los procesos de transformación curricular en el marco de las profesiones universitarias*. Dirección de Pregrado, Vicerrectoría de Asuntos Académicos, Universidad de Chile.
- Valdés-Sánchez, N. y Gómez-Gallo, D. M. (2023). *Supervisión clínica para estudiantes de Psicología. Un modelo de competencias psicoterapéuticas genéricas básicas*. Ril
- Valdiviezo-Oña, J., Granja, E., Cuadros-López, A., Valdivieso-Meza, G., Evans, C. y Paz, C. (2022). Practice-based research with psychologists-in-training: presentation of a supervision model and use of routine outcome monitoring. *Studies in Psychology*, 43(3), 583-608. <https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2132749>
- Watkins, C. E. (2020). What do clinical supervision research reviews tell us? Surveying the last 25 years. *Counseling and Psychotherapy Research*, 20(2), 190-208. <https://doi.org/10.1002/capr.12287>
- Welton, R., Nelson, S., Cowan, A. y Correll, T. (2019). Supporting and Training Psychotherapy Supervisors. *Academic Psychiatry*, 43(4), 464–465. <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01070-6>

- Wiltsey-Stirman, S. (2022). Implementing Evidence-Based Mental-Health Treatments: Attending to Training, Fidelity, Adaptation, and Context. *Current Directions in Psychological Science*, 31(5), 436–442. <https://doi.org/10.1177/09637214221109601>
- Xu, M., Friedlander, M. L., Kontakos, V. y Shaffer, K. S. (2021). Relational discussions in theoretically diverse models of psychotherapy supervision: How common are they? *The Clinical Supervisor*, 40(2), 303–320. <https://doi.org/10.1080/07325223.2020.1861572>

Para citar en APA 7

Valdés-Sánchez, N., Gómez-Gallo, D. M., Ocampo-Lopera, D. M. y Espinosa-Duque, D. (2025). Desarrollando las competencias terapéuticas básicas de estudiantes de psicología: Un modelo genérico basado en la técnica de videofeedback. *Terapia Psicológica (En línea)*, 43(1), 225-247. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082025000200225>



© 2025 Terapia Psicológica