

UTILIZACIÓN DE MAPAS CONCEPTUALES COMO FACILITADORES DEL PROCESO DE SUPERVISIÓN CLÍNICA Y FORMULACIÓN SIGNIFICATIVA DE CASOS

*Marcela Paz González Brignardello & Susana Gago Carrero
Universidad Nacional de Educación a Distancia UNED, España
mpgonzalez@psi.uned.es*

Abstract. El entrenamiento en competencias profesionales es un proceso que se prolonga a lo largo de toda la vida, debido a los permanentes cambios que se producen en la sociedad actual, hecho subrayado especialmente en el modelo del Espacio Europeo de Educación Superior. Los programas de entrenamiento para psicólogos o psicoterapeutas, en los ámbitos universitarios, se desarrollan después de obtenida la titulación, en formato de actividad de postgrado. En ese proceso de entrenamiento, la supervisión es una de las claves para el desarrollo de habilidades y competencias específicas. Se trata de una relación, caracterizada por tareas y funciones, que se dirigen no sólo al supervisado (terapeuta novel) sino también, indirectamente, a asegurar la intervención del cliente. En esta presentación, se discute un marco de análisis y reflexión de casos clínicos, basado en mapas conceptuales de creación conjunta (supervisado-supervisor) como un elemento gráfico que facilita la formulación de casos clínicos, pero fundamentalmente promotor de procesos de comunicación y negociación conceptual

1 Introducción

El proceso de supervisión es indudablemente una parte fundamental en la formación de un psicólogo clínico. La definición clásica que dan Bernard y Goodyear (2004) es: una intervención dada por un profesional más experto a un profesional menos experimentado (senior a junior), con el objetivo de mejorar el funcionamiento del supervisado, monitorear la calidad de las intervenciones o servicios ofrecidos al cliente y servir como una puerta de entrada a los que ingresan en la profesión, dando a entender un aspecto de mínima selección. En esa línea, Ramos-Sánchez et al. (2002) plantean que los supervisores clínicos son responsables de la educación, la dirección y estímulo de los supervisados. En este proceso es fundamental proveer de experiencias positivas de aprendizaje. Ampliando esta idea, Riggs y Bretz (2006) resaltan la importancia de establecer una relación positiva que caracterice a la dupla (supervisor-supervisado); los autores plantean que es posible lograr dicha relación independientemente de las similitudes o diferencias entre supervisor-supervisado en la orientación teórica, personalidad, o estilo relacional. La supervisión se considera un método clave y básico del entrenamiento clínico, según la American Psychological Association (2002, ref. en Verdinelli y Biever, 2009). Por su parte, Milne (2007) propone la siguiente definición: se trata de una relación formal dada por supervisores que se basa en el entrenamiento y la educación, se focaliza en el trabajo y en la cual se apoya, desarrolla y evalúa el trabajo de colegas. El método principal que los supervisores usan es el feedback correctivo sobre la ejecución de los supervisados, la enseñanza y la configuración conjunta de metas. Lo que la diferencia del coaching y la mentoría es que incorpora el componente evaluativo. Es importante resaltar, de acuerdo con una temprana apreciación de Brewer (1950), que con este tipo de actividades formativas no se pretende formar técnicos, sino desarrollar competencias técnicas en los clínicos, es decir, se persigue que el supervisado adquiera y desarrolle conocimientos y habilidades funcionales (Biggs, 2005).

Los objetivos de la supervisión son “normativos” (control de la calidad de la intervención prestada al cliente), “restaurativos” (soporte emocional), y “formativos” (mantener y facilitar la competencia, capacidad y eficacia general) (Gillam, Strike-Roussos y Anderson, 1990). Según Hunt y Sharpe (2008), la meta de una buena supervisión clínica es asegurar que se otorgue al paciente una apropiada intervención terapéutica. Al mismo tiempo, y en forma especial en el caso de los psicólogos noveles, la supervisión clínica debe prestar atención a la información del caso clínico a la vez que se analizan los procesos de terapeuta. Este último punto es quizás, el de mayor riesgo, debido a que la alianza necesaria para un buen proceso de supervisión, puede verse afectada al poner de manifiesto debilidades o vulnerabilidades del profesional novel.

En este sentido, una de las competencias centrales en la práctica de la psicología clínica es la formulación correcta del caso y, si bien muchas habilidades pueden ser adquiridas a través de lectura y estudio, la práctica clínica supervisada es un paso clave en el proceso de trasladar el conocimiento acerca de la formulación del caso al conocimiento de la

formulación (Page, Stritzke y McLean, 2008).

La formulación de un caso clínico incluye la identificación y exposición de información relevante, de manera relacionada. Habitualmente, en el marco cognitivo-conductual y desde un modelo científico de formulación de casos, se relaciona la información inicial del cliente con los resultados obtenidos finalmente, pasando por un proceso de comprensión e integración teórica, donde cobran sentido los antecedentes junto a la aportación de la experiencia y formación del terapeuta; e incluye la aplicación de la intervención (previamente planificada, y repetidamente controlada) (Page y Stritzke, 2006; ref en Page, Stritzke y McLean, 2008). Este tipo de formulación se suele exponer de modo verbal o escrito.

Sin embargo, es el proceso de elaboración de lo que será la formulación del caso, lo que se basa en un rico proceso comunicacional que incluye una faceta de negociación entre el terapeuta-supervisado y el supervisor. En este proceso se observa argumentación, justificación teórica, asociaciones y relaciones entre los diferentes datos del paciente – actuales e históricos, y donde se produce una integración lógica y significativa entre conceptos. Dada la capacidad de integración conceptual, significativa y holística propia de los mapas conceptuales (Novak, 1998; Novak y Gowin, 1984), nos planteamos la aplicación de dicha actividad cognitiva en el proceso comunicacional entre el supervisado y el supervisor.

El proceso de elaboración conjunta de un mapa conceptual requiere de procesos de negociación basados en una comunicación centrada en la tarea, donde las diferencias conceptuales se han de resolver, y en el cual se añaden las áreas de conocimiento experto de cada uno de los participantes. En este proceso, la colaboración en la creación conjunta ayuda a que los roles de supervisor y de supervisado se aboquen a la tarea de construir el “modelo del caso”. A las ventajas de la creación de un mapa integrado y coherente se añaden las ventajas del aprendizaje colaborativo (Johnson, Johnson y Johnson, 1999), permitiendo que el proceso de creación de mapa/análisis de caso sea mutuamente enriquecedor, y se obtiene -a la vez- un mapa de gran riqueza conceptual y de ambiciosa perspectiva clínica.

El Servicio de Psicología Aplicada (SPA) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) tiene un programa de formación de psicólogos noveles en el cual se incluye el proceso de supervisión clínica, basada en cada caso que es atendido. El formato habitual para desarrollar las supervisiones es de comunicación directa y oral, en el cual el supervisor recibe información por parte del terapeuta comenzando así un proceso que continuará hasta la finalización –alta- del caso clínico.

2 Experiencia realizada

2.1 Primera etapa:

En el marco de diversas relaciones diádicas supervisado-supervisor (terapeuta-supervisor), en el Servicio de Psicología Aplicada (SPA), se realizaron mapas conceptuales que integraron toda la información que, durante las diferentes sesiones de supervisión, se analizaba. Los conceptos expresados fueron: datos antecedentes, variables, objetivos, diagnósticos, procesos psicológicos, procesos terapéuticos, síntomas, logros, etc. Esta etapa fue principalmente de trabajo individual del supervisor¹, que utilizó los mapas conceptuales como organizadores de la información y le permitieron tener una visión integrada y significativa de los diferentes procesos terapeuta-paciente, en formato de representación gráfica. Esta primera etapa, resultó ser altamente satisfactoria, debido a la capacidad de representar información compleja y de gran variedad conceptual que aparece en dichas sesiones, y poder organizarla significativamente. Cabe hacer notar, que entre esa información, un punto relevante, son los procesos de terapeuta (seguridad, habilidades y fortalezas, implicación, motivadores, etc.), que tienen cabida en dichos mapas conceptuales asociados a los conceptos de paciente o de intervención que correspondan.

En esta primera etapa se observa la capacidad que tienen los mapas conceptuales para representar una formulación coherente, holística y significativa de un caso clínico.

¹ Primera autora

2.2 Segunda etapa:

Durante el proceso de supervisión, se invitó al terapeuta² a realizar conjuntamente un mapa conceptual que integrase la información sobre un caso clínico cuyos antecedentes etiológicos eran de gran complejidad (sociales, biológicos y psicológicos), cuya sintomatología era muy disruptiva e intensa (agresividad, falta de control de impulsos, etc.), y cuyo proceso de intervención incluyó la aplicación de diversas técnicas en un proceso por fases. En dicho período se sintetizó la información obtenida durante 10 sesiones de terapia que incluyeron 4 sesiones de supervisión.

El mapa conceptual realizado incluyó cuatro grandes áreas: modelo explicativo del caso (etiología bio-psicosocial), sintomatología actual, intervención (primera y segunda fase), objetivos y logros, tal como puede verse en la Figura 1.

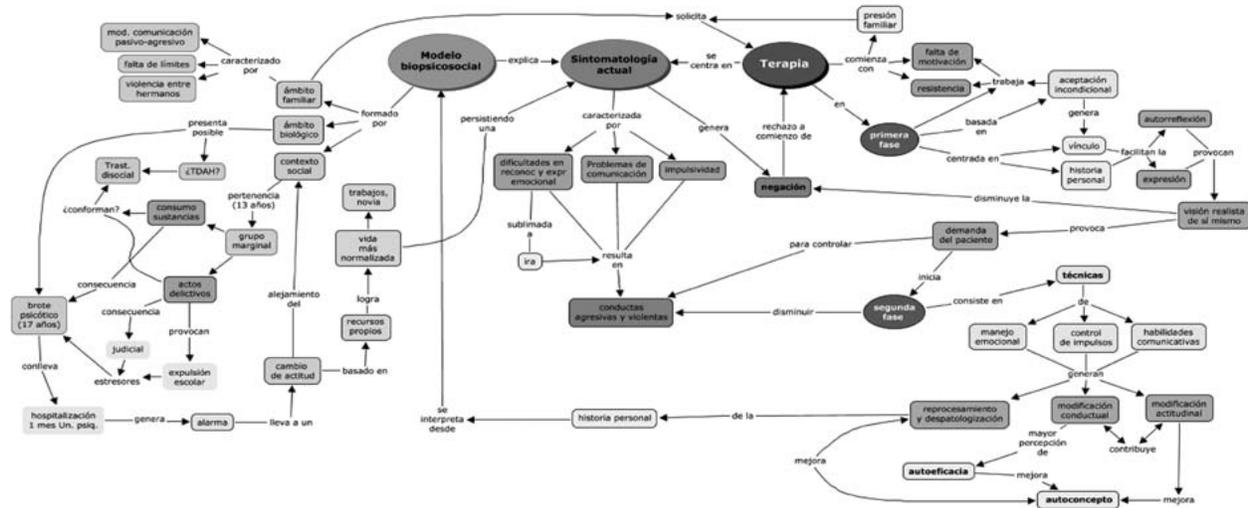


Figura 1. Mapa conceptual de elaboración conjunta

2.3 Tercera etapa:

Esta etapa tuvo por finalidad recoger las opiniones/reflexiones de la terapeuta supervisada, de la supervisora clínica y de una alumna en prácticas² (5º curso de psicología) - presente en todas las sesiones de supervisión – en relación al proceso de construcción conjunta del mapa conceptual. Algunas de esas reflexiones pueden verse en la Tabla 1.

Supervisora	Supervisada	Alumna
<p>Ayuda a una reflexión abierta y más profunda del caso, manejando más variables en un mismo momento de análisis.</p> <p>Ayuda a compartir modelos (supervisor / terapeuta) e integrarlos.</p> <p>Supone un esfuerzo cognitivo mayor que la supervisión oral simple, ya que requiere generar asociaciones significativas y dar sentido a todos los elementos: causas, relaciones y antecedentes.</p> <p>Fomenta el trabajo cooperativo, disminuyendo distancias y defensas personales y jerarquía entre roles.</p>	<p>Los casos clínicos se suelen exponer sólo en secuencia cronológica, el mapa permite exponer en un formato coherente, integrado y comprensivo toda la complejidad de información.</p> <p>Más control de la información del caso, toda accesible.</p> <p>Permite encontrar relaciones entre distintos momentos de terapia, factores, trabajos con resultados, toda la historia clínica con sintomatología actual</p> <p>Provoca y promueve que fluyan muchas ideas e amplitud mental</p>	<p>Conforme se enlazaban los elementos del mapa e comprensión de la capacidad que tiene esta herramienta para explicar el caso. Sorpresa al ver la magnitud de información que se puede enlazar y analizar a la vez.</p>

Tabla 1. Reflexiones de todos los participantes

En esta etapa se valoró la capacidad que tiene el proceso de elaboración conjunta de un mapa conceptual en cuanto a promotor de la negociación, desde un marco de trabajo puramente colaborativo, centrado en la tarea y fortalecedor de la relación de alianza donde el terapeuta posee la información del caso, y el supervisor es facilitador del proceso de formulación. Este parece ser un marco cómodo y potenciador de competencias cognitivas relacionadas con la formulación de casos clínicos.

² Segunda autora

3 Conclusiones

La experiencia de elaborar conjuntamente un mapa conceptual de información clínica, con una doble intención: por una parte, facilitar el proceso de análisis del proceso de terapeuta-paciente, y por otra, representar gráficamente la formulación de un caso -ambos desde el proceso de supervisión- ha sido altamente satisfactoria tanto para el supervisado como para el supervisor. Se valora especialmente la capacidad facilitadora del análisis de la compleja información, la claridad final de la integración, la coherencia y lógica que representan las asociaciones.

Desde el punto de vista del supervisor, la valiosa posibilidad de tener una representación gráfica con toda la información relevante de cada caso, transforma los mapas conceptuales en una herramienta necesaria y eficaz. En cuanto al proceso comunicacional en torno a la elaboración del mapa, parece valorable la capacidad que ofrece de analizar en profundidad la relación entre los diferentes datos clínicos, teniendo ambos componentes de la diada, una posición claramente colaborativa y productiva, en cuanto al campo de conocimiento experto que representan.

Es necesario, después de esta experiencia exploratoria, realizar análisis más detallados de las variables que juegan un papel en este proceso, y medir operativamente la aportación que los mapas conceptuales pueden ofrecer en este campo.

Referencias

- Biggs, J. (2005). *Calidad del aprendizaje universitario* Madrid: Narcea.
- Brewer, J.E. (1950). *Supervision of interns in a community guidance center*. Paper read at a roundtable on the supervision of clinical interns. American Psychological Association, Pennsylvania State College, September.
- Gillam, R. B., Strike-Roussos, C. y Anderson, J. L. (1990). Facilitating changes in supervisees' clinical behaviours: An experimental investigation of supervisory effectiveness. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 729-739.
- Hunt, C. y Sharpe, L. (2008). Within-session supervision communication in the training of clinical psychologists. *Australian Psychologist*, 43, 121-126.
- Johnson, D.W.; Johnson, R.T. y Johnson Holubec, E.J. (1999). *Los Nuevos Círculos de Aprendizaje*. Buenos Aires: Aique.
- Novak, J. D. (1998). *Learning, creating, and using knowledge: Concept Maps as Facilitative Tools in Schools and Corporations*. Mahweh, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Novak, J. D., & Gowin, D. B. (1984). *Learning How to Learn*. New York: Cambridge University Press.
- Page, A.C., Stritzke, W.G.K. y McLean, N.J. (2008). Toward science-informed supervision of clinical case formulation: A training model and supervision method. *Australian Psychologist*, 43, 88-95.
- Ramos-Sanchez, L., Esnil, E., Goodwin, A., Riggs, S., Touster, L., Wright, L., et al. (2002). Negative supervisory events: Effects on supervision satisfaction and supervisory alliance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 197-202.
- Riggs, S.A. y Bretz, K.M. (2006). Attachment Processes in the Supervisory Relationship: An Exploratory Investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*. 37, 558-566.
- Verdinelli, S. y Biever, J.L. (2009). Experiences of Spanish/English bilingual supervisees. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46, 158-170.