

Programa de supervisión clínica en línea para terapeutas cognitivo-conductuales en contextos hospitalarios: un estudio piloto

Online clinical supervision program for cognitive-behavioral therapists at hospital settings: a pilot study

Nancy Patricia Caballero-Suárez¹, Carmen Lizette Gálvez-Hernández²,
Cinthia Huerta-Barrientos¹, Isabo Cecilia Monroy-Ortiz¹,
Silvia Monserrat Sánchez-Ramos³ y Juan José Sánchez-Sosa¹

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Instituto Nacional de Cancerología²
Centro de Atención y Evaluación Psicológica “Dr. Benjamín Domínguez”³

Autor para correspondencia: Juan José Sánchez-Sosa, jujosaso@gmail.com.

RESUMEN

Antecedentes. La supervisión clínica es fundamental para la mejora de habilidades clínicas en psicoterapeutas cognitivo-conductuales que atienden pacientes con enfermedades crónicas en hospitales. La telesupervisión es una alternativa viable y segura ante el contexto de la pandemia por el virus SARS-COV-2. **Objetivo.** Evaluar el efecto de un programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea sobre habilidades clínicas de terapeutas cognitivo-conductuales en formación. **Método.** El presente estudio piloto con diseño pre-experimental comparó las destrezas adquiridas antes y después de la implementación del programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea. Se evaluaron los conocimientos teóricos con un instrumento *ex profeso* y las habilidades clínicas con sistemas de autorregistro y observación de juego de roles en sesiones clínicas. La supervisión se implementó por terapeutas cognitivo-conductuales con vasta experiencia en la atención de pacientes con enfermedades crónicas. Se incluyeron seis psicoterapeutas en formación, estudiantes avanzados y pasantes de licenciatura en psicología. **Resultados.** Los resultados revelaron un aumento significativo en conocimientos en una escala que evalúa la aplicación de principios y técnicas terapéuticas. Las habilidades clínicas aumentaron significativamente, evaluadas a través de la observación directa y del autorregistro con tamaños del efecto grandes según el índice *d* de Cohen (> .80). Los efectos incluyeron habilidades conceptuales, de intervención, colaboración, resumen, obtención de retroalimentación, uso efectivo del tiempo y cierre. Se obtuvieron tamaños del efecto moderados (índice *d* de Cohen >.50) en habilidades de diagnóstico y tratamiento, presentación, encuadre y comprensión. **Conclusiones.** Esta Investigación piloto sobre supervisión clínica en línea muestra resultados favorables en la adquisición y mejora de habilidades clínicas de psicoterapeutas cognitivo-conductuales que atienden pacientes con enfermedades crónicas. Se destaca la inclusión de diversas herramientas de evaluación del efecto e implementación de formatos virtuales de aplicación.

Palabras clave: Supervisión clínica; Telesupervisión; Terapia cognitivo-conductual; Contextos hospitalarios.

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correo electrónico: nancygansy@hotmail.com.

² (INCaN), Av. San Fernando 22, Col. Belisario Domínguez, Sección XVI, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México, correo electrónico: lizet-galvezh@gmail.com.

³ Calle 16 de Septiembre 201, Col. Centro, 56101 Texcoco, Edo. de México, México, correo electrónico: ramosmonserrat804@gmail.com.



ABSTRACT

Background. *Clinical supervision is essential for improving clinical skills in cognitive-behavioral psychotherapists who care for patients with chronic diseases in hospitals. Tele-supervision is a viable and safe alternative in the context of the SARS-COV-2 virus pandemic.* **Objective.** *To evaluate the effect of an online clinical training and supervision model on the clinical skills of advanced, licentiate-level cognitive-behavioral therapists.* **Participants.** *The study included six psychotherapists in training who were advanced students of a university-based psychology licentiate training program.* **Method.** *The study used a pre-experimental design. Measurement included cognitive-behavioral knowledge tests, self-assessment, and role-playing clinical skills during clinical sessions. Cognitive-behavioral therapists with vast experience caring for patients with chronic diseases conducted the supervision. Before and after comparisons on training and online clinical supervision led to the main findings.* **Results.** *Regarding knowledge, a significant increase resulted in a scale evaluating the application of therapeutic principles and techniques. Direct observation and self-assessment revealed significantly increased clinical skills with large effect sizes (Cohen's d index > .80) for conceptualization, intervention, collaboration, briefing, feedback, effective use of time, and closure. Moderate effect sizes (Cohen's d index > .50) increased diagnosis and treatment skills also increased presentation, framing, and understanding.* **Discussion.** *The present study of online clinical supervision shows favorable results in acquiring and improving clinical skills to care for patients with chronic diseases in hospital settings. Moreover, it highlights the effectiveness of virtual assessment tools and online supervision formats.*

Key words: Clinical supervision; Tele-supervision; Cognitive behavioral therapy; Hospital settings.

Recibido: 06/12/2021

Aceptado: 23/05/2022

INTRODUCCIÓN

Un proceso clave para la formación de psicoterapeutas competentes es la supervisión clínica, proceso fundamentado en una relación evaluativa, de colaboración estructurada, basada en acuerdos y objetivos, cuyo propósito es

el mejoramiento profesional (American Psychological Association, 2014). Dado que el proceso incluye la preparación de competencias necesarias para la prestación de servicios profesionales, es una herramienta útil para que los psicólogos en formación adquieran o perfeccionen sus habilidades de atención psicológica especializada (Pratt y Lamson, 2012).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un enfoque psicoterapéutico que ha demostrado efectividad al tratar una amplia variedad de trastornos psicológicos y de salud (Kavanagh, Bennett-Levy y Crow, 2002). En esta, el proceso de supervisión clínica tiene como objetivo aumentar las habilidades de evaluación, conceptualización e intervención en el supervisado, así como fomentar la autoobservación y el aprendizaje continuo desde ese enfoque (Johnston, 2006). Recientemente, dicha supervisión clínica ha experimentado un rápido cambio no planificado hacia la telepráctica; sin embargo, la supervisión clínica remota está menos estudiada y regulada que la telepsicoterapia en general (Tarlow, McCord, Nelson y Bernhard, 2020).

Aunque el surgimiento de la educación y el entrenamiento a distancia no es reciente, no se utilizaba tan frecuentemente; hoy día, sin embargo, la evidencia sugiere que la instrucción en línea es un método efectivo de educación para los profesionales de la salud (Bajpai, Semwal, Bajpai, Car y Ho, 2019; Souza, Mattos, Stein, Rosário y Magalhães, 2018). Entre sus beneficios destaca el potencial de llegar a más estudiantes a un menor costo que los métodos tradicionales (Worrall y Fruzzetti, 2009); ofrecer más oportunidades de colaboración que enriquezcan la experiencia educativa (Bell, 2020), flexibilizar los horarios y servicios y adaptarse de mejor manera a la denominada “nueva normalidad” en el contexto de la pandemia de COVID-19 (Abramson y Fleming, 2021).

Empíricamente, la supervisión a distancia ha mostrado ser equivalente en efectividad en comparación con la presencial. Además, no se ha encontrado una disminución significativa en la satisfacción con la supervisión o en la alianza de trabajo (Bell *et al.*, 2020; Bernhard y Camins, 2020; Tarlow *et al.*, 2020).

Si bien se han emprendido algunos estudios sobre la supervisión clínica a distancia, resulta evidente la necesidad de desarrollar y estandarizar programas de formación de psicoterapeutas competentes para asegurar el bienestar de consultantes y usuarios. Adicionalmente, se requiere favorecer el aprendizaje efectivo y ético del desempeño profesional desde la telesalud, particularmente cuando las restricciones sanitarias en el contexto de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 lo hacen apremiante (Molfenter *et al.*, 2021).

Dado que la telesupervisión es necesaria como una alternativa viable a la supervisión presencial en el contexto de la citada pandemia, el objetivo del presente estudio exploratorio consistió en evaluar el efecto de un programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea sobre las habilidades clínicas de terapeutas cognitivo-conductuales en formación en contextos hospitalarios.

MÉTODO

Participantes

Participaron seis estudiantes de los últimos semestres o egresados de la Licenciatura en Psicología, interesados en recibir entrenamiento en línea como terapeutas cognitivo-conductuales para atender pacientes con enfermedades crónicas. Los participantes se reclutaron mediante la coordinación de materias relacionadas con la psicología clínica y de la salud basadas en evidencia en una universidad privada de la Ciudad de México. Se incluyeron los estudiantes que firmaron un formato de consentimiento informado para participar en la investigación.

Sexo, edad y datos académicos de los participantes

Se obtuvieron datos de antecedentes académicos y personales de los participantes, así como la percepción sobre las propias habilidades clínicas y personales del estudiante supervisado a través de una entrevista semiestructurada, diseñada y adap-

tada para el presente estudio, así como algunos datos sociodemográficos. La entrevista se basó en la revisión de la literatura científica sobre las habilidades personales y clínicas relevantes para el programa de TCC. A partir de los resultados piloto de una primera versión de la entrevista, se hicieron modificaciones al contenido y orden de las preguntas, refinándola hasta obtener su versión final, que incluyó 21 preguntas divididas en cuatro apartados: 1) datos personales y académicos, 2) experiencia profesional/clínica, 3) motivación y estilos de aprendizaje y 4) habilidades personales.

El programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea se aplicó a los seis supervisados: cuatro mujeres y dos varones, con mediana de edad de 21 años. Todos ellos habían satisfecho de 75 a 100% de los créditos de la licenciatura en Psicología y cursado las materias del área de psicología clínica y de la salud. En cuanto a la supervisión clínica, dado que la mayoría tenía alguna experiencia con ella, expresaron los beneficios que buscaban en el programa antes de recibirlo, como “poner a prueba los conocimientos aprendidos, la discusión de casos y mis habilidades”; “saber cómo abordar a los pacientes”; “redactar informes de evaluación”; “tener más confianza” “controlar las expresiones de juicio”; “observar mi participación activa”, y “mantener una respuesta objetiva” (Tabla 1).

Tabla 1. Información general de los supervisados.

P	Sexo	Edad	Avance de créditos escolares	Experiencia supervisada
1	Femenino	23	100%	No
2	Femenino	21	90%	Sí
3	Masculino	21	85%	Sí
4	Femenino	20	80%	Sí
5	Masculino	21	95%	Sí
6	Femenino	22	75%	Sí

P: Participante.

Diseño

Se trató de un estudio preexperimental que comparó la evaluación de conocimientos teóricos y

habilidades clínicas antes y después de la implementación del programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea.

Variables y medición

Las variables dependientes fueron los conocimientos sobre la TCC y las habilidades clínicas de los supervisados.

Conocimientos sobre la TCC

Dichos conocimientos se evaluaron mediante un cuestionario desarrollado y adaptado para este trabajo. Las dimensiones a evaluar incluyeron el conocimiento, la comprensión y la aplicación clínica de conceptos de la mencionada terapia. El cuestionario se construyó tras haber efectuado una revisión detallada de la literatura científica pertinente después de lo cual se obtuvo su validez de contenido (pertinencia y relevancia) con el auxilio de cinco jueces expertos con posgrado en el área.

La primera versión del citado cuestionario contenía 50 reactivos, pero con base en los resultados del jueceo se eliminaron dos, haciendo diversos ajustes sugeridos por los jueces al contenido y la redacción de los restantes.

Estos resultados generaron una nueva versión piloteada en una muestra ($n = 30$) de egresados de psicología. Después del análisis de discriminación y dificultad de los reactivos, se obtuvo una versión final compuesta por 28 reactivos. Se conservaron aquellos que oscilaron entre 0.15 a 0.39 en su índice de discriminación, y de 0.1 a 0.7 en el de dificultad. Las tres dimensiones resultantes fueron: *a*) Relación terapéutica, *b*) Conceptualización del caso y *c*) Intervención, con consistencias internas evaluadas con el coeficiente alfa de Cronbach de .403, .538 y .605, respectivamente (Sánchez, 2021).

Habilidades clínicas en la TCC

Se evaluaron mediante dos herramientas, siendo la primera el Instrumento de Evaluación del Desempeño del Supervisado (SPAI, por las siglas de *Supervisee Performance Assessment Instrument*) (Johnston, 2006). Después de obtener los permisos correspondientes, dos psicólogos con dominio del idioma

inglés lo tradujeron al español. Luego, esta versión fue traducida a la inversa por dos psicólogos expertos, distintos a los de la primera traducción, a fin de mantener la integridad del contenido (Callegaro, Figueiredo y Ruschel, 2012; International Test Commission, 2017).

Para obtener la validez de contenido de la versión en español, tras haber sido evaluada por once jueces expertos, las sugerencias de los mismos se integraron al instrumento. Esta segunda versión se aplicó a cien psicoterapeutas en formación, con experiencia. Finalmente, se incorporaron los comentarios relativos a esta última aplicación, lo que generó la versión final compuesta por 99 reactivos, con una consistencia interna α de 0.979, e integrada por seis habilidades clínicas: Intervención, Conceptualización, Diagnóstico y tratamiento, Personalización, Conducta profesional y Habilidades de supervisión.

Escala de Habilidades Terapéuticas del Supervisado en TCC

La segunda herramienta, es una adaptación de la versión en español de la Escala de Terapia Cognitiva (Maurino *et al.*, 2019; Young y Beck, 1980). Tres jueces expertos evaluaron el contenido respecto a su pertinencia y relevancia, mismo que se piloteó con dos juegos de roles que representaban una entrevista inicial; con el resultado, se construyó la versión final. El instrumento fue evaluado por clínicos que observaban el juego de roles e indicaban en qué grado se ponían en práctica once habilidades clínicas propias de la TCC durante dicho juego. Las respuestas se registraban en una escala Likert con recorrido de 1, “Nada bien/No lo hizo”, a 7, “Excelente”, con una opción adicional de “No aplica”.

Las habilidades que evalúa el instrumento son, a saber: *a*. Presentación (saludar de forma cálida al paciente y presentarse adecuadamente); *b*. Encuadre (preguntar sobre las experiencias del paciente con la psicoterapia); *c*. Identificación de sus expectativas y explicación de la forma de trabajo en la TCC; *d*. Comprensión (entender la realidad interna del paciente y responder comunicándose de manera verbal y no verbal con el mismo); *e*. Obtención de retroalimentación (hacer las pre-

guntas suficientes y adecuadas para asegurarse de que el paciente comprendió los puntos principales de la sesión); *f.* Efectividad interpersonal (mostrar niveles óptimos de calidez, preocupación por el paciente, confianza, autenticidad y profesionalismo); *g.* Colaboración (generar una adecuada colaboración y estimular al paciente para que asuma un rol activo durante la sesión); *h.* Establecimiento de límites en la relación terapéutica (conducta ética al establecer límites claros con el paciente); *i.* Resumen (integrar y resumir la información que el paciente proporciona en la sesión para delimitar el problema y la forma de trabajo); *j.* Cierre (cerrar la sesión en el tiempo establecido, concluir acerca de lo revisado en la sesión, brindar

al paciente instrucciones claras sobre las tareas o actividades en el hogar, asegurándose de que las comprenda), y *k.* Uso efectivo del tiempo (usar el tiempo de manera eficiente y limitar las discusiones no productivas o que se desvíen del tema central).

Variable independiente

El programa en línea se diseñó para desarrollar o reforzar habilidades clínicas en los supervisados mediante sesiones teóricas y prácticas y actividades clínicas. Las sesiones incluyeron atender a pacientes reales como coterapeutas o terapeutas. La Tabla 2 muestra la descripción de los temas incluidos en el programa.

Tabla 2. Contenido temático y organización de las actividades prácticas y clínicas.

Evaluación inicial			
Semanas (4 horas por semana)	Actividad teórica (2 horas)	Actividad práctica (1 hora)	Clínica (1 hora)
1	Enfermedad crónica.	Revisión de casos hipotéticos. Como coterapeuta del supervisor. Como terapeuta principal con el supervisor como coterapeuta.	Supervisión clínica. Un paciente por semana.
2	Relación terapéutica.		
3-4	Entrevista inicial.		
5	Formulación de caso.		
6	Psicodiagnóstico.		
7	Plan de tratamiento.		
8	Relajación.		
9	Modificación de conducta.		
10	Escritura emocional autorreflexiva.		
11	Solución de problemas.		
12	Reestructuración cognitiva.		
Evaluación post-supervisión			

Aunque al principio la supervisión clínica se había planeado para llevarse a cabo presencialmente, las medidas sanitarias durante debidas la pandemia de COVID-19 obligaron su aplicación en línea mediante la plataforma *Zoom*.

Condujeron las sesiones tres supervisoras, psicólogas clínicas con doctorado, con formación como terapeutas cognitivo-conductuales, con ocho años o más de experiencia en la atención de pacientes con enfermedades crónicas (cáncer de mama, cáncer hematológico y VIH-sida). La duración del programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea fue de doce semanas, con un total de 50 horas. Los participantes completaron las evalua-

ciones antes y después del programa y participaron en todas las actividades de supervisión por videoconferencia (teóricas, prácticas, frente a paciente y retroalimentación).

Las actividades teóricas y prácticas se realizaron en grupo mediante videoconferencia, y fueron dirigidas por una de las supervisoras principales en cada sesión. Las actividades clínicas (atención a pacientes y supervisión de cada caso atendido) se efectuaban asimismo vía videoconferencia en forma individual. Cada supervisora principal trabajaba con un participante (supervisado) que atendía a un paciente y revisaba con este específicamente el caso. Los roles de terapeuta y coterapeuta podían

variar dependiendo de las habilidades clínicas que mostrara el supervisado. En previsión de que los supervisados atendieran los casos tanto de cáncer de mama como de VIH, estuvieron cuatro semanas a cargo de cada una de las supervisoras revisando los casos y recibiendo la supervisión individual, además de cumplir simultáneamente las actividades teóricas y prácticas grupales.

Procedimiento

Una vez autorizado el programa por el coordinador de materias de psicología de la salud y clínica y psicología basadas en evidencia en una universidad privada de la Ciudad de México, se invitó a los estudiantes interesados a participar a través de una reunión virtual de inducción en la que se describió en detalle la forma de trabajo; los que aceptaron, firmaron una carta de consentimiento informado y respondieron la evaluación inicial. La entrevista semiestructurada y el juego de roles en entrevista clínica durante las reuniones virtuales se llevaron a cabo de forma individual.

A continuación, se dio curso al programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea. Una vez finalizado, se efectuó la evaluación final, que incluyó responder el SPAI y el cuestionario de conocimientos en Google Forms, y un juego de roles en entrevista clínica. Finalmente, en reunión virtual con los supervisados, cada integrante del grupo dio y recibió retroalimentación sobre sus resultados y evaluó el programa.

Análisis de datos

Se evaluó el índice de cambio clínico objetivo (Cardiel, 1994) para determinar si el cambio en las mediciones de las variables dependientes al final del programa de entrenamiento y supervisión en línea se ajustaba a ese criterio de significancia. Este índice considera significativos cambios mayores a 20%.

Adicionalmente, se calculó la significancia práctica mediante el tamaño del efecto con el índice d de Cohen para muestras relacionadas, cuyos criterios de interpretación son los siguientes: d igual o menor 0.20, cambio pequeño; d igual a

0.50, cambio moderado, y d igual o mayor a 0.80, cambio grande (Cohen, 1988; Morris y De Shon, 2002).

RESULTADOS

Según su propio informe verbal, las razones por las que los participantes decidieron ingresar al programa de supervisión fueron continuar su formación, profundizar en el programa cognitivo-conductual, adquirir experiencia, trabajar con pacientes, participar en un equipo multidisciplinario y desarrollar habilidades para la atención psicológica en hospitales. Entre las habilidades que los supervisados consideraron requerir para mejorar sus habilidades clínicas destacaron las siguientes: adquirir confianza y seguridad, lograr una mejor organización, búsqueda de información, comunicación, ser más analíticos, así como mejorar la escucha y reconocer el límite de sus capacidades.

Conocimientos sobre TCC

En la escala de *relación terapéutica*, que evalúa las habilidades del terapeuta para fomentar una adecuada relación terapéutica, los supervisados obtuvieron 100% de las respuestas correctas antes y después del programa de intervención. En la escala de *conceptualización del caso*, esto es, el conocimiento teórico aplicado a la búsqueda del diagnóstico y planificación del proceso terapéutico a través de la definición de las variables basadas en la teoría conductual y psicopatológica, hubo una pequeña disminución del puntaje de respuestas correctas en cinco de los seis supervisados. En la escala de *intervención*, o sea, la aplicación de principios y técnicas con un objetivo terapéutico, se observó un incremento en el porcentaje de respuestas correctas en cinco supervisados, con un aumento significativo que representa un tamaño del efecto moderado ($d = .63$) para esta escala. El cambio clínico objetivo (CCO) de cada participante y el tamaño del efecto en cada escala del cuestionario se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. Puntajes de comprensión y aplicación de conceptos de la terapia cognitivo-conductual.

Escala	P	Pre	Post	CCO	Mínimo		Máximo		Media		<i>d</i>
					Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
Total	1	57.14	71.43	.25*	50.0	46.4	67.8	71.4	61.3	61.3	0
	2	64.29	71.43	.11							
	3	50	46.43	-.07							
	4	64.2	57.1	-.11							
	5	67.8	57.1	-.16							
	6	64.2	64.2	0							
Relación terapéutica	1	100	100	0	100	100	100	100	100	100	0
	2	100	100	0							
	3	100	100	0							
	4	100	100	0							
	5	100	100	0							
	6	100	100	0							
Conceptualización de caso	1	76.9	69.2	-.10	61.5	30.8	76.9	76.9	66.6	55.1	-1.84**
	2	69.2	76.9	.11							
	3	61.5	30.7	-.50*							
	4	61.5	46.1	-.25*							
	5	69.2	53.8	-.22*							
	6	61.5	53.8	-.13							
Intervención	1	41.66	66.66	.60*	25	50	63.6	72.7	48.5	59.5	.63**
	2	33.33	58.33	.75*							
	3	25	50	1.00*							
	4	63.6	63.6	0							
	5	63.6	45.4	-.29*							
	6	63.6	72.7	.14							

Nota: Los instrumentos dan calificaciones en porcentajes, donde 100 significa que todas las respuestas fueron correctas. El Cambio Clínico Objetivo (CCO) indica que sólo cambios superiores a 0.20 son significativos. Los valores negativos indican cambios contrarios a lo esperado. El Índice *d* de Cohen indica: *mejoría pequeña igual o menor a .20; **mejoría moderada igual a 0.50 y ***mejoría grande: igual o mayor a 0.80. En la tabla, P significa "Participante".

La disminución de puntajes en la escala de conceptualización del caso condujo a la revisión del contenido de los reactivos con las siguientes conclusiones: tres mostraron más errores, específicamente en la *conceptualización cognitiva* del caso (identificación de pensamientos automáticos y creencias centrales) y en la integración de diversos síntomas para hacer impresión diagnóstica.

Habilidades clínicas en la terapia cognitivo conductual

Desempeño del supervisado (SPAI)

La mayoría de los participantes mostró una mejoría significativa en las escalas de Habilidades de intervención y de Conceptualización. Las puntuaciones del SPAI de cada participante antes y después del entrenamiento y supervisión clínica se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4. Puntajes obtenidos en el instrumento SPAI.

Escala	P	Pre	Post	CCO	Mínimo		Máximo		Media		<i>d</i>
					Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
Habilidades de intervención	1	72.72	93.9	.29*	41.8	82.4	90.3	98.1	70.8	93.0	1.37***
	2	70.3	95.1	.35*							
	3	80	92.1	.15							
	4	69.7	96.3	.38*							
	5	90.3	98.1	.08							
	6	41.8	82.4	.97*							
Habilidades de conceptualización	1	77.5	97.5	.25*	40	82.5	90	98.7	73.5	92.7	1.09***
	2	80	98.7	.23*							
	3	82.5	91.2	.10							
	4	71.2	88.7	.24*							
	5	90	97.5	.08							
	6	40	82.5	1.06*							
Diagnóstico y tratamiento	1	100	100	0	53.5	80	100	100	83.3	94.4	.63**
	2	86.6	93.3	.07							
	3	86.6	100	.15							
	4	73.3	80	.09							
	5	100	100	0							
	6	53.3	93.3	.75*							
Habilidades de personalización	1	85.3	96	.12	61.3	70.6	88	100	82.2	93.1	1.06***
	2	85.3	96	.12							
	3	86.6	100	.15							
	4	86.6	96	.10							
	5	88.	100	.13							
	6	61.3	70.6	.15							
Conducta profesional	1	95	97	.02	84	88	95	100	90.1	95.3	1.12***
	2	89	94	.05							
	3	92	94	.02							
	4	86	99	.15							
	5	95	100	.05							
	6	84	88	.04							
Habilidades de supervisión	1	100	100	0	81.6	91.6	100	100	94.1	95.5	.20*
	2	93.3	93.3	0							
	3	93.3	93.3	0							
	4	98.3	95	-.03							
	5	98.3	100	.01							
	6	81.6	91.6	.12							

Nota: Los instrumentos obtienen calificaciones en términos de porcentajes, donde 100 significa que todas las respuestas fueron correctas. El Cambio Clínico Objetivo (CCO) estima que sólo cambios superiores a 0.20 son clínicamente significativos, *Puntuaciones clínicamente significativas, los valores negativos indican cambios contrario a lo esperado. La interpretación del Índice *d* de Cohen (*d*) es: cambio pequeño *: igual o menor a .20, cambio moderado **: igual a 0.50 y cambio grande: igual o mayor a 0.80 ***. En la tabla, P significa "Participante".

Escala de Habilidades Terapéuticas

La Tabla 5 muestra las puntuaciones en la Escala de Habilidades Terapéuticas de cada participante antes y después del programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea. Los participantes exhibieron una mejoría significativa en todas las escalas.

Las habilidades del terapeuta en las que hubo un tamaño del efecto grande fueron, a saber: 1) *colaboración* ($d = 36.6$): generar colaboración con el cliente; 2) *cierre* ($d = 31.6$): lograr un cierre adecuado en el tiempo establecido, concluir sobre lo revisado en la sesión e impartir instrucciones claras sobre tareas o actividades para el hogar, asegurándose de que se comprendan); 3) *obtener retroalimentación* ($d = 4.8$): formular preguntas suficientes y adecuadas para asegurarse de que el paciente comprendió el propósito y se mostró satisfecho; 4) *uso efectivo del tiempo* ($d = 1.8$): uso

eficiente de la sesión, limitando las discusiones no productivas; 5) *encuadre* ($d = 1.3$): preguntar sobre las experiencias del paciente con la terapia psicológica, identificar sus expectativas y explicarle la forma de trabajo en la terapia; 6) *resumen* ($d = 1.1$): integrar y resumir la información proporcionada por el paciente para delimitar el problema y la forma de trabajo, y 7) *comprensión* ($d = .85$): entender la realidad interna del paciente y responderle verbal y no verbalmente, mostrando empatía y una escucha activa.

Un tamaño del efecto moderado ocurrió en las siguientes escalas de habilidades del terapeuta: 1) *presentación* ($d = .47$): saludo cálido y presentación adecuada ante el paciente, y *efectividad interpersonal* ($d = .47$): mostrar niveles adecuados de calidez, preocupación por el paciente y confidencialidad, autenticidad y profesionalismo (Tabla 5).

Tabla 5. Puntajes obtenidos en la evaluación del role playing a través de la Escala de Habilidades Terapéuticas del Supervisado en la terapia cognitivo-conductual.

Escala	P	Pre	Post	CCO	Mínimo		Máximo		Media		d
					Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
Presentación	1	7	7	0	1	7	5	7	5.2	6.5	.46**
	2	7	7	0							
	3	7	6	-.14							
	4	1	7	6							
	5	2	7	2.5*							
	6	7	5	-.28*							
Encuadre	1	2	3	.5	1	1	6	7	1	6	.70**
	2	1	1	0							
	3	2	6	2*							
	4	2	6	2*							
	5	6	6	0							
	6	1	7	6*							
Comprensión	1	7	7	0	1	4	6	7	3	5.3	.44**
	2	2	6	2*							
	3	1	2	1*							
	4	1	4	3*							
	5	6	7	.16							
	6	1	6	5*							

Continúa...

Escala	P	Pre	Post	CCO	Mínimo		Máximo		Media		<i>d</i>
					Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
Obtener retroalimentación	1	1	2	1*	1	1	2	6	1.3	3.8	2.5***
	2	1	2	1*							
	3	2	1	-.5*							
	4	1	6	5*							
	5	2	6	2*							
	6	1	6	5*							
Efectividad interpersonal	1	7	7	0	1	2	7	7	3.5	4.8	.25*
	2	3	3	0							
	3	1	2	1*							
	4	1	4	3*							
	5	7	7	0							
	6	2	6	2*							
Colaboración	1	1	6	5*	1	1	1	7	1	4.6	3.6***
	2	1	1	0							
	3	1	2	1*							
	4	1	5	4*							
	5	1	7	6*							
	6	1	7	6*							
Resumen	1	5	3	-.4*	1	1	5	7	1.6	2.4	1.1***
	2	1	2	1*							
	3	1	2	1*							
	4	1	1	0							
	5	1	6	5*							
	6	1	7	6*							
Cierre	1	1	4	3*	1	1	1	7	1	4.2	3.2***
	2	1	1	0							
	3	1	1	0							
	4	1	6	5*							
	5	1	6	5*							
	6	1	7	6*							
Uso efectivo del tiempo	1	4	5	.25*	1	1	4	7	1.3	2.0	1.7***
	2	1	1	0							
	3	1	3	2*							
	4	1	4	3*							
	5	3	5	.66							
	6	1	7	6*							

Nota: La escala de calificación de este instrumento oscila de 1 = nada bien/no lo hizo, hasta 7 = excelente. El CCO estima que solo cambios superiores a 0.20 son significativos, *Puntuaciones clínicamente significativas, los valores negativos indican cambios contrario a lo esperado. La interpretación del Índice *d* de Cohen (*d*) es: cambio pequeño *: igual o menor a .20, cambio moderado **: igual a 0.50 y cambio grande ***: igual o mayor a 0.80. En la tabla, P significa "Participante".

Finalmente, la Escala de Límites en la Relación Terapéutica, que incluye mostrar una conducta ética al establecer límites claros con el paciente y explicarle cómo esto ayuda a una buena relación, no se examinó en detalle ya que en todos los casos la respuesta del observador fue la de “no aplica”.

DISCUSIÓN

El presente estudio piloto tuvo como objetivo evaluar el efecto de un programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea sobre las habilidades clínicas de terapeutas cognitivo-conductuales en formación. Los principales hallazgos de esta investigación indican que el programa es viable y genera o mejora destrezas clínicas indispensables en la atención a pacientes crónicos. Estos resultados positivos muestran que la telesupervisión es una estrategia efectiva, particularmente ante las restricciones sanitarias debidas la pandemia por el virus SARS-CoV-2.

Tales hallazgos extienden los de otros trabajos hechos en otros países en el sentido de agregar validez ecológica para las condiciones culturales y sanitarias presentes en México durante la realización del estudio. Es interesante apreciar que los resultados suelen ser aplicables tanto antes (Bajpai *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2018) como después de implementarse las medidas de cuarentena o distanciamiento interpersonal (Bell, 2020; Tarlow *et al.*, 2020; Rodríguez, Reyes y Cepeda, 2020).

En general, los resultados de diversos estudios convergen en documentar que los programas de formación, capacitación y práctica clínica supervisada son esenciales para promover una considerable mejoría en las habilidades clínicas de los psicoterapeutas y reducir los errores en la asistencia psicológica. Adicionalmente, destacan que la enseñanza virtual muestra que las mejoras en la formación práctica de los supervisados son viables y efectivas al aumentar la calidad de la atención psicológica (De la Rosa, Gómez, González, Rueda y Rivera, 2017).

Los presentes hallazgos sobre la mejoría en las habilidades clínicas observadas y registradas *directamente* también coinciden con los de estudios que utilizaron la Escalas de Terapia Cognitiva

(ETC) de Young y Beck (1980) para la supervisión presencial y en línea (De la Rosa *et al.*, 2017; Rakovshik, McManus, Vazquez, Muse y Ougrin (2016); Sabra y Daigham, 2021), lo que destaca que la evaluación a través de observación directa es un indicador adecuado y confiable.

Aunque algunos autores proponen evaluar el efecto de la supervisión a través del autorreporte de los supervisados (principalmente Rakovshik *et al.* [2016] y Sabra y Daigham [2021]), es importante conocer la percepción que los terapeutas cognitivo-conductuales tienen de sus habilidades clínicas en su proceso de formación, ya que ello afecta su autoeficacia en la atención del paciente (Johnston, 2006). Así, esta investigación incluyó las dos estrategias al agregar la observación directa, mostrando ambas aproximaciones una mejoría a partir del programa. La convergencia de las dos formas de evaluar las habilidades clínicas agrega robustez a los presentes hallazgos y permite controlar sesgos tales como la deseabilidad social o el efecto halo (Gonsalvez y Crowe, 2018).

El estudio aquí reportado consideró una tercera evaluación, ahora sobre los conocimientos de los supervisados sobre los diversos elementos de la competencia clínica. Los resultados muestran mejoría solo en los conocimientos sobre la intervención, ya que desde la preevaluación los participantes obtuvieron los puntajes máximos, con una leve disminución en los conocimientos sobre la conceptualización de caso. Tales resultados subrayan la importancia de poner énfasis en este aspecto y de vincularlo con la práctica clínica para aclarar las dudas que tengan los supervisados, en virtud de su relevancia para un plan de tratamiento adecuado. Así, los resultados en general sobre el aumento de conocimientos coinciden con los de otros estudios que señalan que la instrucción en línea es efectiva al formar profesionales de la salud (Bajpai *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2018).

El mejoramiento de las dimensiones entrenadas en el presente trabajo resultó ser razonablemente confiable al reflejarse en tendencias consistentes en la mayoría de las variables. Los resultados indican que se requiere resaltar algunos aspectos conceptuales de los conocimientos sobre la integración de cada caso. Se sugiere vincularlos de forma más explícita con la práctica, y quizá

ampliar la cantidad de horas dedicadas a revisar el tópico.

Al tratarse de un estudio piloto, el presente muestra limitaciones que los autores proponen usar como sugerencias para investigaciones futuras. Una se deriva de que no fue posible incluir un grupo de comparación que explorase los cambios atribuibles a la motivación, las expectativas de los participantes y su tipo de experiencia. También se propone ampliar el número de participantes y quizá la forma de selección, pues podría representar un sesgo si solo se incluyen aleatoriamente participantes muy motivados. Finalmente, se recomienda agregar un seguimiento a fin de identificar si la adquisición e incremento de las habilidades clínicas permanece o se refuerza con una práctica adicional.

Es importante efectuar estudios futuros en esta línea de investigación considerando las características actuales de atención a los pacientes con enfermedades crónicas en instituciones de salud similares a las mexicanas.

El presente trabajo se destaca por utilizar distintas herramientas que complementan la evaluación de su efecto. Se integraron la percepción del supervisado y la del supervisor sobre una visión más integral del efecto de la inspección a la innovación del formato virtual, en cuanto que la supervisión clínica redundaba en beneficio de los usuarios con enfermedades crónicas. Finalmente, convendría llevar a cabo estudios que examinen la contribución relativa de los componentes de la telesupervisión sobre su eficacia y en su efecto final en el funcionamiento de los pacientes.

AGRADECIMIENTOS

La realización de este estudio fue posible gracias al financiamiento otorgado por la Universidad Nacional Autónoma de México, a través del Programa de Apoyo a Proyectos para Innovar y Mejorar la Educación (PAPIME), al proyecto PE314319, dirigido por el último autor: “Manual interactivo de supervisión clínica dirigido a supervisores y supervisados para atender pacientes con enfermedades crónicas”.

Citación: Caballero-Suárez, N.P., Gálvez-Hernández, C.L., Huerta-Barrientos, C., Monroy-Ortiz, I.C., Sánchez-Ramos, S.M. y Sánchez-Sosa, J.J. (2023). Programa de supervisión clínica en línea para terapeutas cognitivo-conductuales en contextos hospitalarios: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 33(2), 427-439. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2825>.

REFERENCIAS

- Abramson, A. y Fleming, N. (2021). Beneficios de la formación a distancia. *APA Monitor*, 52(6), 46-48.
- American Psychological Association (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*. Washington: APA. Recuperado de <http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>.
- Bajpai, S., Semwal, M., Bajpai, R., Car, J. y Ho, A. (2019). Health Professions' Digital Education: Review of learning theories in randomized controlled trials by the Digital Health Education collaboration. *Journal of Medical Internet Research*, 21(3), e12912. Doi: 10.2196/12912.
- Bell, D.J. (2020). Telehealth visits during the COVID-19 pandemic. *Journal of Orthopaedic Experience & Innovation*. Recuperado de <https://journaloei.scholasticahq.com/article/12610>.
- Bell, D.J., Self, M.M., Davis III, C., Conway, F., Washburn, J.J. y Crepeau-Hobson, F. (2020). Health service psychology education and training in the time of COVID-19: Challenges and opportunities. *American Psychologist*, 75(7), 919-932. Doi: 10.1037/amp0000673.
- Bernhard, P.A. y Camins, J.S. (2020). Supervision from Afar: Trainees' perspectives on telesupervision. *Counselling Psychology Quarterly*. Advance online publication. Doi: 10.1080/09515070.2020.1770697.
- Callegaro, J., Figueiredo, B. y Ruschel, D. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: Some considerations. *Paidéia*, 22(53), 423-432. Doi: 10.1590/1982-43272253201314.
- Cardiel R., M. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano V. y H. García R. (Eds.): *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: LEA.
- De la Rosa G., A., González P., M., Rueda T., J. y Rivera B., J. (2017). La práctica supervisada mediada por tecnología como escenario para la enseñanza de competencias clínicas. *Hamut'ay*, 4(1), 75-84. Doi: 10.21503/hamu.v4i1.1396.
- Gonsalvez, C. y Crowe, T. (2018). Evaluation of psychology practitioner competence. *The American Journal of Psychotherapy*, 68(2), 141-272.
- International Test Commission (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests* (2nd ed.). Hemel Hempstead (England): ITC.
- Johnston, K. (2006). *Defining the nature and outcomes of Australian professional supervision: Applying holloway's systems approach*. Tesis doctoral. Queensland (Australia): Queensland University of Technology.
- Kavanagh, D.J., Bennett-Levy, J. y Crow, N.A. (2002). A cognitive-behavioural approach to supervision. En M. McMahon y W. Patton (Eds.): *Supervision in the helping professions: A practical approach* (pp. 131-141). Sidney: Pearson Education Australia.
- Maurino, L., Miranda, A.L., Moretti, L., Flores-Kanter, P.E., Casari, L. y Medrano, L.A. (2019). Evaluación de la competencia terapéutica: consistencia interna y acuerdo inter-jueces de la Escala de Terapia Cognitiva (CTS). *Informes Psicológicos*, 19(2), 95-107. Doi: 10.18566/infpsic.v19n2a07.
- Molfenter, T., Heitkamp, T., Murphy, A.A., Tapscott, S., Behlman, S. y Cody, O.J. (2021). Use of telehealth in mental health (MH) services during and after COVID-19. *Community Mental Health Journal* (Advance online publication). Doi: 10.1007/s10597-021-00861-2.
- Morris, S.B. y DeShon, R.P. (2002). Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent groups designs. *Psychological Methods*, 7(1), 105-125. Doi: 10.1037//1082-989X.7.1.105.
- Pratt, K.J. y Lamson, A.L. (2012). Supervision in behavioral health: Implications for students, interns, and new professionals. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39(3), 285-294. Doi: 10.1007/s11414-011-9267-6.
- Rakovshik, S.G., McManus, F., Vazquez-Montes, M., Muse, K. y Ougrin, D. (2016). Is supervision necessary? Examining the effects of internet-based CBT training with and without supervision. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(3), 191-199. Doi: 10.1037/ccp0000079.
- Rodríguez D., G.D., Reyes, E. y Cepeda H., P.S. (2020). Experiencias y consideraciones para el adiestramiento clínico en programas de psicología profesional en tiempos del COVID-19. *Ciencias de la Conducta*, 35(1), 119-156. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/347522655_Experiencias_y_Consideraciones_para_el_Adiestramiento_Clinico_en_Programas_de_Psicologia_Profesional_en_tiempos_del_COVID-19.
- Sabra, Z.E.I. y Daigham, A.I. (2021). The effect of cognitive behavioral therapy training program on reducing emotional and social distress: Three years follow up. *International Journal of Science Annals*, 4(1), 16-21. Doi: 10.26697/ijsa.2021.1.3.
- Sánchez R., S.M. (2021). *Supervisión en terapia cognitivo conductual: diseño de una prueba*. Tesis de Licenciatura. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Souza, C.L.E., Mattos, L.B., Stein, A.T., Rosário, P. y Magalhães, C.R. (2018). Face-to-face and distance education modalities in the training of healthcare professionals: A quasi-experimental study. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 1557. Doi: 10.3389/fpsyg.2018.01557.
- Tarlow, K.R., McCord, C.E., Nelson, J.L. y Bernhard, P.A. (2020). Comparing in person supervision and telesupervision: A multiple baseline single case study. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 383-393. Doi: 10.1037/int0000210.
- Young, J. y Beck, A.T. (1980). *Cognitive Therapy Scale rating manual* (Unpublished manuscript). Philadelphia, PA: University of Pennsylvania.
- Worrall, J.M. y Fruzzetti, A.E. (2009). Improving peer supervisor ratings of therapist performance in dialectical behavior therapy: An Internet-based training system. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 476-479.