

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE POSTGRADO**



**LA SUPERVISIÓN EN LA DOCENCIA DE POSTGRADO DE  
PSIQUIATRÍA EN LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA UNIVERSITARIA DE LA  
UNIVERSIDAD DE CHILE: LA PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES**

**MARÍA FRANCISCA DECEBAL-CUZA GALEB**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAGÍSTER EN EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**Directora de tesis: Prof. Dra. Christel Hanne Altermatt**

**2019**

UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE POSTGRADO

## **INFORME DE APROBACION TESIS DE MAGISTER**

**Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magister presentada por la candidata**

*MARÍA FRANCISCA DECEBAL-CUZA GALEB*

**ha sido aprobada por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de Magister en Educación en Ciencias de la Salud en el Examen de Defensa de Tesis rendido el día 21 de enero de 2019**

**Prof. Dra. Christel Hanne Altermatt**  
Directora de Tesis  
(lugar)

### **COMISION INFORMANTE DE TESIS**

**Prof. Dra. Carmen Gloria Rosti6n**

**Prof. Dra. Eleana Oyarz6n**

**Prof. Martin Saavedra**  
Presidente Comisi6n

A mis papás, por regalarme la vida  
A mis hijos, por llenarla de sentido  
A mi marido, por acompañarme a vivirla

## Agradecimientos

En primer lugar, gracias a la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile por ser el lugar que me forjó como psiquiatra y donde descubrí mi pasión por la docencia. Gracias a sus autoridades y a tantos maestros y amigos que me ayudaron de diferentes maneras en este largo y siempre inconcluso proceso de formación; Doctores Fernando Ivanovic-Zuvic, Jonathan Véliz, Luis Risco, Pablo Arancibia, Jaime Solís, Rosemarie Fritsch, Alejandra Ramírez, Sonia Jerez, Pedro Eva, Hernán Silva, Tamara Galleguillos, Patricia Tapia, Carlos Ibáñez, Julio Pallavicini, Paul Vöhringer, Álvaro Tala, Carolina Zárate, Andrea Leslie, Carmen Elena Castillo, Rodrigo Morales, Rose Mary Espinoza, Jorge Esteban Riquelme, Manuel Sánchez, Óscar Toledo y tanto otros compañeros de ruta.

Gracias también a María Angélica Montenegro, Cristian Montes, Claudia Orstein, Jacqueline Medel, Soledad Díaz y Cecilia Bustamante. Gracias póstumas a la Bertita.

Gracias a la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, donde tuve el privilegio de trabajar cuando me inicié en el camino de la Educación en Ciencias de la salud. Doctoras Gisela Alarcón y Graciela Rojas. También José, Rigoberto, Consuelo, Karina, Ester, Elba y Cherie. Los llevo en mis recuerdos y mi corazón.

Gracias infinitas a mi directora de tesis, Dra. Christel Hanne, por su paciencia, dedicación y siempre buena voluntad. Gracias a Camila Carril por su enorme aporte en la ejecución de la investigación. Gracias a mis compañeros de magister por el apoyo moral.

Gracias a mi familia de Psifam, por su cariño incondicional. Rodolfo, Macarena, Claudia y Paula, espero seguir muchos años trabajando junto a ustedes. Lorena, nunca olvidaré que leíste estas páginas de principio a fin, con una sonrisa en la cara.

Gracias al fantástico equipo de GSK, por confiar en mí y darme aliento cuando las fuerzas flaqueaban. Mariana, Patricio, Pilar, Federico, Milva, Marjorie, Lissette, Camila, Griselle, Consuelo, Inge, Pablo y Rodrigo.

Gracias a mis buenas amigas, Loreto, Paulina, Sandra, Valeria, Rocío, Dinka, Patricia, Victoria y mi hermana Fernanda, por seguirme queriendo a pesar de mi ingratitud durante estos años de estudio. Gracias, linda y eterna Kekita, por recordarme cuáles son las cosas verdaderamente importantes de la vida. Brilla por siempre en ese cielo...

Por último, pero ciertamente lo más importante, gracias a Cristián, mi marido y mi partner en lo cotidiano y lo surrealista, porque nada de esto habría sido posible sin ti. Gracias a mis hijos, Dominga y Juan José, por cada minuto de su infancia que me regalaron con ingenua generosidad. Las palabras no alcanzan para decir cuánto los amo.

## Índice

	<b>Página</b>
<b>1) Resumen</b> .....	5
<b>2) Abstract</b> .....	6
<b>3) Introducción</b> .....	7
<b>4) Marco Teórico</b> .....	11
<b>Marco referencial y conceptual</b> .....	11
Construcción de la búsqueda .....	11
La supervisión en las carreras del área de la salud .....	14
Supervisión vs <i>mentorship</i> .....	16
La Psiquiatría como especialidad médica .....	16
Supervisión en Psicología .....	17
Supervisión en Medicina .....	19
La Supervisión en Psiquiatría .....	21
Estudios cualitativos en el área .....	26
<b>Marco metodológico</b> .....	29
<b>5) Formulación del Problema y Preguntas de Investigación</b> .....	31
<b>6) Supuestos de Investigación</b> .....	32
<b>7) Objetivos</b> .....	33
<b>8) Diseño Metodológico</b> .....	34
<b>Caracterización del campo de investigación</b> .....	34
<b>Definición de la población en estudio y de la muestra</b> .....	34
<b>Instrumentos de recolección de datos a emplear</b> .....	35
<b>Validación de los instrumentos</b> .....	35
<b>Criterios de rigor</b> .....	36
<b>Análisis</b> .....	37
<b>Resguardos éticos</b> .....	38
<b>9) Resultados</b> .....	40
<b>10) Discusión</b> .....	59
<b>11) Conclusiones</b> .....	64
<b>12) Bibliografía</b> .....	71
<b>ANEXOS</b> .....	75

## 1) Resumen

Pese a la relevancia de la supervisión en la formación de postgrado de psiquiatría, ésta constituye uno de los temas menos estudiados en educación médica, lo que sucede también en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile (CPU) donde, aunque los residentes realizan periódicamente evaluaciones sobre la calidad de la supervisión que reciben, no se han dado instancias de carácter reflexivo a nivel institucional, enfocadas en entender mejor la orgánica de esta instancia formativa.

El objetivo central de este trabajo fue comprender los aspectos esenciales de la supervisión en psiquiatría en términos de sus propósitos, funcionamiento y su relevancia dentro del proceso formativo, de acuerdo a la percepción de los residentes de la CPU.

La metodología utilizada implicó el desarrollo de una investigación cualitativa desde la *Grounded Theory*, por medio de grupos de discusión y entrevistas individuales con residentes del Programa de Formación en Psiquiatría de Adultos de la CPU, que correspondía a un universo de 24 individuos.

Se logró entrevistar a 8 residentes, lo que permitió profundizar en los aspectos esenciales subjetivos de la supervisión en psiquiatría, que habían sido escasamente explorados con metodologías cualitativas. Los resultados fueron en su mayoría concordantes con la literatura internacional disponible, reconociendo el rol central de la supervisión en la formación de los futuros psiquiatras y confirmando que los factores más influyentes en la experiencia de aprendizaje tienen que ver con las competencias profesionales y docentes del supervisor y la relación que se establece entre el supervisor y el supervisado. Una temática emergente en esta institución fue la imprescindibilidad de un ambiente de confianza para supervisar y la existencia de grados variables de paranoia frente al supervisor a lo largo del proceso formativo.

## **2) Abstract**

Despite the relevance of supervision in postgraduate training in psychiatry, this is one of the least studied subjects in medical education, which also happens in the University Psychiatric Clinic of the University of Chile (CPU) where, although residents perform periodical evaluations on the quality of the supervision they receive, there have been no instances of reflective nature at the institutional level, focused on better understanding the organic of this training instance.

The main objective of this study was to understand the essential aspects of supervision in psychiatry in terms of its purposes, functioning and its relevance within the training process, according to the perception of the residents of the CPU.

The methodology involved the development of qualitative research from the Grounded Theory, through discussion groups and individual interviews with residents of the Adult Psychiatry Training Program of the CPU, which corresponded to a universe of 24 individuals.

Eight residents were interviewed, which allowed to delve into the essential subjective aspects of supervision in psychiatry, which had been scarcely explored with qualitative methodologies. The results were mostly concordant with the international literature available, recognizing the central role of supervision in the training of future psychiatrists and confirming that the most influential factors in the learning experience have to do with the professional and teacher competencies of the supervisor and the relationship established between the supervisor and the trainee. An emerging theme in this institution was the indispensability of an environment of trust for the supervision to be delivered and the existence of varying degrees of paranoia towards the supervisor throughout the training process.

### 3) Introducción

En nuestro país existen numerosos programas de postítulo en psiquiatría de adultos (Universidad de Chile, Universidad Católica de Chile, Universidad de Valparaíso, Universidad de Santiago de Chile, Universidad de Los Andes, Universidad Mayor, Universidad Andrés Bello, Universidad Diego Portales, etc.). La duración de todos ellos es de tres años con dedicación completa (Zisook, Balon, Bjo, Sidhartha, & Yoo, 2007) y la mayoría de las instituciones cuenta con diferentes centros formadores. Por su parte, la Universidad de Chile posee en la actualidad tres campus clínicos que imparten la especialización (Universidad de Chile, 2018):

- 1) Campus Norte: El programa se desarrolla principalmente en la Clínica Psiquiátrica Universitaria (CPU)
- 2) Campus Oriente: Hospital El Salvador
- 3) Campus Sur: Hospital Barros Luco Trudeau

La Universidad de Chile establece su institucionalidad universitaria en el “Estatuto de la Universidad de Chile”, modificado en marzo de 2006. Dicho Estatuto la define como una Persona Jurídica de Derecho Público Autónoma, Institución Superior de carácter nacional y público, con patrimonio propio, y plena autonomía. La Universidad realiza funciones de docencia, creación y extensión, con énfasis en la investigación y el postgrado y promueve valores como “tolerancia, pluralismo y equidad, independencia intelectual y libertad de pensamiento, así como también del respeto, promoción y preservación de la diversidad” (Universidad de Chile, 2017). De todo lo anterior, se desprende que la Clínica Psiquiátrica Universitaria, como parte activa de la Universidad de Chile, recibe estudiantes de postgrado diversos, buscando congregar particularmente a aquellos con mayores méritos académicos, a fin de garantizar la mantención de su impronta de excelencia en la formación de psiquiatras para el país.

Al Programa de Formación de Especialistas de Psiquiatría Adultos de la CPU ingresan postulantes mediante distintos mecanismos, existiendo cupos para estudiantes de la última promoción de egresados de medicina, promociones anteriores y médicos de retorno de la etapa de destinación y formación. Existen, además, diferentes modalidades de financiamiento, lo que hace complejo el sistema de selección en cuanto a oportunidades, ya que éste se encuentra interferido por cambios de normativa y



destinaciones en cupos definidos por el Ministerio de Salud. Al momento del inicio de la presente investigación, existía un total de 24 residentes de Psiquiatría de Adultos en formación en la CPU, repartidos entre primero, segundo y tercer año del programa, siendo uno de los centros formadores más importantes a nivel nacional en números absolutos.

La CPU está inserta en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH), un centro hospitalario de tipo 1, que desarrolla una importante labor asistencial con atención cerrada y ambulatoria, así como docencia de pre y postgrado de todas las especialidades primarias y derivadas de la medicina. Sólo a contar del año 2015, comenzaron a realizarse las gestiones internas entre los tres campus clínicos para iniciar el proceso de acreditación del programa de formación de especialistas en psiquiatría adultos, lo que ha obligado a la CPU a una revisión continua de sus procesos formativos, pese a que aún no se consigue dicha acreditación (ÁpiceChile, 2018).

La metodología central de enseñanza en el programa de formación de especialistas en psiquiatría adultos se caracteriza por la interacción directa entre el estudiante y el docente (supervisión), de acuerdo al nivel en que se encuentra el residente, asociado a un sistema de evaluación conocido, sistemático y permanente, que beneficia y cautela el aprendizaje efectivo de los residentes.

El programa se compone de siete asignaturas, regidas por un Decreto Universitario (Universidad de Chile, 2018):

- Bases Teóricas de la Psiquiatría
- Psicopatología y Clínica en Hospitalizados
- Psicopatología y Clínica en Ambulatorio
- Psiquiatría Social y Salud Mental
- Neurología
- Electivo
- Psiquiatría Infantil y Juvenil

El cumplimiento de los objetivos de cada una de estas asignaturas se desarrolla a lo largo de una o varias rotaciones a través de las distintas unidades, en torno a las cuales se organiza la labor docente-asistencial en la CPU. De esta manera, la asignatura de Psicopatología y Clínica en Hospitalizados implica rotaciones en la Unidad de Trastornos Bipolares, Trastornos de Personalidad, Farmacodependencias, Hospitalización General y Psiquiatría de Enlace. La asignatura de Psicopatología y Clínica en Ambulatorio implica

rotaciones en la Unidad de Atención Ambulatoria y Psicoterapia. La asignatura de Psiquiatría Social y Salud Mental incluye una rotación en la Unidad de Psiquiatría Comunitaria. Bases Teóricas de la Psiquiatría se imparte en un curso común de clases expositivas, dirigido a los residentes de primer y segundo año, por lo que no implica una rotación específica susceptible de ser supervisada y no se incorporará en la presente investigación. Las restantes asignaturas (Neurología, Electivo y Psiquiatría Infantil y Juvenil) se realizan por académicos que no pertenecen al Claustro Académico de Psiquiatría Adultos, de modo que tampoco se incluirán para efectos de esta investigación.

En la CPU, la experiencia de aprendizaje y el desarrollo de habilidades son supervisados en forma directa por los psiquiatras y profesionales de la salud mental de cada unidad. Los residentes realizan periódicamente evaluaciones sobre la calidad de los supervisores y las supervisiones que reciben en cada rotación, utilizando cuestionarios estandarizados diseñados en conjunto por estudiantes y académicos (ANEXO 1). Lamentablemente, existe entre los residentes la percepción de que dichas evaluaciones parecen no tener un impacto real en modificar los aspectos deficientes. Lo anterior podría deberse, entre otros factores, a que no se han generado suficientes instancias oficiales que permitan utilizar de manera constructiva las críticas de los estudiantes hacia el proceso de supervisión. De igual manera, tampoco se han dado espacios de reflexión dentro de la comunidad educativa, destinados a comprender mejor qué es y cómo funciona esta herramienta docente.

En términos generales, la supervisión se entiende como el “manejo mediante la inspección del desempeño u operación de una persona o un grupo” (Rele & Tarrant, 2010). Curiosamente, la supervisión en psiquiatría no tiene una definición precisa en la literatura (MacDonald, 2002), por lo que se ha afirmado que su diferenciación con el concepto de “enseñanza”, continúa siendo un tema no resuelto y es, por ende, más relevante comprender lo que sucede en la supervisión y por qué, que tener una definición clara de la misma (MacDonald & Ellis, 2012).

Es una observación frecuente de un grupo acotado de académicos en la CPU, con interés particular en la educación médica, que faltan instancias de capacitación formal al cuerpo docente sobre técnicas específicas de supervisión y retroalimentación efectiva, siendo una crítica recurrente de los residentes, que no reciben suficiente *feedback* formativo y que las instancias habituales de retroalimentación son usualmente en el contexto de evaluaciones sumativas, al finalizar las distintas rotaciones.

Resulta llamativo que aun reconociendo la importancia cardinal de garantizar la calidad del proceso formativo de los futuros psiquiatras de la Universidad de Chile, no existía mayor investigación en torno a la que es, sin lugar a dudas, la didáctica docente más utilizada en la enseñanza de postgrado (Chur-Hansen & McLean, 2007; de Groot, Brunet, Kaplan, & Bagby, 2003). Lo cierto es que, a pesar de la aceptada relevancia de la supervisión en la formación de psiquiatras, hay bastante consenso en que ésta constituye uno de los temas menos investigados en la educación médica a nivel mundial (Gold, 2004; Kilminster & Jolly, 2000; MacDonald & Ellis, 2012).

Era de gran interés personal de la investigadora, poder lograr una comprensión más profunda de los aspectos esenciales de la supervisión en psiquiatría, pues parecía haberse llegado a una suerte de resignación tácita, en que se había aceptado pasivamente que no importaba que no existiera una definición clara de este fenómeno. La situación se repetía también en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.

De lo anterior, se desprende que contar con una visión más completa y profunda de cómo los residentes conceptualizan la supervisión y la importancia que le asignan a la misma, así como aquellas características que resultan más relevantes a la hora de obtener una buena o mala experiencia de aprendizaje, serían de mucha utilidad para esta comunidad educativa al momento de definir las fortalezas y debilidades del proceso formativo de postgrado que tiene lugar en la CPU, pudiendo así contribuir a la creación de políticas institucionales que permitan mejorar la calidad del mismo.

#### **4) Marco Teórico**

##### Marco referencial y conceptual

La docencia de postgrado en psiquiatría varía considerablemente en diferentes regiones del mundo, especialmente respecto de la duración de los programas y de los aspectos formales y metodológicos de los mismos (Rele & Tarrant, 2010; Tor et al., 2011), lo que está fuertemente influenciado por las políticas nacionales de salud mental, la cultura y las tradiciones locales (Jain, Mazhar, Uga, Punwani, & Broquet, 2012).

Más allá de la heterogeneidad entre países, parece ser una constante universal que esta especialidad de la medicina se enseña fundamentalmente siguiendo un modelo de aprendiz-maestro (Chur-Hansen & McLean, 2007; Clarke, 1999), dentro del cual resulta esencial el rol de la supervisión como una herramienta para el entrenamiento clínico y el desarrollo profesional (Clarke, 1999; Rele & Tarrant, 2010).

Pese a la aceptada relevancia de la supervisión dentro de la formación de los nuevos psiquiatras, hay consenso en que ésta constituye uno de los temas menos investigados en toda la educación médica (Chur-Hansen & McLean, 2007; MacDonald & Ellis, 2012; Tor et al., 2011).

##### Construcción de la búsqueda

Siguiendo las orientaciones técnicas sugeridas por la Best Evidence Medical Education Collaboration (BEME) (Haig & Dozier, 2003), el diseño de la búsqueda bibliográfica se estructuró inicialmente en tres pasos:

- 1) Definir el tema a investigar: Se realizó una delimitación de la materia mediante la pregunta ¿Cómo comprenden la supervisión los residentes de psiquiatría en el contexto de su proceso formativo? Dentro de ésta, se distinguieron los siguientes componentes:
  - a. Participantes: Residentes de Psiquiatría (Estudiantes de postgrado de medicina realizando el entrenamiento formal en la especialidad).
  - b. Aspectos Educativos: Determinar qué significado y relevancia tiene la supervisión en el proceso formativo de la población definida.

- c. Resultado: Nivel de importancia asignado por los residentes de psiquiatría a diferentes aspectos de la supervisión y el supervisor.
- 2) Identificar y expandir las materias esenciales: Tomando en cuenta la pregunta ya expuesta, se identificaron tres temas centrales: Supervisión, Proceso Formativo y Residentes de Psiquiatría, expandiendo cada uno de ellos de la siguiente manera:
  - a. Supervisión: *Mentoring/Mentorship, Supervision*
  - b. Proceso Formativo: *Experience, Learning, Training, Education*
  - c. Residentes de Psiquiatría: *Psychiatry, Postgraduate Student, Resident, Trainee*
- 3) Definición de criterios de inclusión y exclusión: Debido a la escasez de publicaciones en el área en cuestión, los criterios de exclusión fueron lo más permisivos y laxos posible.
  - a. Criterios de Inclusión: Trabajos de cualquier año de publicación, estudios de cualquier diseño metodológico, revisiones, guías u opinión de expertos.
  - b. Criterios de Exclusión: Trabajos centrados en estudiantes de pregrado o en carreras distintas a medicina (enfermería, terapia ocupacional, etc.) o especialidades diferentes a la psiquiatría de adultos (como psiquiatría infantil o juvenil) y publicaciones en idiomas distintos a inglés o español.

A partir de los parámetros definidos, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en tres bases de datos; ERIC, Medline y CINAHL.

- 1) ERIC: Se configuró una búsqueda de acuerdo a los siguientes criterios:
  - *psychiatry AND (supervision OR mentorship) NOT (child OR undergraduate)*

El buscador arrojó 66 títulos y se llevó a cabo una revisión manual para seleccionar aquellos atingentes al tema de investigación.

- 2) Medline (PubMed): Se configuraron de la siguiente manera los criterios de búsqueda:
  - *(psychiatry[Title/Abstract]) AND supervision[Title/Abstract] AND education NOT child NOT undergraduate* y

- *(psychiatry[Title/Abstract]) AND mentor\$[Title/Abstract] AND education NOT child NOT undergraduate*

El buscador arrojó un total de 232 trabajos para la primera búsqueda y 21 para la segunda, realizando posteriormente una revisión manual de cada título y seleccionando aquellos que tenían relación más o menos directa con los aspectos de la temática planteada en la pregunta inicial.

3) CINAHL: Se configuraron de la siguiente manera los criterios de búsqueda:

- *psychiatry AND supervision NOT child NOT undergraduate NOT nursing*
- *psychiatry AND mentor\$ NOT child NOT undergraduate NOT nursing*

El buscador arrojó un total de 127 trabajos para la primera búsqueda y 20 para la segunda, efectuando el mismo procedimiento antes descrito para ERIC y Medline. Cabe destacar que en esta primera etapa, “nursing” fue una palabra de exclusión en CINAHL, pues, por tratarse de la base de datos propia de enfermería, existía un gran número de publicaciones que hacían referencia al entrenamiento de enfermeras en psiquiatría, lo que se alejaba de los objetivos de la presente revisión y abultaba considerablemente los resultados de la búsqueda.

Por cuanto la literatura en torno a la pregunta “¿Cómo comprenden la supervisión los residentes de psiquiatría en el contexto de su proceso formativo?” era tremendamente limitada y no se encontraron artículos publicados que hicieran referencia específica a la temática en cuestión, se intentó seleccionar aquellos trabajos que contribuyeran de una u otra forma a construir un marco conceptual del tema. Así mismo, en una segunda etapa, se amplió la búsqueda bibliográfica para seleccionar revisiones respecto de la supervisión clínica en la educación médica de postgrado en general y no exclusivamente en la educación de postgrado de psiquiatría. Más tarde, se volvieron a ampliar los criterios de búsqueda hacia la supervisión en otras profesiones de la salud distintas de medicina (psicología, fonoaudiología, enfermería, etcétera) y se consultaron algunas publicaciones sugeridas por la aplicación de Mendeley.

En total, se consideraron 57 trabajos para efectos de la elaboración del presente marco conceptual y referencial, sin contabilizar varios otros textos o sitios de internet que

fueron revisados en relación a aspectos metodológicos o la descripción del contexto en el que se llevó a cabo la investigación. De todos estos, se citaron 40 referencias.

### La supervisión clínica en las carreras del área de la salud

No existe claridad respecto de los orígenes de la supervisión clínica en general, y gran parte de la literatura disponible es específica a determinadas disciplinas del área de la salud, tendiéndose a discutir la supervisión clínica como una entidad dentro de la propia profesión, con poca consideración del trabajo en paralelo de otras carreras. Corresponde a un fenómeno de aparición bastante reciente el que los autores aludan a otras profesiones o que se considere la posibilidad de la supervisión clínica como un concepto interdisciplinario (Lynch, Happell, & Sharrock, 2008).

Falta comprensión respecto de lo que efectivamente es la supervisión clínica y además se observa cierta ambigüedad en referencia a su nomenclatura, pudiendo ser, con frecuencia, interpretada de manera diferente por diferentes personas y en diferentes contextos (Martin, Kumar, & Lizarondo, 2017). Una definición ampliamente aceptada de supervisión es la de Bernard y Goodyear de 2004, que la señalan como *“una intervención entregada por un miembro más experimentado de una profesión a un miembro o miembros menos experimentado(s) de la misma profesión. La relación es evaluativa, se extiende en el tiempo y tiene los propósitos simultáneos de mejorar el funcionamiento profesional de la(s) persona(s) menos experimentada(s), monitorear la calidad de los servicios profesionales ofrecidos a los clientes que él, ella o ellos atienden y servir como un filtro para aquellos que van a ingresar a una profesión en particular”* (en Milne, 2007).

En este punto, es de especial utilidad distinguir la supervisión educacional de la supervisión clínica propiamente tal, aunque la enorme mayoría de los trabajos suelen considerarla como sinónimos. La supervisión educacional es una supervisión regular que ocurre en el contexto de un entrenamiento acreditado, a fin de establecer las necesidades del supervisado y revisar su progreso. Esta forma de supervisión es más común en las etapas más tempranas del entrenamiento de postgrado, mientras que la supervisión clínica puede ser útil a todos los profesionales de la salud a lo largo de un continuo (desde recién egresados hasta tratantes experimentados) (Martin et al., 2017). De este modo, podríamos entender a la supervisión educacional como un tipo particular de supervisión clínica, que tiene lugar en un contexto formal de educación profesional.

Gran parte de lo que se conoce hoy sobre la supervisión clínica en medicina ha surgido de otras profesiones, como, por ejemplo, trabajo social, psicología y enfermería (Lynch et al., 2008) y de ahí que resulte pertinente aludir a la supervisión en otras disciplinas como punto de partida del presente trabajo.

En el caso de trabajo social (Lynch et al., 2008), fue Robinson el primero en afirmar en 1936 que la supervisión clínica era un aspecto esencial del entrenamiento de los trabajadores sociales, y en 1965 la Enciclopedia de Trabajo Social definió supervisión como *“un proceso educacional en que una persona con una cierta capacidad de conocimiento y habilidades, adquiere la responsabilidad del entrenamiento de una persona con menor equipamiento”*. La supervisión clínica en trabajo social ha tendido a ser uni-profesional, es decir, los trabajadores sociales supervisan a trabajadores sociales.

En el caso de enfermería, la perspectiva norteamericana de supervisión clínica, que se remonta a comienzos de 1900, la conceptualiza como un proceso colaborativo, basado en discusiones participativas “sin deberes u obligaciones autoritarias” (Lynch et al., 2008). En el Reino Unido, existieron muy pocas referencias a la supervisión en enfermería hasta la década de los noventa (momento en que una enfermera fue acusada de asesinar a varios pacientes pediátricos, lo que desató múltiples reflexiones en torno a la importancia de la supervisión), siendo definida por la Dirección Nacional del Servicio de Salud del Reino Unido como *“un proceso formal de apoyo profesional y aprendizaje, que le permite a facultativos individuales desarrollar conocimientos y competencias, asumir responsabilidad por su propia práctica y favorecer la protección y seguridad en el cuidado del consumidor en situaciones clínicas complejas. Es central en el proceso de aprendizaje y está al servicio de la práctica profesional y debería verse como una forma de incentivar la autoevaluación y habilidades analíticas y reflexivas”*. A partir de la proliferación de diversos estudios en el área, se demostró que la provisión de supervisión clínica en enfermería reducía en *burnout* en las enfermeras, era apreciada por ellas y mejoraba los resultados de los pacientes (Lynch et al., 2008).

La escuela australiana de enfermería (Russell, Allix, & Gluyas, 2016) ha planteado en la última década que las enfermeras deben poseer los conocimientos, habilidades y actitudes para una supervisión clínica eficiente y que si estos requisitos no se cumplen, se corre el riesgo de que la próxima generación de enfermeras que ingrese a la fuerza laboral, lo haga sin los atributos necesarios para convertirse en miembro efectivo de los equipos de salud.



## Supervisión vs *Mentorship*

No existe consenso en la literatura internacional respecto de la definición de supervisión en psiquiatría, lo que se torna incluso más complejo cuando algunos trabajos la utilizan como sinónimo de *mentorship* (Clarke, 1999; MacDonald & Ellis, 2012; Mascola, 2008). A pesar de lo anterior, parecieran existir algunas diferencias importantes entre ambos conceptos.

Supervisión, en términos generales, se entiende como el “*manejo mediante la inspección del desempeño u operación de una persona o un grupo*” (Rele & Tarrant, 2010).

*Mentorship* apuntaría a una relación personal de largo plazo entre un estudiante y un referente en la disciplina, en la que ambos participantes se comprometen, y que se establece con el propósito de potenciar la carrera en general como psiquiatra, sirviendo el mentor como un modelo a seguir, un profesor y un guía para el psiquiatra en formación (Soklaridis et al., 2015). Por lo tanto, no todos los residentes de psiquiatría tienen un mentor. Sin embargo, se ha visto que aquellos que sí lo tienen, muestran mayor confianza en sí mismos y mayor satisfacción con su carrera (Lis, Wood, Petkova, & Shatkin, 2009; Tor et al., 2011).

Resulta interesante destacar que la distinción entre supervisión y *mentorship* no es exclusiva en psiquiatría, sino que es extrapolable a otras disciplinas relacionadas con la salud tan diversas como fonoaudiología, en que se distingue al supervisor como aquel que es responsable de la conducta profesional del supervisado y documentación de la misma, mientras que el mentor “*aconseja, enseña, promueve e inculca una identidad profesional en sus discípulos*” (Robke, 2016).

Para los propósitos del presente trabajo, se utilizará preferentemente el concepto de supervisión, por sobre el de *mentorship*, ya que el primero hace referencia a variables primordialmente educacionales, mientras que *mentorship* incluye aspectos que escapan ampliamente a los propósitos de este estudio.

## La Psiquiatría como especialidad médica

Antes de centrar la atención en la supervisión en psiquiatría, es fundamental efectuar ciertas precisiones respecto de dicha especialidad médica.

Se acepta transversalmente en la literatura revisada, que hay varias maneras en las que la psiquiatría exige familiaridad con aspectos que otras especialidades no consideran, como son los temas legales implicados en el consentimiento informado, comunicación con familiares y hospitalización involuntaria (Humphrey, Marcangelo, Rodriguez, & Spitz, 2013). Tanto psiquiatras como psiquiatras en formación, reconocen que existe cierta tensión en la identidad de la especialidad, pues ésta conjuga aspectos tanto humanistas como biológicos, y parece exigir, por ende, un mayor rango de habilidades que otras áreas de la medicina (Chur-hansen & Parker, 2005), como, por ejemplo, el manejo de pacientes suicidas o la necesidad de recibir formación respecto del establecimiento de límites dentro de la relación terapéutica (Lapid et al., 2009). No es de extrañar, entonces, que la psiquiatría se entienda típicamente como una disciplina que mantiene una relación única con la medicina, por una parte, y con la psicología, por otro lado (MacDonald & Ellis, 2012). De ahí que resulta muy relevante para esta investigación, continuar ahora explorando lo que se sabe respecto de supervisión en estas dos áreas del conocimiento.

### Supervisión en Psicología

Respecto de la supervisión en psicología, gran parte de la literatura hace referencia a lo que sucede en psicoterapia psicodinámica, por sobre otras escuelas psicoterapéuticas, como podría ser la terapia cognitivo conductual (Gold, 2004; Riess & Herman, 2008; Rojas, Arbuckle, & Cabaniss, 2010). El concepto de la supervisión clínica en el campo de la psicología nació en el primer encuentro de la Sociedad Psicoanalítica Internacional en Berlín en 1922, siendo Eitington a quien se le atribuye su introducción en el entrenamiento psicoanalítico en 1925 (Lynch, Happell, & Sharrock, 2008). Y aunque se ha escrito extensamente sobre ella, tanto en la educación psicoanalítica como psiquiátrica, hay muy poca investigación sistemática en el tema, siendo la mayoría de los estudios escritos desde la perspectiva de los supervisores (Rojas et al., 2010). Muchos de ellos, la consideraron como una forma alternativa de enseñanza, mientras que a otros les parecía un proceso más vinculado a la terapia, discrepancia que sigue vigente hasta el día de hoy (Lynch et al., 2008).

Aun así, se reconoce un rol central de la supervisión en psicoterapia como parte de la formación del terapeuta, y los terapeutas novatos la identifican como la experiencia más crítica en la promoción de su desarrollo profesional (Crocker & Sudak, 2017).

Un intento notable de intentar una definición empírica de supervisión en psicología es el trabajo de Milne de 2007, en que, utilizando los criterios de precisión (significado esencial que lo hace inequívoco), especificación (definición de cualquier otro término con similar precisión), operacionalización (expresarlo de tal manera que permita medirlo) y corroboración (soporte en la evidencia disponible), proponen una definición de supervisión en psicología que tiene la finalidad de corregir las falencias de la ya aludida definición de supervisión de Bernard y Goodyear. Sin embargo, esta propuesta resulta, desde la perspectiva de la autora de esta investigación, demasiado extensa e imposible de retener debido a su complejidad. Milne concibe la supervisión como:

*“El suministro formal, por medio de supervisores aprobados, de educación y entrenamiento basados en una relación, que es enfocado en el trabajo y que administra, apoya, desarrolla y evalúa el trabajo de un colega o colegas. Los principales métodos que los supervisores utilizan son la retroalimentación correctiva del desempeño del supervisado, enseñanza y establecimiento conjunto de metas. De ahí que difiera de actividades relacionadas, como mentoring y coaching, mediante la incorporación de un componente evaluativo. Un ejemplo es Gillam, Strike-Roussos y Anderson (1990), quienes describieron la supervisión en términos de una discusión del modelo de supervisión y de los respectivos roles del supervisor y el supervisado, establecimiento conjunto de objetivos, observación del supervisado y evaluación. Ellos servicialmente adjuntaron un esquema de estas reuniones, consistente en una agenda de 18 ítems. Los objetivos de la supervisión son normativos (por ejemplo, control de calidad), fortalecedores (por ejemplo, promover el procesamiento emocional) y formativos (por ejemplo, mantener y facilitar las competencias, habilidades y efectividad general del supervisado). Estos objetivos podrían medirse por medio de instrumentos vigentes. Esta definición se encuentra sustentada en revisiones recientes de la literatura empírica (por ejemplo Falender & Shefranske, 2004; Watkins, 1997) y por consensos (por ejemplo, Falender et al., 2004)” (Milne, 2007).*

Es importante destacar que, a pesar de las similitudes que pueden existir entre la enseñanza de la psicología y de la psiquiatría, para los fines de la presente investigación, a la investigadora le pareció más prudente obtener el sustento teórico desde la supervisión en medicina que desde la supervisión en psicología. Primero, porque la supervisión en psicología se basa en un aspecto particular del manejo del paciente, que

generalmente se enmarca dentro de un modelo teórico específico (por ejemplo, psicoanálisis), mientras que la supervisión clínica general (que refleja el trabajo de la mayoría de los psiquiatras) debe integrar aspectos biológicos, socioculturales y psicológicos, utilizando, frecuentemente, una amplia variedad de modelos teóricos (Macdonald, 2002). Segundo, porque el propósito final de este trabajo era lograr la comprensión de la supervisión dentro de la didáctica y no exclusivamente respecto de sus aspectos psicológicos. Y, tercero, porque fue precisamente la fuerte influencia de la corriente psicoterapéutica psicoanalítica en la comprensión de la supervisión en psiquiatría, la que llevó a proponer, hace ya varias décadas, modelos que hoy resultan, a lo menos, anecdóticos, que la conceptualizaban como un proceso patológico o un síndrome, definido como *“la respuesta psicológica ocurrida en el primer año de entrenamiento psiquiátrico, caracterizada por síntomas neuróticos transitorios, alteraciones psicósomáticas y una conducta sintomática”* (sic).

De esta manera, para los fines de la presente investigación, parecía más razonable respetar la tradición que enmarca a la psiquiatría como una especialidad de la medicina y no como un disciplina símil de la psicología.

### Supervisión en Medicina

En medicina, uno de los trabajos más completos respecto de la supervisión clínica es el de Kilminster y Jolly, que corresponde a una revisión bibliográfica sobre supervisión efectiva en entornos de práctica clínica (Kilminster & Jolly, 2000). El estudio comienza reconociendo que existen pocas publicaciones en la literatura médica en torno a la supervisión, por lo que en dicha revisión, de manera similar a lo que ocurrió en este trabajo, fue necesario incorporar investigaciones de otras carreras del área de la salud (como enfermería o psicología) a fin de poder obtener información potencialmente relevante del proceso de supervisión. Luego, explicitan que la supervisión es una actividad compleja, que sucede en una variedad de contextos y que tiene varias definiciones, funciones y formas de ser entregada. Pero, por sobre todo, corresponde a un intercambio interpersonal, lo que hace que la investigación de la práctica de supervisión se enfrente a ciertos problemas metodológicos, pues es difícil medir tanto el proceso, como el resultado de la supervisión. Así, la mayoría de los instrumentos utilizados en las investigaciones disponibles son auto reportes que se basan en las percepciones del

supervisado, el supervisor y el cliente, no existiendo certeza de que los cambios o mejoras auto reportadas afecten el resultado de este último actor.

Respecto de la supervisión clínica en la educación de postgrado de medicina, Kilminster y Jolly aluden a varios documentos británicos que ofrecen recomendaciones sobre la supervisión, pero no entregan una definición de la misma, por lo que ellos mismos sugieren una definición en base a la revisión bibliográfica realizada. De este modo, conceptualizan la supervisión clínica en medicina como: *“La provisión de monitoreo, guía y retroalimentación en materias de desarrollo personal, profesional y educacional, en el contexto del cuidado médico del paciente. Esto incluye la habilidad de anticipar las fortalezas y debilidades de un doctor en situaciones clínicas particulares, a fin de maximizar la seguridad del paciente”* (Kilminster & Jolly, 2000). Cabe destacar que ésta constituye una de las pocas, sino la única, definición de supervisión en medicina que fue posible encontrar en la elaboración de este marco teórico.

Kilminster y Jolly sostienen que el fin último de la supervisión, ya sea de modo implícito o explícito, es mejorar el cuidado del paciente, por lo que mejorías en los resultados de éstos serían la principal prueba de la efectividad de la misma. Sin embargo, reconocen que demostrar que una intervención particular en la supervisión tenga un impacto directo en el paciente, es extraordinariamente difícil, debido a la multitud de otras variables que podrían influir en los resultados. Señalan que la forma en que algunos investigadores han intentado soslayar esta dificultad, es examinando los efectos de la supervisión en el supervisado, pero surge ahí el problema metodológico de que el grado de satisfacción de los residentes con la supervisión no necesariamente se correlaciona con su desempeño.

Los autores mencionan, además, que existe alguna evidencia cuantitativa de que la supervisión puede incidir en el resultado de los pacientes, sugiriendo que un aumento de las muertes se asocia con menos supervisión en cirugía, anestesia, trauma y emergencias, obstetricia y pediatría.

En esta misma línea, cabe mencionar un trabajo más reciente que el de Kilminster y Jolly, publicado en la revista *Academic Medicine* (Farnan, Petty, & Georgitis, 2012), que corresponde a una revisión sistemática sobre el efecto de la supervisión clínica en medicina, en resultados educacionales de la residencia y en resultados de los pacientes. Al igual que la gran mayoría de los trabajos en el tema, Farnan *et al.* no definen el concepto de supervisión, pero delimitan cuatro tipos de la misma:

- 1) Directa, con el supervisor físicamente presente con el paciente y el practicante.

- 2) Indirecta, con el supervisor inmediatamente disponible en el lugar de atención.
- 3) Indirecta, con el supervisor disponible vía teléfono o buscapersonas y con capacidad de estar físicamente presente en un corto período de tiempo.
- 4) Revisión (*oversight*), en que el médico supervisor revisa la atención después de que ésta ya fue brindada.

Los investigadores revisan 24 estudios, que incluyen las especialidades de psiquiatría, medicina de urgencias, cirugía y sus subespecialidades, obstetricia y ginecología, anestesiología, pediatría y radiología. De todos ellos, 4 estudios examinan la supervisión en entornos ambulatorios y 19 en interacciones en el departamento de urgencias, salas de hospitalización o pabellones quirúrgicos.

Solamente 6 estudios en dicha revisión resultan relevantes para los fines de la presente investigación, por cuanto evalúan resultados en el proceso educativo, específicamente, el impacto de la supervisión en la percepción de los supervisores de las habilidades diagnósticas y procedurales de los residentes, el rendimiento de los residentes en evaluaciones estandarizadas, la percepción de los residentes en su autonomía y la satisfacción global de los residentes.

Los autores concluyen que potenciar la supervisión clínica de los residentes, resulta en cambios positivos en los resultados educacionales y de los pacientes, aunque no existen instrumentos validados para cuantificar la calidad de la supervisión o correlacionar la supervisión con los resultados clínicos.

### La Supervisión en Psiquiatría

Como ya se ha mencionado, la supervisión en psiquiatría no tiene una definición precisa en la literatura, por lo que se ha afirmado que su diferenciación con el concepto de “enseñanza” continúa siendo un tema no resuelto y en consecuencia, resulta más relevante comprender lo que sucede en la supervisión y por qué, que tener una definición clara de la misma (MacDonald & Ellis, 2012). En este sentido, los trabajos revisados permiten establecer que la supervisión puede ser realizada tanto de forma individual como grupal (Chur-Hansen & McLean, 2006), pudiendo tenerse más de un supervisor simultáneamente (Clarke, 1999). Habitualmente, la supervisión se lleva a cabo de forma planificada y en un horario protegido (Rele & Tarrant, 2010), siendo utilizada para diferentes propósitos, como son la orientación respecto del manejo de casos clínicos

complejos, la observación directa del trabajo del supervisado (MacDonald & Ellis, 2012), retroalimentación sobre el desempeño del estudiante (Chur-Hansen & McLean, 2006), la discusión de dificultades relacionadas con evaluaciones, revisión de presentaciones académicas, redacción de reportes psiquiátricos (Rele & Tarrant, 2010) y construcción de un marco teórico adecuado (Clarke, 1999). Además, muchas veces la supervisión se utiliza como una instancia que podría ser más cercana a la definición ya entregada de *mentorship*, sirviendo como una guía en temas personales y de desarrollo profesional, incluyendo, también, asesorías en lo referente a la investigación en psiquiatría (Rele & Tarrant, 2010).

En esta línea, Rose y Boyce han definido tres roles de los supervisores, que son el educativo, de apoyo y administrador (Chur-Hansen & McLean, 2007). De acuerdo a este modelo, el rol educativo sería el de profesor, implicando el desarrollo de habilidades técnicas e interpersonales y la comprensión del conocimiento. El rol de apoyo involucra el análisis y manejo de los efectos que el programa de formación tiene en el residente. Por último, el rol de administrador, se refiere al control de calidad y la certificación de que las prácticas de trabajo son adecuadas y se encuentran dentro de los estándares esperados. Por su parte, el Colegio Real de Psiquiatras del Reino Unido ha definido una lista de cuatro áreas que pueden ser cubiertas por la supervisión (Rele & Tarrant, 2010), en las que se incluyen clínica, enseñanza e investigación, manejo y administración, y pastoral (guía y apoyo personal y de la carrera). Un modelo más sencillo a los anteriores, sería el que propone el Colegio Real de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda, que describe solamente dos roles; el de profesor y el de asesor (Chur-Hansen & McLean, 2006). En el primer rol, el supervisor actúa como un mentor, guía, educador y modelo a seguir; y en el segundo, realiza un juicio de aprobación o reprobación del estudiante, mediante una evaluación sumativa. Este último modelo, que contempla solamente dos roles, le parece más apropiado a esta autora, ya que incorpora a todos los anteriores de una manera más sencilla y fácil de operacionalizar.

En virtud de todo lo anterior, así como a la experiencia estudiantil y académica personal de la autora del presente estudio, se optó por proponer la siguiente definición de supervisión en psiquiatría, que tendría un carácter provisorio, en tanto fuera sometida a revisión a la luz de los hallazgos del presente estudio. La supervisión en psiquiatría podría entenderse como aquella ***actividad educativa mutuamente convenida, en la que un estamento de mayor experiencia proporciona retroalimentación, modelaje, guía en conocimientos teóricos y desarrollo de competencias disciplinares diversas a un***

***estamento de menor experiencia, por medio, fundamental pero no exclusivamente, de la revisión de su práctica clínica, de acuerdo a criterios médicos y psicodinámicos, y que tiene como fin último conducir a una mejor atención de los pacientes psiquiátricos.***

Es importante considerar que la educación en psiquiatría, al igual que el resto de la medicina, está migrando cada vez más hacia un enfoque basado en la adquisición de competencias (Humphrey, Marcangelo, Rodriguez, & Spitz, 2013), por lo que, de cara a este cambio de paradigma, se hace fundamental evaluar en qué medida la supervisión contribuye a lograr dicho objetivo. A este respecto, en la literatura revisada no existen trabajos que intenten responder cómo influye la supervisión en el desempeño profesional de los residentes de psiquiatría y, las pocas investigaciones disponibles, se centran más en la percepción subjetiva de los estudiantes sobre su experiencia de aprendizaje, que en la medición objetiva del efecto real que esta herramienta de enseñanza tiene en el desempeño clínico de los futuros psiquiatras (Rele & Tarrant, 2010; Rojas, Arbuckle & Cabaniss, 2010; Viswanath, Chandra & Chaturvedi, 2013). A pesar de lo anterior, la escasa literatura en el área sugiere que, al menos hipotéticamente, es factible medir tanto la calidad percibida de la supervisión y de los supervisores, como la adquisición de competencias específicas a partir de esta instancia de aprendizaje (Szeftel et al., 2008). Es decir, desde una perspectiva epistemológica, sería factible estudiar el tema de la supervisión en psiquiatría tanto desde un modelo de Cognición y Mediación, como desde uno de Proceso-Producto.

Varios estudios han abordado la temática de qué características debe tener un buen supervisor o mentor, así como una buena supervisión (Chur-Hansen & McLean, 2006, 2007; Clarke, 1999; Rele & Tarrant, 2010; Tor et al., 2011), destacando en este punto, ciertos atributos profesionales y personales del supervisor, que son los más deseables, como: prudencia, sabiduría y ser buen oyente y comunicador (Tor et al., 2011), competencia clínica, honestidad e integridad, mantener límites y jerarquías (Chur-Hansen & McLean, 2007; Tor et al., 2011), puntualidad, madurez, confiabilidad, estabilidad y calidez (Clarke, 1999), disponibilidad (Chur-Hansen & McLean, 2007; Clarke, 1999), capacidad de apoyo y motivación (Chur-Hansen & McLean, 2007; Clarke, 1999; Tor et al., 2011) y flexibilidad (Chur-Hansen & McLean, 2007).

Así mismo, los estudiantes esperan que la supervisión tenga desde el comienzo objetivos y encuadres definidos (Rele & Tarrant, 2010), sea suficiente en cantidad (Clarke,



1999) y provea retroalimentación efectiva de forma regular (Chur-Hansen & McLean, 2006; Rele & Tarrant, 2010).

Existe un estudio, recurrentemente citado en la literatura revisada, que evalúa la calidad de la supervisión y la experiencia de aprendizaje en los estudiantes de postgrado de psiquiatría (Clarke, 1999). Dicho trabajo fue realizado por David M. Clarke y publicado en 1999 en la revista *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Esta investigación, que emplea un modelo de cognición y mediación, tenía como objetivo explícito describir el desarrollo y uso de un instrumento piloto para evaluar la supervisión y la experiencia de entrenamiento desde la perspectiva de los residentes, a fin de mejorar la calidad de la primera. Fue desarrollado en el programa de formación de psiquiatras de un hospital metropolitano de Australia, en el que existía un total de 16 cupos para residentes, distribuidos en las unidades de psiquiatría de adultos, psiquiatría de niños y adolescentes y psiquiatría de enlace, todas ellas tanto en contexto ambulatorio como hospitalizado.

Inicialmente, se confeccionó un borrador de un cuestionario sobre diferentes aspectos relacionados con la supervisión, el que fue distribuido tanto a los supervisores como a los residentes, para su revisión y posterior retroalimentación respecto de su comprensibilidad o de temas que fuese necesario incorporar o remover. A partir de esto, se construyó un cuestionario final, consistente en 20 ítems utilizando escala Likert de 1 a 5 (donde 1 era insatisfactorio y 5 sobresaliente). Los residentes del programa debían completarlo durante dos años, al finalizar cada rotación de 6 meses.

Como resultado del trabajo, los residentes completaron una evaluación por cada supervisor, siendo finalmente incluidos 25 residentes y 13 supervisores, con lo que cada supervisor tuvo entre 2 y 6 evaluaciones de su labor, con una media de 3,6 evaluaciones por docente. Promediando todas los aspectos evaluados en el cuestionario, el promedio asignado por los residentes fue de 3.3 puntos (nivel satisfactorio), dentro de los que se consideraban 8 ítems de actividades educativas generales, 10 ítems de aspectos estructurales y de calidad de la supervisión en general y, finalmente, 2 ítems de la supervisión específicamente en psicoterapia.

Este estudio plantea en su discusión que él mismo constituye una demostración de cómo se pueden medir distintos atributos de la supervisión, así como las dificultades de objetivar dicha evaluación. A este respecto, señala que la relación de supervisión no puede objetivarse, pues solamente hay dos personas compartiendo la experiencia (supervisor y supervisado) y cada uno de ellos la evalúa de forma diferente. Reconoce que, así como es difícil que un único supervisor evalúe a un residente, es también

complejo que un solo residente evalúe a un supervisor, sobre todo considerando las variaciones en la evaluación, que se relacionan con reacciones transferenciales propias de la dinámica de la supervisión, dentro de lo cual, se ha visto que los residentes de segundo año son más críticos con sus supervisores que los residentes de primero y de tercero. Por otro lado, el autor expone como una debilidad, que las evaluaciones individuales de los supervisores no son confiables desde el punto de vista estadístico, además de presentar el desafío de mantener el anonimato de las mismas.

El trabajo concluye entregando directrices concretas sobre cómo se podría utilizar la información recopilada, recomendando que debe retirarse el foco de los individuos y ponerlo en el proceso de mejora de la calidad de la supervisión (calidad que debe ser definida previamente por los propios residentes, que son los “clientes” del programa de formación), presentándole a los supervisores y supervisados los resultados generales, a fin de considerar e implementar formas de optimizar el desempeño de los supervisores y, a partir de esto, poder repetir nuevamente las mediciones de calidad. Cabe destacar que el trabajo solamente menciona dichos propósitos, sin embargo, no los lleva a cabo como parte de la misma investigación.

El trabajo de Clarke pone de manifiesto la dificultad que implica la medición objetiva de la calidad de la supervisión en psiquiatría, aunque, al mismo tiempo, reconoce que obtener esta información es útil y relevante para mejorar el ambiente de aprendizaje y promover el entrenamiento formal de los docentes, en lo que designa como “el arte de la supervisión”.

Vale la pena también mencionar el trabajo de Joseph Mascola, publicado en *Academic Psychiatry* (Mascola, 2008), que es un estudio de cohorte, que tenía como objetivo desarrollar y evaluar un método de instrucción clínica en tiempo real para la enseñanza de Medicina Basada en la Evidencia en Psiquiatría. Lo novedoso de esta publicación, es que propone una metodología concreta de supervisión para lograr una competencia específica (habilidades en Medicina Basada en la Evidencia), efectuando mediciones a los estudiantes antes y después de la intervención con una escala validada (Darmouth Evidence-Based Psychiatry Inventory). De esta manera, el autor postula, desde un modelo Proceso-Producto, que es posible objetivar la manera en que modificaciones explícitas en la forma de supervisar a los residentes de psiquiatría pueden traducirse no solamente en una mejor percepción de la experiencia de aprendizaje, sino que en la adquisición de logros de aprendizaje definidos, lo que hasta ahora, aparentemente, no ha hecho ninguna otra investigación en la materia.

## Estudios cualitativos en el área

Como se ha mostrado, la gran mayoría de la investigación en la supervisión en psiquiatría se ha realizado desde una perspectiva cuantitativa. Sin embargo, este enfoque no ha permitido obtener información estadísticamente confiable. Pese a que hay bastante coincidencia en que la naturaleza de la relación que se establece entre un supervisor y un supervisado (y que es imprescindible para el desarrollo de cualquier supervisión psiquiátrica) pertenece al dominio de lo subjetivo, en base a la bibliografía revisada por la investigadora, existen muy pocos estudios que aborden la supervisión desde la perspectiva de los residentes, empleando un diseño cualitativo. Es importante resaltar que ninguno de ellos utiliza una definición de la supervisión en psiquiatría, ni tampoco busca formularla.

Uno de estos trabajos cualitativos se da a conocer en el artículo de Chur-Hansen y McLean, de la revista *Australasian Psychiatry* (Chur-Hansen & McLean, 2007), que reconoce a la supervisión como fundamental en la experiencia de formación psiquiátrica y se propone como objetivo explorar el rol del supervisor desde la perspectiva de los psiquiatras en formación, con el propósito de identificar cuáles son las características más y menos deseables de un supervisor y el proceso de supervisión. Para esto, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas, con preguntas abiertas, a 15 residentes de psiquiatría de la región de Adelaida, en Australia. La investigación solamente señala que se realizó un análisis cualitativo de la información, sin entregar mayores detalles metodológicos.

Las percepciones de los residentes respecto de un buen o mal supervisor se enmarcaron dentro de los roles educativo, de apoyo y administrativo, que fueron mencionados previamente. Aunque la competencia clínica del supervisor fue considerada como importante, se puso un mayor énfasis en las habilidades docentes y las conductas de apoyo.

El trabajo termina reconociendo que él mismo es inhabitual, en términos de que es cualitativo en su diseño.

Otro estudio cualitativo es el de Newman *et al.*, en *Academic Psychiatry*, de 2016 (Newman, Ravindranath, Figueroa, & Jibson, 2016), que se propone como objetivo principal explorar las experiencias, tanto de los supervisores como de los residentes de psiquiatría, respecto de la supervisión en el entorno ambulatorio, ubicando los hallazgos

en un modelo teórico de desarrollo educacional: Modelo Dreyfus de adquisición de habilidades.

Originalmente, dicho modelo establece que existen seis estadios de aprendizaje en el proceso de formación, cada uno de ellos con diferentes características y métodos de aprendizaje más apropiados (Humphrey et al., 2013):

1. Principiante (*novice*)
2. Principiante avanzado (*advanced beginner*)
3. Competencia (*competence*)
4. Habilidad (*proficiency*)
5. Experticia (*expertise*)
6. Maestro (*master*)

Newman simplifica el modelo Dreyfus en solo 5 etapas: Principiante, Principiante avanzado, Competencia, Habilidad y Experticia.

Un segundo objetivo declarado de la investigación, es la generación de ideas para nuevas investigaciones en el área.

Se realizaron dos grupos focales, de 90 minutos de duración cada uno, con 6 académicos y con 6 residentes de primer año de la Universidad de Michigan. Los datos fueron analizados con un programa para análisis cualitativo, NVivo, y se identificaron 12 temas dentro de la supervisión: discusión de todos los pacientes, terapia y conducta, *mentoring* personal, logística clínica, carga de trabajo, disponibilidad, desarrollo profesional, establecimiento de una agenda, tiempo, modelaje, retroalimentación para el supervisor y retroalimentación para el residente.

La experiencia de la supervisión difirió entre los supervisores y los supervisados, asignándole distinto nivel de importancia a los temas discutidos entre ambos grupos, lo que se interpretó como inherente a sus respectivas etapas en el proceso del desarrollo de habilidades; los residentes novatos requieren más estructura, indicaciones concretas, retroalimentación específica y oportunidades para imitar directamente a los supervisores. En cambio, los supervisores expertos, conciben el manejo clínico de manera más holística y abstracta y obtienen el valor de la supervisión fundamentalmente en los aspectos interpersonales de la misma.

El trabajo concluye que los residentes de psiquiatría y sus supervisores traen diferentes expectativas para la supervisión, resultando en una descoordinación entre las necesidades educacionales de los residentes y el contenido que está siendo enseñado.

En las conclusiones no se retoma el segundo de los objetivos propuestos al inicio, de manera tal que no se explicitan temas susceptibles de ser profundizados con futuras investigaciones.

A partir de la discordancia entre las visiones de la supervisión entre residentes y supervisores, que pone de manifiesto el trabajo de Newman, resulta pertinente mencionar los hallazgos de un tercer estudio cualitativo, que es de enorme relevancia para los propósitos de la presente investigación, pese a que no hace referencia a la relación de supervisión, sino que a la de *mentorship*. El grupo de Van Schalkwyk (Van Schalkwyk, Katz, Resignato, Van Schalkwyk, & Rohrbaugh, 2017) se refiere a la importancia del *mentorship* en favorecer la carrera de investigación académica en los aprendices, pero reconoce que existe poca comprensión del *mentorship* temprano en las carreras de los residentes. Se propone entonces, entender mejor esta relación en el contexto de la residencia de psiquiatría, con la pregunta específica de investigación: ¿Qué factores consideran los académicos comprometidos con la investigación, como importantes al realizar *mentorship* a los residentes, y, concuerdan los residentes?.

El estudio se llevó a cabo con 17 entrevistas semi-estructuradas a mentores experimentados del departamento de psiquiatría en un centro académico de Estados Unidos y se realizó un análisis temático inductivo. Como resultado, los académicos identificaron varios temas emergentes, que se profundizaron con 13 entrevistas adicionales a los residentes.

Finalmente, emergieron 5 temáticas claves:

- 1) Ser compatibles: compartir intereses, métodos y estilos de trabajo.
- 2) Comprender el nivel de desarrollo y objetivos de carrera en el contexto del entrenamiento de la residencia.
- 3) Establecer expectativas compartidas sobre el compromiso de tiempo, habilidades de investigación y autonomía.
- 4) La identidad del residente como investigador.
- 5) Las necesidades diversas de un residente aprendiz.

El estudio destaca que existió concordancia considerable entre las respuestas de los mentores y los residentes y concluyen que hay una oportunidad de mejorar la investigación en la práctica de *mentorship*, al proporcionar guías que faciliten un abordaje más estructurado a la relación.

Como se estableció desde un comienzo, el concepto de *mentorship* difiere de manera importante del de supervisión, y la concordancia entre mentor y residente que muestra el estudio de Van Schalkwyk, versus la discordancia del estudio de Newman entre supervisor y residente, parecen ratificar que efectivamente se trata de relaciones distintas, por lo que los resultados divergentes de estos dos estudios apoyan la decisión inicial de la autora de esta tesis de considerarlos como fenómenos diferentes.

Lo que resulta de enorme relevancia, es que el propósito del trabajo de Van Schalkwyk es comprender mejor un tipo de relación existente entre un discípulo y un maestro, en el contexto de la residencia de psiquiatría, lo que se asemeja más que ningún otro trabajo revisado, al propósito de esta investigación. Por lo que, si bien la relación estudiada (*mentorship*) difiere de la que se pretende investigar aquí (supervisión), Van Schalkwyk otorga sustento empírico a la factibilidad de estudiar un tipo de relación interpersonal en el proceso de la formación de postítulo de psiquiatría, desde un modelo de Cognición y Mediación.

### Marco Metodológico

Las particularidades del proceso de supervisión en psiquiatría, en términos de los complejos psicodinamismos involucrados en la relación que establece el supervisor con su supervisado, ofrecen un terreno amplio y único en la Medicina para estudiar diversos aspectos perceptuales subyacentes a la supervisión y a los supervisores en esta disciplina, cuya comprensión en profundidad sería muy enriquecedora para la Clínica Psiquiátrica a la hora de revisar las prácticas docentes habituales e impulsar procesos de mejora.

Como el propósito central de este trabajo fue ampliar la comprensión del proceso de supervisión en psiquiatría desde la percepción de los residentes, dilucidando los aspectos esenciales del mismo en términos de sus propósitos, su funcionamiento y su relevancia dentro del proceso formativo, y considerando que los actores en la supervisión participan de modo dinámico en un proceso que tiene a su base aspectos emocionales, conductuales e intelectuales, resultaba más razonable que un primer estudio formal del tema en esta institución se desarrollara siguiendo un paradigma cualitativo. Este tipo de investigación puede concebirse como un intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación, tal como nos la presentan las personas (Salgado, 2007).

Se esperaba que este enfoque permitiera ampliar el escaso conocimiento disponible en el área, desde un abordaje de la Teoría Fundamentada (o *Grounded Theory*), que, al mismo tiempo, condujera a la generación de un modelo conceptual de los aspectos esenciales de la supervisión, de acuerdo a la percepción de los residentes de la CPU.

Se optó por esta metodología, ya que su principal fortaleza es poder desarrollar teorías respecto de fenómenos sociales, es decir, obtener niveles más profundos de comprensión a partir del análisis de la información recolectada (Lingard, Albert, & Levinson, 2008). La Teoría Fundamentada busca nuevas formas de entender los procesos sociales que ocurren en los ambientes naturales y resulta particularmente útil cuando las teorías disponibles no logran explicar el fenómeno (Salgado, 2007), lo que es plenamente concordante con la escasa comprensión que se tiene actualmente de la supervisión en psiquiatría.

## **5) Formulación del Problema y Preguntas de Investigación**

### **Problema**

Existía escaso progreso en la comprensión de la supervisión educacional como herramienta docente, lo que era particularmente notorio en la formación de postgrado de psiquiatría. Pese a la aceptada relevancia de la supervisión en el proceso formativo, ésta constituye un tema poco estudiado en educación médica y, a la fecha de inicio del presente trabajo, no existía en la literatura internacional una definición clara de la supervisión en psiquiatría, lo que constituía un obstáculo insoslayable frente a cualquier intento de investigación en la materia, por cuanto difícilmente puede enriquecerse el conocimiento en torno a algo que ni siquiera ha sido definido. Esto se replicaba en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile (CPU) donde, aunque los residentes realizan periódicamente evaluaciones sobre la calidad de la supervisión que reciben, no se han dado instancias de carácter reflexivo a nivel institucional, enfocadas en comprender la orgánica de esta instancia formativa.

Lo anterior ponía de manifiesto la necesidad de investigar con mayor profundidad este tema.

### **Preguntas de Investigación**

¿Cómo comprenden la supervisión los residentes de psiquiatría de adultos de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, en cuanto didáctica, en el contexto de su proceso formativo?, ¿Qué características del supervisor, del supervisado y del proceso de supervisión influyen en la percepción de la experiencia de aprendizaje que tenga el residente?



## **6) Supuestos de investigación**

El presente trabajo tomó como supuesto que, mediante una investigación cualitativa - utilizando como metodología la *Grounded Theory* -, era factible comprender los aspectos esenciales de la supervisión en psiquiatría en términos de sus propósitos, funcionamiento y su relevancia dentro del proceso formativo, de acuerdo a la percepción de los residentes de la CPU.

El segundo supuesto fue que, a través de la codificación axial, se podía llevar a cabo una reconstitución y dinamización de los esquemas conceptuales de los residentes en torno a la supervisión en psiquiatría.

## **7) Objetivos**

### **Objetivo general**

Comprender los aspectos esenciales de la supervisión en psiquiatría, en cuanto didáctica, en términos de sus propósitos, funcionamiento, y su relevancia dentro del proceso formativo del programa de especialización en psiquiatría adultos, de acuerdo a la percepción de los residentes de la CPU.

### **Objetivos específicos**

- Identificar características propias del estudiante que influyen en la valoración que se otorga a la supervisión.
- Contrastar las características del supervisor y del proceso de supervisión que se asocian a una buena o mala experiencia de aprendizaje para los residentes.
- Ponderar la relevancia y el rol que le otorgan a la supervisión los residentes en el contexto de su proceso formativo durante el postgrado.
- Precisar las temáticas, actividades o dinámicas inherentes a la supervisión que la configuran como tal.

## 8) Diseño Metodológico

El diseño metodológico de la presente investigación fue cualitativo, empleando específicamente la Teoría Fundamentada o *Grounded Theory*, desarrollada por Glaser y Strauss (Lingard et al., 2008), con una orientación eminentemente inductiva, que permite generar hipótesis generales a partir de experiencias particulares.

La estructura del diseño comprendió los siguientes aspectos:

- a) Caracterización del campo de investigación:** La investigación abordó aspectos referentes a la percepción por parte de los residentes de psiquiatría, de su comprensión respecto de la supervisión, en el contexto de su proceso formativo. Se llevó a cabo en los estudiantes de postgrado del Programa de formación en Psiquiatría de Adultos de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, ubicada en Avenida la Paz 1003, comuna de Recoleta, Santiago.
- b) Definición de la población en estudio y de la muestra:** La población en estudio incluyó a 24 médicos cirujanos en su proceso de especialización en psiquiatría de adultos, que se distribuían en los tres años de duración del programa, de la siguiente manera:
- Primer año : 8 residentes (7 hombres y 1 mujer).
  - Segundo año : 7 residentes (2 hombres y 5 mujeres).
  - Tercer año : 9 residentes (7 hombre y 2 mujeres).

Dichos estudiantes tenían diferentes procedencias en términos laborales, sociales y académicos. Así, existían algunos médicos que ingresaban a la beca tras haber trabajado varios años como médicos en el programa de destinación y formación en diversos servicios de salud a lo largo de todo el territorio nacional, médicos que ingresaban directamente a la beca tras haber egresado del pregrado de Medicina y médicos que habían egresado de la carrera en promociones anteriores y previamente se habían desempeñado en atención primaria o en el sistema de salud particular. Del mismo modo, las universidades de origen de pregrado de los residentes eran distintas, siendo gran parte de ellos egresados de la Universidad de Chile y el resto proveniente de otras Universidades nacionales, tanto de Santiago como de regiones y tanto de instituciones públicas como privadas.

**c) Instrumentos de recolección de datos a emplear:** Inicialmente, se planificó la realización de un total de seis grupos de discusión (dos grupos de entre 3 y 5 participantes, por cada año del programa), lo que permitiría, de forma relativamente rápida, económica y flexible, la generación de ideas en torno al tema, a fin de obtener una primera aproximación subjetiva de un tópico en la educación médica que se encuentra escasamente estudiado en la literatura internacional y del que no se disponían publicaciones en el ámbito nacional.

Para esto, se diseñó un guión que abarcara los aspectos ya definidos.

**d) Validación de los instrumentos:** La validación de la pauta se realizó de manera iterativa, solicitando a residentes (tanto de la CPU, no participantes en los grupos focales, como de otras instituciones) y a jueces expertos, que revisaran la validez de contenido y de constructo del guión, siguiendo la siguiente secuencia:

- 1) Construcción de la versión 1 de la pauta (ANEXO 2) por parte de la autora de la tesis y la asesora metodológica del proyecto de investigación (socióloga contratada), quien previamente efectuó una observación participante de una supervisión clínica dirigida por una académica de la Universidad de Chile a residentes de segundo año del programa en la CPU.
- 2) Revisión de la pauta por un residente de tercer año 2017 de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, quien propuso modificaciones menores en la redacción de algunas preguntas, lo que se incorporó en la versión 2.
- 3) Revisión de la versión 2 por parte de un académico de la CPU, con un diploma en Educación en Ciencias de la Salud, que, además, era el coordinador de postgrado, y quien, entre otras cosas, sugirió eliminar una pregunta e incorporar dos, lo que se modificó en la versión 3.
- 4) Revisión de la versión 3 por una becada de segundo año del programa de formación en psiquiatría adultos de la Universidad Católica de Chile, con un magíster en Educación Médica, quien sugirió varias modificaciones en la redacción e incorporó otras dos preguntas, dando origen a la versión 4.
- 5) Revisión de la versión 4 por parte de un psiquiatra formado en la CPU, con experiencia en supervisión clínica de postgrado en la Universidad de Los Andes, Universidad Católica de Chile y Universidad Diego Portales, quien

sugirió cambios de redacción en varias preguntas y agregó otras dos, en base a lo que se elaboró una versión 5 de la pauta.

- 6) La versión 5 fue puesta a prueba realizando un grupo de discusión con tres residentes de psiquiatría de otras universidades de Santiago (Universidad Diego Portales y Universidad Católica de Chile), lo que permitió observar el comportamiento del instrumento en una población de características similares a la población en estudio. Gracias a este sondeo preliminar, se realizaron importantes cambios en la pauta, tanto en la redacción como en el orden de las preguntas, que incorporaron no tan solo correcciones a las dificultades observadas directamente por la investigadora, sino también la retroalimentación de los propios residentes, una vez que finalizó la aplicación del guión.
- 7) La versión 6 (ANEXO 3) fue nuevamente enviada a tres de los revisores de los pasos previos, estando los tres de acuerdo en que estaba suficientemente clara y precisa para ser aplicada.

**e) Criterios de rigor:** Debido a que el presente estudio se enmarcaba dentro de un paradigma naturalista, la credibilidad del mismo se fundamentó de la siguiente manera, en base al modelo propuesto por Guba y Lincoln (Guba, 2008).

1. Valor de la verdad: La validez interna o el isomorfismo de las percepciones aportadas por los residentes de psiquiatría que participaron del estudio, se verificó contrastando las opiniones que los participantes vertieron en los grupos de discusión y entrevistas realizadas.
2. Aplicabilidad: La transferibilidad de los datos recolectados fue resguardada realizando una descripción adecuada del contexto en que se llevó a cabo la investigación, a fin de posibilitar que futuros estudios, en otros centros formadores de psiquiatras del país o de la región, consigan generar hipótesis de trabajo semejantes a las surgidas en este trabajo, toda vez que los contextos formativos compartan ciertas características generales que los hagan comparables.
3. Consistencia: Debido a que las opiniones que se obtuvieron por parte de los residentes están dentro del campo de la subjetividad y son, por ende, susceptibles de sufrir variaciones importantes como consecuencia de múltiples factores, ajenos a la metodología empleada en la investigación, se realizó una

triangulación entre los datos obtenidos mediante entrevistas individuales y aquellos obtenidos en grupos de discusión. Con esto, se buscó asegurar la estabilidad de la información, cotejando que los resultados obtenidos en los grupos de discusión fueran consistentes con los resultados obtenidos en las entrevistas, considerando que esta última instancia podría haber llevado a opiniones menos espontáneas y diversas, debido a la legítima desconfianza que se genera en torno al anonimato de las opiniones cuando el interrogatorio es realizado de manera individual (Clarke, 1999).

4. Neutralidad: La confirmabilidad de los datos quedó, en parte, resguardada por la utilización de dos instancias de recolección de la información ya mencionadas (grupos de discusión y entrevistas) y, en parte, por la realización periódica de un ejercicio reflexivo al momento de discutir el trabajo con la directora de tesis, de presentar frente a una audiencia idónea los avances del proceso de investigación, así como de realizar una presentación final formal, en el contexto de la defensa de la tesis, en la que se verificó que las interpretaciones generadas fueran consistentes con los datos que las inspiraban.
- 
- f) **Análisis**: La información recabada mediante grabaciones de audio, tanto en los grupos de discusión como en las entrevistas individuales, fue transcrita en su totalidad en un archivo de texto, a fin de proteger la objetividad de las opiniones emitidas por los residentes. Posteriormente, la información fue procesada utilizando una herramienta computacional de análisis cualitativo llamada Dedoose. A través de dicha plataforma, se realizó una codificación abierta, utilizando la Teoría Fundamentada o *Grounded Theory*, que implicó la creación de códigos y posterior codificación axial, emergiendo así los conceptos asociados a la comprensión de supervisión en psiquiatría, directamente a partir de las declaraciones de los becados de la CPU.
  - g) **Resguardos éticos**: Se esperaba que los resultados obtenidos en esta investigación contribuyeran a generar una mejor comprensión de la supervisión en psiquiatría, aumentando así el conocimiento disponible en torno a un tema que, en general, había sido poco estudiado, tanto a nivel internacional como local y, al mismo tiempo, permitiera introducir mejoras en las prácticas docentes de los

supervisores clínicos de la formación de postgrado de psiquiatría de adultos de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile (CPU).

La investigación se llevó a cabo siguiendo los principios de la metodología cualitativa de forma rigurosa, seleccionando en una primera instancia a la totalidad de la población como potenciales participantes, en función de criterios científicos que apuntaran a responder de mejor manera la pregunta de investigación, en lugar de discriminaciones arbitrarias dentro del grupo de residentes en la CPU.

En un nivel institucional, se contó con la autorización por escrito del director de la CPU (ANEXO 4) para desarrollar la investigación en este centro formador. Del mismo modo, se informó del proyecto al coordinador de postgrado y al jefe de becados, a fin de solicitar su colaboración a lo largo del proceso.

A nivel grupal, durante el mes de mayo de 2018, se sostuvo una reunión con los residentes de la CPU, que tuvo lugar inmediatamente después de la reunión semanal obligatoria que realiza el servicio. En esta instancia, estaban presentes todos los residentes de primer y segundo año, pero solamente una becada de tercer año (ya que sus compañeros se encontraban en otros servicios o realizando sus rotaciones electivas). Esta misma residente, se comprometió a transmitir la información al resto de los estudiantes de tercer año.

Se informó de manera verbal a los asistentes sobre los propósitos de la presente investigación, invitándolos a participar en ella y coordinando con cada nivel los mejores horarios para realizar los grupos de discusión. Se solicitó la autorización verbal para contactar a los residentes por correo electrónico y teléfono. Cabe mencionar que se discutió la importancia de garantizar la confidencialidad de los datos recabados, de modo que los becados solicitaron que los grupos de discusión fueran llevados a cabo por la socióloga participante, a fin de que la información se mantuviera anónima para la investigadora, debido a su evidente cercanía con el estamento académico.

A nivel individual, se solicitó la firma de un consentimiento informado (ANEXO 5) entregado por escrito, previo a la recolección de datos, a los participantes de los grupos de discusión y entrevistas. El documento explicaba la naturaleza de la investigación y garantizaba el anonimato y confidencialidad de las opiniones vertidas, de manera tal que no generasen potenciales conflictos en su relación con los docentes o la institución. Así mismo, los participantes podían retirarse del

estudio en el momento en que lo estimasen conveniente, sin necesidad de justificar.

Es necesario destacar que, una vez finalizada la investigación, la información obtenida será presentada a los actores involucrados en el proceso, con el propósito de poder utilizar este nuevo conocimiento en planes de mejoramiento de la docencia de postgrado.



## 9) Resultados

Se realizaron en total 4 entrevistas individuales (dos de ellas a residentes de segundo año y dos a residentes de tercer año) y 2 grupos de discusión (de dos personas cada uno; ambos a residentes de primer año), con lo que se logró reunir una muestra total de 8 individuos (de un universo inicial de 24), distribuidos de la siguiente manera:

Curso	n total	Metodología (veces realizadas)
Primer Año	4	Grupo de discusión (2)
Segundo Año	2	Entrevista individual (2)
Tercer Año	2	Entrevista individual (2)

El resto de los residentes del programa fue contactado vía correo electrónico, al menos, en dos ocasiones cada uno y luego de forma telefónica, al menos, en una oportunidad, no siendo posible coordinar con ellos una entrevista, ya fuese porque no tenían disponibilidad de tiempo, porque no se presentaron a la cita acordada previamente o porque no respondieron los mensajes. Se tomó la decisión de no ejercer presión por otras vías y trabajar en base a la información recolectada de estos 8 residentes.

### Caracterización de la muestra

Del total de 8 entrevistados, 3 eran mujeres y 5 hombres; siendo dos mujeres de segundo año y una de tercero, mientras que cuatro de los hombres pertenecían a primer año y uno a tercer año. El rango de edades de los

Residente	Año Programa	Edad	Sexo
1	Primero	32	Masculino
2	Primero	25	Masculino
3	Primero	28	Masculino
4	Primero	30	Masculino
5	Segundo	32	Femenino
6	Segundo	34	Femenino
7	Tercero	31	Femenino
8	Tercero	28	Masculino

residentes entrevistados va desde los 25 hasta los 34 años, con un promedio de 30 años de edad.

Los entrevistados habían realizado sus estudios de pregrado en diferentes universidades y regiones chilenas, desde Antofagasta en el norte, hasta Temuco en el sur.

Finalmente, con respecto a la experiencia profesional previa al programa de formación en psiquiatría de adultos, todos los residentes trabajaron, al menos, los meses de verano antes de ingresar a la residencia de psiquiatría en la CPU. Hubo algunos estudiantes que decidieron postergar el ingreso a la formación de la especialidad por diferentes razones y éstos tenían un mayor nivel de experiencia como médicos generales.

### **Codificación**

Las entrevistas y grupos de discusión fueron, en su totalidad, transcritas de manera manual en Word y luego, dichos textos fueron importados desde la plataforma Dedoose, donde se llevó a cabo la codificación abierta, que dio origen a un total de 45 códigos, aplicados 448 veces a 433 citas diferentes.

Con la muestra disponible, se obtuvo la requerida saturación de información, al conseguir una adecuada repetición de temas y códigos, no emergiendo códigos nuevos en las últimas tres transcripciones revisadas. Por lo anterior, se consideró que la muestra era la suficiente para ser representativa y reflejar adecuadamente los pensamientos y opiniones de los residentes de la CPU.

A continuación, se presentan los códigos generados. Dentro de la lista, se pueden identificar códigos con diferentes propósitos. En primer lugar, existen códigos diseñados para realizar un seguimiento de variables sociodemográficas como “Edad” o “Tipo de beca”. En segundo lugar, se observan códigos que ayudaron a sistematizar y guardar material útil como “Buenas Citas”. Finalmente, los otros códigos se asocian directamente con los objetivos de la investigación y buscan conseguir aproximaciones hacia la valoración y comprensión de lo que significa la supervisión para los residentes de psiquiatría de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile.

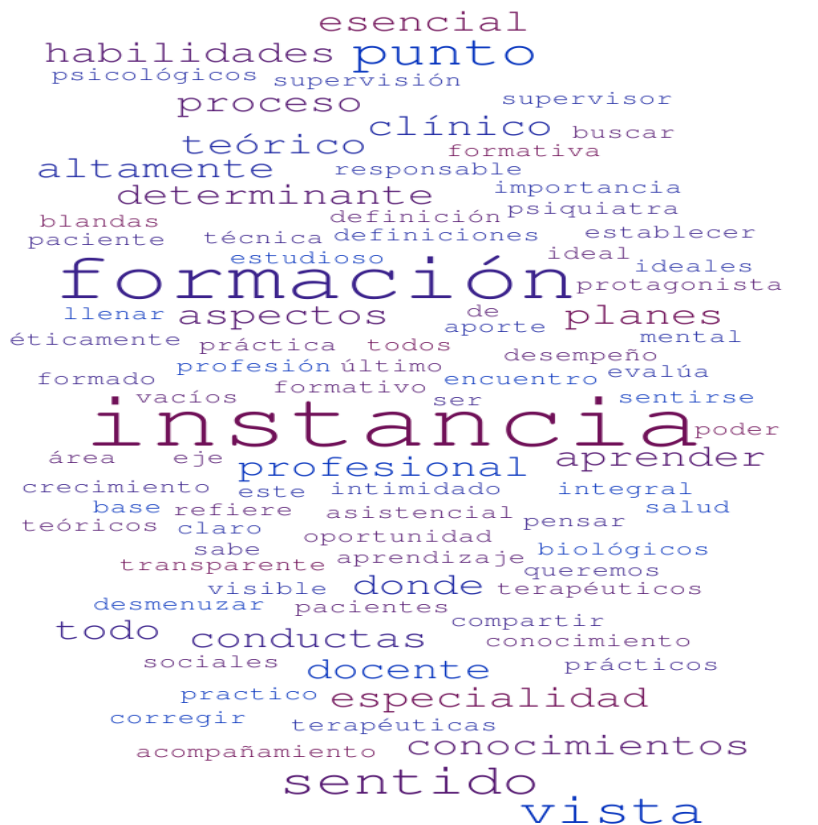
- 1) Edad
- 2) Experiencia previa
- 3) Pregrado
- 4) Tipo de beca

- 5) Buenas citas
- 6) Actividades de la supervisión
  - a. Discusión de casos clínicos
  - b. Estudio dirigido
  - c. Entrenamiento en manejo de emociones
  - d. Observación de entrevistas
  - e. Realizar entrevistas supervisado por staff
  - f. Retroalimentación
  - g. Reunión de pabellón
  - h. Seminarios
- 7) Atributos Beca Universidad de Chile
  - a. Atributos negativos
  - b. Atributos indeterminados
  - c. Atributos positivos
- 8) Ambiente de confianza
- 9) Características supervisado
- 10) Supervisión
  - a. Definición de supervisión
  - b. Diferencias con otras supervisiones
  - c. Imagen supervisión
  - d. Particularidades de psiquiatría
  - e. Importancia supervisión
  - f. Supervisor atributos negativos
  - g. Supervisor atributos positivos (ideal)
    - i. Buen supervisor
    - ii. Competencias profesionales
    - iii. Docencia
    - iv. Habilidades humanas
    - v. Dedicación/compromiso
    - vi. Disponibilidad
- 11) Temas de conversación con staff
- 12) Mentor
- 13) Sentimientos del supervisado
  - a. Ansiedad

- b. Comodidad
  - c. Sentimientos hacia los pacientes
  - d. Miedo
  - e. Paranoia
  - f. Sentimientos positivos hacia la CPU
- 14) Relación con otras figuras de autoridad
- 15) Recomendaciones

### La supervisión como eje central

Para comenzar a explorar los aspectos esenciales de aquello que los residentes definen como supervisión, se generó la siguiente nube de palabras, utilizando la herramienta en línea *word it out* ([www.worditout.com](http://www.worditout.com)). Este ejercicio permitió observar qué asociaciones de ideas o conceptos ocurrieron con mayor frecuencia al solicitar explícitamente una definición de supervisión a los residentes.



WordItOut

Como puede observarse, la supervisión en psiquiatría es considerada por los residentes como esencial y determinante en el proceso formativo de postgrado. Todos los entrevistados estuvieron de acuerdo en que los aprendizajes obtenidos por medio de la supervisión no eran susceptibles de ser adquiridos de otras maneras. Es decir, ninguno de los residentes concebía que la supervisión pudiese ser remplazada por otra metodología de enseñanza.

Esta percepción de centralidad se sustenta en el hecho de que la psiquiatría es vista, por los entrevistados, como una disciplina que no es únicamente científica, sino que incorpora una multiplicidad de otros aspectos humanos y sociales, donde los conocimientos deben conjugarse con habilidades blandas, aspectos clínicos y éticos, entre muchas otras cosas. Existió consenso amplio entre los estudiantes respecto de las razones por las cuales eligieron esta especialidad. En general, se consideró a la práctica psiquiátrica como de mayor complejidad y menor certeza en cuanto al diagnóstico, lo que obliga al clínico a un ejercicio reflexivo y despliegue de habilidades semiológicas mayor que en otras especialidades, lo que fue valorado positivamente por los entrevistados.

*“Los problemas físicos tienen orden lógico, tienen una causa-efecto, tienen un tratamiento así bien establecido... ehm... pero a veces la salud mental tiene diferencias de opinión y uno ve cosas distintas, los observadores, y eso lo encontraba bien interesante porque se formaba algo interesante que forzaba una discusión, una argumentación de algún síntoma, algún cuadro, diagnóstico, cualquier cosa. Se podían ir como construyendo cosas así... interesantes.”*  
(Residente 3, primer año)

*“De psiquiatría me llamó mucho la atención el estar frente a un problema complejo donde... sentía que tenía ciertas habilidades... o sea una entrevista clínica. Era fácil preguntar cosas complejas o cosas que se tienen que preguntar más solapadas con habilidades de relaciones interpersonales, así sobre todo como de conversación.”* (Residente 4, primer año)

Esta amplitud de áreas y aspectos a considerar en el abordaje integral de los pacientes con enfermedades mentales, le otorga a la psiquiatría, en el imaginario colectivo de los estudiantes, una complejidad única en medicina, que confiere a la

supervisión constante y presente, una relevancia superior a la que, ellos suponen, esta didáctica podría tener en otras especialidades médicas.

*“Psiquiatría yo siento que se diferencia de otras especialidades en que uno no trabaja sólo con lo biológico, sino que con lo ultra humano del otro y es inevitable que eso te resuene a ti, ya sea por tu propia experiencia humana o por lo que tú has vivido. Y tiene otras aristas que las otras especialidades no tienen tanto, como, a veces lo que uno diga puede hacer que una mamá no vea más a un hijo. O que una persona no pueda manejar más sus bienes. Tiene una responsabilidad tremenda y eso va más allá de qué remedio vas a usar o cómo vas a diagnosticar... ¿cachai?” (Residente 5, segundo año)*

### **Características de la supervisión y el supervisor**

En general, lo que los estudiantes asocian con supervisión, parece estar íntimamente relacionado con sus opiniones y percepciones respecto de los supervisores que imparten dicha supervisión. Al describir la supervisión, la figura del supervisor aparece casi de forma automática en el discurso de los residentes.

*“Toda nuestra formación estamos aprendiendo en base a los pacientes que supervisamos, porque empezamos a atender como sabemos... lo que nos salga (riendo levemente) y vamos intentando modelar según lo que los supervisores nos van indicando en cada situación.” (residente 7, tercer año)*

El supervisor tiene un rol protagónico en la formación de los entrevistados, ejecutando la supervisión de acuerdo a su propio estilo personal.

*“Es variable (risa), porque con algunos me imagino (risa) como que estoy sentada tomándome un café y discutiendo el tema... y con otros me imagino estando en la comisión del examen ¿cachai? (risa).” (Residente 6, segundo año)*

Muchos de los entrevistados coinciden en que es un atributo positivo el rotar entre diferentes supervisores, ya que les permite familiarizarse con diferentes modelos de enseñanza y eso enriquece el proceso formativo.

De acuerdo a la percepción de los estudiantes, el supervisor ideal es aquel que cumple, al menos, con tres atributos fundamentales:

- 1) Competencia profesional (entendido como el dominio técnico de la disciplina).
- 2) Docencia/dedicación (interés particular en la docencia y manejo de herramientas pedagógicas) .
- 3) Habilidades humanas o “blandas”. Los residentes destacan fuertemente esto último como una característica diferenciadora, y altamente valorada, a la hora de ser supervisados.

Así como los residentes comprenden el concepto de supervisión como algo estrechamente vinculado a la figura del supervisor, una supervisión ideal o experiencia positiva de supervisión, y el buen supervisor, comparten características similares. Los entrevistados destacan como cualidades positivas en la supervisión:

- 1) La capacidad de generar o cubrir de manera estructurada y amplia diversos contenidos, más allá de la sola revisión del caso clínico.
- 2) Compromiso por la supervisión de toda la comunidad educativa.
- 3) La disponibilidad de supervisión por diversas vías (no solamente de manera presencial y directa).

*“Supervisión ideal... yo creo que debería ser... o sea con alguien que en primer lugar que esté interesado en ser tutor y en hacer docencia, lo que significa estar respondiendo preguntas probablemente básicas, o estar teniendo disponibilidad en otro momento... sólo a los convencidos. Que efectivamente estuviese presente cuando uno lo necesitase, alguien que no tuviera miedo, que fuera lo suficientemente como... abierto y confiable para expresarle uno las inquietudes y no tener miedo, por ejemplo de que uno le va a decir algo y que lo va a evaluar mal, o que no lo va a interpretar adecuadamente, y algo que... me gustaría que hubiera, y que en general en la supervisión me gustaría que se viera es que, independiente de que estuviera presente en cuerpo, en alma, en WhatsApp por ejemplo y que estuviera por ejemplo presente también en las supervisiones viendo al paciente, ahí conversando con él. Siento que una supervisión ideal también*

*deberían haber espacios que no fueran estrictamente asistenciales, sino también como de conversación y análisis un poco más como amplio, o sea por ejemplo [...] tener una hora por ejemplo esta tarde para conversar, no necesariamente ver pacientes, sino de la psiquiatría en general, una orientación de cómo resolver la conversación con el paciente, cómo afrontar ciertos problemas en la relación que no se restrinja a decir tratamiento farmacológico o no farmacológico, o diagnóstico.” (Residente 3, primer año)*

De esta manera, las características que posee un buen supervisor y una buena supervisión quedan resumidas en la siguiente tabla, que en los próximos párrafos será descrita con mayor profundidad:

<b>Buen supervisor</b>	<b>Buena supervisión</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competencia profesional</li> <li>• Docencia/ dedicación</li> <li>• Habilidades humanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenido amplio y organizado</li> <li>• Compromiso</li> <li>• Disponibilidad</li> </ul>

### **Competencia profesional y contenido de la supervisión**

“Competencia profesional” hace referencia al conocimiento y destreza disciplinar que poseen los académicos que realizan la supervisión y “contenido de la supervisión” a la forma en la que los estudiantes esperan poder obtener dichos conocimientos y destrezas por medio de la interacción con el supervisor.

Los estudiantes manifiestan, de manera transversal, una necesidad de mayor estructura en los contenidos de la supervisión entregada en la CPU, explicando que hay ocasiones en las que sienten que, por el hecho de no tener a su cargo a un paciente con un determinado diagnóstico, esa patología puede terminar no siendo cubierta ni aprendida realmente.

*“Sí, yo creo que quizás lo que haría sería un poco más ordenar el estudio. Por ejemplo, preparar temas, discusión de casos, no solamente tan paciente a paciente.” (Residente 2, primer año)*



En paralelo a este requerimiento de mayor orden y exhaustividad en los contenidos de la supervisión, se reconoce que en la CPU sí existe todo el material y conocimiento deseable para un psiquiatra en formación. Sin embargo, habrían ciertas barreras para acceder a ellos, como por ejemplo, no tener oportunidades de observar directamente a psiquiatras experimentados haciendo entrevistas clínicas, a fin de poder aprender sus estilos y técnicas. Del mismo modo, se declara una necesidad de mayor supervisión presencial hacia ellos a la hora de realizar una entrevista clínica real, para luego poder obtener una retroalimentación sobre su desempeño frente al paciente. Los residentes creen que potenciar ambas instancias, les ayudaría a estar mejor preparados a la hora de manejar a sus pacientes.

Las actividades que los residentes mencionan como propias del proceso de supervisión son: la discusión de casos clínicos, estudio dirigido de temas, observación de entrevistas clínicas hechas por un staff, realización de entrevistas supervisados directamente por el tutor, reunión clínica de pabellón, seminarios bibliográficos y retroalimentación, tanto sumativa como formativa.

En cuanto al supervisor, los estudiantes expresan satisfacción con el nivel de competencias profesionales de los académicos de la institución y perciben que hay excelentes psiquiatras en la CPU:

*“Sobre todo, por ideales políticos y sociales y me encantó cuando hice el internado electivo de acá estar leyendo un libro y que el autor estuviera caminando en el pasillo. O ponte tú, poder preguntarle algo así como cercanamente a los autores ‘¿qué quiso decir con esto?’ ‘Si me explicara mejor esto.’”* (Residente 3, primer año)

Sin embargo, el atributo de experticia en la disciplina no es el más valorado en los supervisores. Los residentes aceptan, como una característica necesaria para realizar docencia, saber de aquello que se está enseñando, pero no esperan que los supervisores cuenten con estudios de postítulo específicos ni publicaciones científicas; lo más apreciado dentro de las competencias profesionales es la experiencia clínica.

*“Pero es que eso va dentro de la... de lo idóneo que es como tutor. Pero no es excluyente, o sea, si no tiene publicaciones, pero tiene mucha experiencia, onda*

*40 años en el área y que es muy buen clínico, lo más probable es que no le interese y se dedique más a la clínica.” (Residente 1, segundo año)*

## **Docencia y compromiso institucional**

Los residentes destacan la labor de docencia de los académicos y el compromiso institucional, como dos características importantes en la supervisión. Éstas se refieren, respectivamente, a la forma particular en que los supervisores realizan las actividades pedagógicas y al esfuerzo real por parte de todos los actores involucrados en el proceso formativo para que la supervisión ocurra de manera oportuna, en un horario protegido y pueda ser constante.

El compromiso institucional con la supervisión es percibido como insuficiente por los residentes de la CPU. Por un lado, sienten que dicha instancia formativa es imprescindible para su óptimo desarrollo profesional, pero, por otra parte, consideran que sus supervisores carecen del tiempo suficiente para realizar esta tarea adecuadamente. No existe claridad respecto de si esta carencia de tiempo se debe a un exceso de trabajo en la CPU o es consecuencia de otros motivos.

*“[...] tiene que haber sobretodo... tiene que tener la etapa completa, que es ver al paciente y después hablar sobre el paciente, tiene que tener el tiempo protegido para hacer esa situación... o sea para crear esa instancia [...]” (Residente 4, primer año)*

*“Es que acá, bueno... siempre... no hay una instancia formal, así como decir ‘ya todos los lunes de 2 a 3 te voy a supervisar’, pero si está el tiempo... ¿ya? Obviamente que depende también entre el feeling, la carga asistencial, académica y laboral del staff que te toque, pero yo debo reconocer... o sea yo he tenido suerte que cuando he... he necesitado una orientación ha estado disponible mi... mi supervisor para... que me gustaría que fuese algo como más formal... así como...mmm como... una instancia más determinada.” (Residente 5, segundo año)*

Cabe destacar que uno de los aspectos más valorados del supervisor es su dedicación a la docencia. Esto no implica, únicamente, poseer competencias profesionalizadas para la enseñanza, sino que incluye un fuerte interés personal y deseo genuino por parte del supervisor de participar en el proceso de aprendizaje del residente.

*“Eso es algo que yo echo de menos, de hecho, porque, al menos allá [Pontificia Universidad Católica de Chile], eso es otra diferencia, casi todos los profes tenían algo en educación, como magíster en educación, diplomado en educación, cursos en educación; entonces había como todo un tema de saber hacer docencia. Y acá yo siento que es más como a la antigua, en el sentido que, los profes que tenemos son bacanes, yo los admiro mucho como psiquiatras, pero quizás falta un poco de pedagogía.”* (Residente 5, segundo año)

*“Supervisión ideal... yo creo que debería ser... o sea con alguien que en primer lugar que esté interesado en ser tutor y en hacer docencia, lo que significa estar respondiendo preguntas probablemente básicas, o estar teniendo disponibilidad en otro momento... solo a los convenidos, que efectivamente estuviese presente cuando uno lo necesitase.”* (Residente 4, primer año)

De este modo, incluso cuando poseer educación formal en docencia parece ser una herramienta valiosa a la hora de evaluar al supervisor, sigue siendo más importante su motivación personal por enseñar y estar dispuesto a dedicarle tiempo al estudiante.

## **Disponibilidad y Habilidades Humanas**

Finalmente, se identifican la disponibilidad, es decir, facilidad de acceso a la supervisión, y las habilidades humanas del supervisor para interactuar con otros y establecer una relación positiva con el estudiante. Estas dos características, son complementarias al compromiso institucional e interés por la docencia.

En primer lugar, una mayor disponibilidad de la supervisión puede ayudar a los supervisores con interés en docencia a realizarla. Nuevamente, se requiere que exista compromiso por parte de todos los miembros del programa de la CPU, para entregar esta disponibilidad a los docentes.

La figura del supervisor (y el conocimiento y experiencia que es capaz de transmitir) es tan valorada por los residentes, que desearían estar en contacto de manera más constante con sus supervisores y que éstos emplearan estrategias pedagógicas variadas, tales como la observación directa de su quehacer clínico, la supervisión de entrevistas de pacientes y la posibilidad de recibir retroalimentación formativa periódica y no solamente sumativa, al terminar las rotaciones.

*“Claro, así como ‘esto lo hiciste bien’. ‘Mira, tú sabes que tú tienes esta fortaleza, desarróllala más...’ eeh no tanto porque cuando el... a nosotros siempre nos hacen un feedback... eeh que es en cada examen de rotación, nos hacen una devolución... el tema está en que... todas las veces que nos supervisan, una entrevista o algo así... eeh se resalta mucho lo negativo, en lo que te equivocaste, en lo que te faltó... ¿me cachai?, entonces eeh... no se resalta... ‘Ah, mira, pero tú preguntaste bien esto, o tú hiciste bien esto’” (Residente 5, segundo año)*

Luego, los estudiante destacan las habilidades blandas de los supervisores como herramientas importantes a la hora de entablar una relación positiva y nutritiva con ellos.

*Mira... hay un supervisor que se me viene a la mente, que me gustaría decirle que lo encuentro un muy buen profesional... que tenemos muchas cosas que aprender de él, pero que sea más acogedor (risas). Los primeros meses de la rotación.... ¿Cachai? Porque... yo he sentido que a medida que el... son dos cosas; a medida que a mí me va bajando la angustia, en el momento que él me tiene que interrogar, yo he sentido que él también se ha puesto menos a la defensiva (risas) y es como... entonces y ha sido más grato... y he aprendido más, y en el fondo no me... no me duele tanto cuando me reta (risa) ¿cachai?” (Residente 6, segundo año)*

Para los estudiantes, relacionarse con una persona que provea un espacio acogedor, que permite dudar y equivocarse, sin miedo a ser enjuiciado o evaluado negativamente, es una posibilidad que reviste un enorme valor y favorece la construcción de aprendizajes significativos. Asimismo, esta última característica ayuda a los residentes a reducir sentimientos de temor, generando un clima de confianza en el cual plantear

inquietudes y opiniones frente a otro que, pese a que tal vez será el mismo que posteriormente los evaluará, no los condenará por cometer errores en el proceso.

A la inversa, aquellos supervisores percibidos como fríos y distantes, que no propician espacios de apertura y honestidad, finalmente no realizarían una adecuada labor de enseñanza, ya que no serían capaces de percibir las falencias teóricas reales de los residentes y, de esta manera, no cubrirían todos los contenidos que el estudiante requiere.

*“[Un mal supervisor] ¿En un tipo? Sería alguien que... que no tiene tiempo que... que te.... Que te... ningunee. Así “aaah no sabes nada...” eeh que cuando uno le pregunta una duda te responda “sí, ya bueno haz eso”, pero que no haya así como una instancia de discusión del caso... así como “ya, pero ¿por qué le quieres dejar esto?”... me entiendes... porque... “ya, ¿por qué piensas que tiene este diagnóstico?...mmm... eeh... mm. Que en el fondo... y le digo...mmm tiene... “tengo dudas con este síntoma, no sé si es esto lo que estoy viendo o no”, “ya, a ver, vamos a verlo...” en el fondo que... eso...que sea... que no sea receptivo con las dudas que uno tenga, que no esté disponible cuando uno lo busque...”*  
(Residente 6, segundo año)

### **Figura de supervisor como distinto de mentor**

Incluso cuando las habilidades blandas y la capacidad de acoger a los residentes se consideran fundamentales en la supervisión, los residentes no desean ni demandan que la relación de supervisión contemple la discusión de temas referentes a su vida personal.

*“Porque lo que vivimos como supervisores, es como muy, algo académico. Para mí un mentor es algo mucho más integral. Es como un guía que te va a guiar en la vida. Como que, abarque aún más aspectos extracurriculares, y quizás laborales, familiares, cómo va a ser más adelante la pega (...) En el fondo quizás uno va transformándose con ese acompañamiento, por decirle de alguna manera.”*  
(Residente 5, segundo año)

*“Yo creo que un tutor es más bien técnico, en cambio un mentor podría ser algo más personal.”* (Residente 1, primer año)

En este sentido, los estudiantes hacen una distinción clara entre las funciones de un supervisor y un mentor, asignándole al primero un perfil eminentemente académico (que puede y debe incluir el entrenamiento en manejo de emociones frente a situaciones complejas dentro del proceso de aprendizaje), y al segundo, una labor más integral en el desarrollo profesional del residente, que implica conocer aspectos íntimos del estudiante.

*“En mi concepto personal... un supervisor no es necesariamente un mentor... el mentor es como un valor agregado... porque uno puede hacer una buena supervisión de la parte como técnica, práctica eeh, y no ser un mentor... yo creo que el mentor tiene implicancia ya ... de cuál es tu definición de profesional, de lo que quieres ser...¿ya? O sea una mentoría que va como ya metiéndose también en la parte como moral de cada uno, de cuestionar, aportar o rebatir ciertas cosas morales que a uno se le ocurren en nuestra práctica clínica.”* (Residente 3, primer año)

*“Si po, igual lo hemos pensado y... y como que... porque... hemos discutido como sería eeh un... mentor... digamos una cosa así, alguien que te acompañe en el proceso, pero como en paralelo incluso... a lo académico... como que quizás noo... ni siquiera pueda fusionarlo en la misma persona... porque es bien difícil que uno pueda ir y... y ser honesto en ciertas cosas... con alguien que está evaluando....como que le quita... (...) Emmm, como imparcialidad (...) no digo que todos terminamos así con un sufrimiento interno espantoso, pero hay momentos en que uno... te hace ruido.... E igual eeh... y hay muchas cosas que uno no sabe como manejar... y va a pasar sí o sí, porque uno se ve expuesto a situaciones bien...complejas... entonces claro, en cirugía eeh... importará que te enseñen a hacer bien los nudos para cerrar a la personas... pero acá también hay que enseñar como hacer para que tú te mantengas entero cuando estás en una interacción súper demandante.... O sea, como que... es necesario además para formar buenos psiquiatras... más allá de hacerle la vida más fácil al becado.”* (Residente 7, tercer año)

## El supervisado en la relación de supervisión

Al momento de describir su experiencia de aprendizaje en el programa de formación de especialistas de la CPU, los residentes exhiben principalmente comentarios positivos. Se habla favorablemente de la calidad de los profesores, del clima educacional entre los residentes, de la riqueza semiológica de los casos clínicos a los que tiene acceso y, en general, se aprecia cariño y sensación de pertenencia a la CPU como institución.

*“Y se da un fenómeno muy rico, que, entre los becados, hay una cohesión muy positiva. Al menos entre las generaciones actuales, yo los quiero caleta a los grandes, tiramos la talla, tratamos de carretear, en la medida que se puede, entonces, hay un espíritu de identidad de grupo, hay un espíritu de identidad de institución. También uno ve cosas malas, pero uno siente que de acá sale bien formado, diría yo. Creo yo, por lo menos.”* (Residente 5, segundo año)

En general, los residentes perciben tener claridad sobre las expectativas que los supervisores tienen de ellos, como profesionales y estudiantes. Catalogan como características básicas e imprescindibles en sí mismos la puntualidad, responsabilidad, confiabilidad y veracidad, además de interés en la propia formación y proactividad.

*“Sí o sea... los supervisores están como revisando el caso, pero uno es, quien es el encargado de todas las funciones, de hecho un montón de supervisores nunca vieron a los pacientes. Es lo que uno les comenta, entonces uno como tratante tiene el deber... de hacer bien su parte del trabajo, o sea recaudar bien los datos, de estar atento a lo que le pasa al paciente, de estar viendo la... no se po, que estén los fármacos, de hablar con los familiares... o sea esa pega yo creo que efectivamente corresponde al supervisado... hay algunos que dicen que... que el supervisor debería estar más metido, yo creo que no... mm... no necesariamente... ehm. También hay que tener ciertas... o sea como cosas básicas de responsabilidad, si tú quedaste... de que te vas a juntar a tal hora... o que van a... a supervisar a tal paciente tal cosa, tener las cosas hechas, pero yo creo que es como algo, como mínimo que exigir en cualquier situación.”* (Residente 8, tercer año)

*“O sea en... en ningún momento se pone en duda que uno tenga que ser responsable, llegar a la hora, conocer los pacientes, eeh no mentir, eeh conocer, estudiar los temas o sea eso es (...) Es que... yo creo que esas cosas son como básicas para los estudiantes, y sobre una persona que se supone que ya es adulta y está en algo porque... le interesa... o sea sería incomprendible que nosotros tuviéramos que hablar de un tema y no hayamos estudiado, o que fuimos a supervisar y no sepamos cómo se llaman los pacientes, o sea eso no creo que esté en duda y no creo que es algo que... que se pueda discutir mucho. Yo pienso una de las cosas un poco más elevadas de lo que... el deber ser de un becado debería ser, sería efectivamente ser un poco más proactivo de lo habitual, mostrar el interés adecuado y de la forma correcta eeh entender que eeh uno tiene eeh ciertas obligaciones que cumplir pero también eeh responsabilidades que no se pueden delegar totalmente al supervisor, porque también es una práctica para el trabajo y.... Pucha, o sea no sé... todas las otras ... las cualidades bonitas que dijo .. Pero mmm... yo creo que son las básicas.”*

(Residente 4, primer año)

Por otro lado, los residentes consideran que deben conocer a sus pacientes, estudiar la bibliografía que se les entrega y ser humildes y autocríticos en la recepción de la retroalimentación entregada por los supervisores. Estas últimas características son consideradas como diferenciadoras, por sobre las cualidades básicas, anteriormente mencionadas.

Debido a las permanentes evaluaciones sumativas, así como al peso emocional que reviste la atención de pacientes complejos, los residentes declaran experimentar diversos sentimientos negativos, que los supervisores pueden contribuir a modular.

Algunos entrevistados mencionan cómo la interacción con los pacientes puede generar sentimientos ambivalentes en ellos, manifestando frustración frente a situaciones clínicas complejas, preocupación por cuidar los límites profesionales y rechazo innato hacia ciertos rasgos de personalidad en sus pacientes. En ambientes no profesionales o donde el individuo no debe velar por la salud y el cuidado del otro, esto podría ser menos relevante, pero en psiquiatría, los estudiantes deben seguir trabajando con personas cuya psicopatología les afecta como tratantes. Los residentes declaran que el supervisor podría ser un mayor apoyo a la hora de orientarlos de mejor manera para aprender a lidiar con



aquellas situaciones transferenciales y contra-transferenciales que perciben como altamente demandantes en el plano emocional.

*“Yo creo que deberían acompañar más a la persona también. Creo que eso falta como que la supervisión académica... bien, pero la beca igual tiene hartos desafíos del punto de vista emocional... como que hay harta gente que termina siendo... porque no sabe qué hacer con sus emociones, de cómo tolerar esto... y es parte del quehacer psiquiátrico... no podía decir que no existe... no, lo que pasa es que esa persona es muy sensible y por eso le pasa... no, es algo que ocurre. Entonces ¿por qué no están como viendo ese aspecto que es...? ¿Cachai? como el que el... como te va afectando a ti, y alguien en quien puedas confiar que no va a ser... que si tu le dices ‘pucha lo que pasa es que, no se po, que mi papá también tiene un cuadro depresivo y me acuerdo de él cuando...’ y que no te van a juzgar por eso... ¿cachai? Y poder decirlo lo que también... también te van a mover cosas, si es importante en ese eh sentido... y eso si que no existe.” (Residente 7, tercer año)*

En estrecha relación con la necesidad ineludible de estar atentos a las dificultades que surgen dentro de la relación médico-paciente en psiquiatría, los residentes vivencian, además, procesos internos que se despliegan en la relación con sus supervisores y se expresan como angustia frente a instancias de evaluación u observación directa y miedo respecto de lo que otros piensen de ellos.

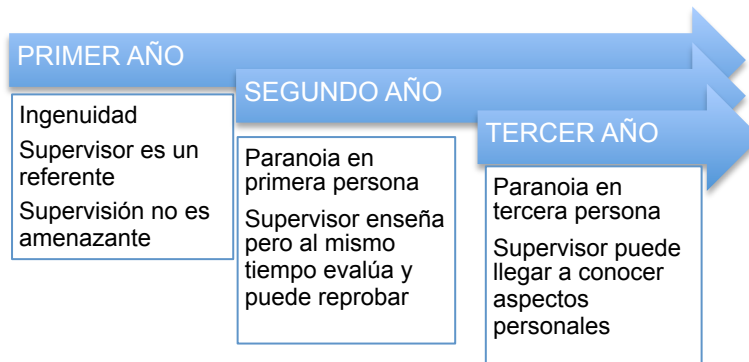
*“(...) Cuando uno llega a la beca se siente muy paranoico, porque uno sabe... que el resto sabe cómo va a analizar tu comportamiento... ¿cachai?, entonces como que no es cualquier cosa e ir y estar conversando con tres psiquiatras que te están preguntando de tu vida, probablemente te están sacando un rollo, yo creo que de partida ya eso ya es como una paranoia esperable.” (Residente 7, tercer año)*

Se destaca que es una particularidad de ser residente de psiquiatría el tener temor o preocupación frente a cómo uno se presenta ante sus supervisores, siendo esto mayor al miedo que podrían tener estudiantes de otras especialidades médicas.

Los residentes de la CPU describen cómo el sentimiento de constante observación por parte de pares y superiores afecta finalmente su comportamiento.

*“Pero sí está esto de ¿estará bien lo que hice? ¿Estará bien cómo vengo? Por ejemplo, yo, en primero, jamás me hubiera pintado las uñas moradas, venía con las uñas color nude o no pintadas, porque pensaba que el color podía decir que yo estaba loca. Entonces yo tenía una compañera que se las pintaba rojas y yo decía no esta niña está siendo demasiado osada. Ahora lo veo y digo, chuta, ¿cachai? Pero en ese momento sí po, y no era la única, te puede decir que no era sólo yo.”* (Residente 5, segundo año)

Lo anterior pone de manifiesto la temática de paranoia frente al supervisor, que se presenta de manera distinta en los residentes, dependiendo del año del proceso de formación en que se encuentren. Los residentes de primer año, declaran ver a sus compañeros de años superiores muy temerosos frente a los académicos que los supervisan y evalúan, lo que les resulta difícil de entender, ya que ellos ven a los supervisores como sus referentes y, en consecuencia, no les parece que las instancias de supervisión sean amenazantes de ninguna manera. Los residentes de segundo año, por su parte, tildan a sus compañeros de primer año de ingenuos, pues todavía no han aprendido que, ese mismo supervisor que enseña, puede también reprobarlos. En este año, la paranoia parece ser vivida en primera persona y alcanzar su nivel más alto dentro de los tres años, lo que también fue posible observar de modo directo por la investigadora (en las entrevistas que se llevaron a cabo en este estudio, fue precisamente una residente de segundo año quien solicitó que, en un determinado punto, se detuviera la grabación, a fin de poder referirse a un aspecto sensible del programa de formación). Finalmente, los residentes de tercer año, aunque siguen sintiéndose temerosos frente a algunos supervisores en particular, consideran que delante de otros, pueden ser más auténticos y espontáneos, de manera tal que ven como factible establecer relaciones personales con los supervisores y dejar de lado la paranoia que pudieron haber sentido ante algunas figuras de autoridad, en las etapas previas de su proceso formativo. Le asignan un mayor componente de paranoia a sus compañeros de niveles inferiores que a ellos mismos, pero sin la ingenuidad de los residentes de primer año. La paranoia evolucionaría entonces de la siguiente manera:



### **Ambiente de confianza y paranoia**

Adicionalmente, existe la percepción de que la paranoia descrita puede verse apaciguada en la supervisión, si es que se logra generar un lazo de confianza con el supervisor. Las habilidades blandas del supervisor contribuirían a disminuir sentimientos negativos en los residentes.

*“Que va a tener... una... actitud acogedora, contenedora. Que va a ser capaz de... si yo tengo, por ejemplo, me equivoqué en decir algo, me va a ir corrigiendo.”* (Residente 6, segundo año)

*“Yo creo que esta cuestión es un ambiente de confianza, quiero que hablemos los dos de uno a uno tranquilamente, y yo creo que esto se podría mejorar y se puede mejorar así y así, trata de hacerlo así y así”, ¿entonces qué pasa? Uno se siente apoyado, no se siente humillado porque fue en privado y le dan las directrices para poder mejorar... si ya uno no mejora bueno... está bien”* (Residente 5, segundo año)

Por último, los estudiantes también reconocen responsabilidades en ellos mismos a la hora de contribuir a la construcción de un ambiente de confianza que propicie el aprendizaje, en términos de ser transparentes y asumir sus propias falencias y limitaciones frente a los supervisores.

*“Yo valoro caleta la honestidad en pos de mejorar el aprendizaje, que dáselas de no, yo lo sé todo.”* (Residente 5, segundo año)

## 10) Discusión

La relevancia que le asignan a la supervisión educacional en psiquiatría los residentes de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, dentro de su proceso formativo, es concordante con la importancia que diversos estudios revisados le otorgan a esta herramienta, al referirse a ella como “central en el desarrollo de habilidades en psiquiatría” (Goldman, 2011; Macdonald, 2002), “fundamental para la experiencia de aprendizaje” (Chur-Hansen & McLean, 2007), “la piedra angular de la formación psiquiátrica” (Clarke, 1999), “el modelo primario de entrenamiento profesional para los clínicos de la salud mental” (de Groot, Brunet, Kaplan, & Bagby, 2003) o “un componente esencial en el entrenamiento básico de especialistas” (Julyan, 2009), entre muchas otras descripciones.

Así mismo, la percepción de que esta didáctica es irremplazable para los psiquiatras en formación, a causa de la mayor complejidad que revestiría el abordaje de los pacientes psiquiátricos, es algo que también se encuentra descrito; el estudio de Anna Chur-Hansen y Damon Parker (Chur-hansen & Parker, 2005), que entrevistó a supervisores y residentes, concluyó que los psiquiatras efectivamente consideran su especialidad como diferente, debido a que demanda un rango más amplio de habilidades que otras disciplinas. Humphrey, añade que existen diversas formas en las que la psiquiatría exige familiaridad con aspectos que no se toman en cuenta en otras especialidades, como ciertos temas legales, por ejemplo (Humphrey, Marcangelo, Rodriguez, & Spitz, 2013), que los residentes de la CPU también parecen tener muy presentes en su discurso.

Un aspecto muy llamativo dentro de los resultados presentados, es que, de manera espontánea, los propios estudiantes plantean una clara distinción entre los conceptos de supervisor y mentor, lo que difiere de la tendencia, en algunos trabajos, a considerarlos, erradamente, como sinónimos (Clarke, 1999; MacDonald & Ellis, 2012; Mascola, 2008). Los entrevistados le asignan a la supervisión un rol eminentemente educacional y ven al *mentorship* como una relación de carácter más personal y a más largo plazo que la anterior, establecida con un sujeto que es referente dentro de la disciplina, que se convierte en un modelo a seguir y guía para el psiquiatra en formación, lo que es del todo concordante con la aproximación al concepto, plasmada por el grupo de Sophie Soklaridis (Soklaridis et al., 2015).

Respecto de las formas de supervisión, de acuerdo a los tipos descritos por Farnan (Farnan, Petty, & Georgitis, 2012), los residentes de la CPU contemplan como posibles solamente tres de las cuatro modalidades mencionadas en la literatura, quedando fuera la supervisión indirecta, con el supervisor inmediatamente disponible en el lugar de atención. En cuanto a los tres tipos restantes, la revisión (oversight), en que el médico supervisor revisa la atención después de que ésta ya fue brindada, parece ser la forma más comúnmente utilizada al supervisar. Sin embargo, los estudiantes expresan una mayor necesidad de recibir supervisión directa, con el supervisor físicamente presente con el paciente y el residente (fundamentalmente para poder observar entrevistas clínicas realizadas por un experto y ser observado por este experto al entrevistar) y consideran como imprescindible para una buena supervisión, la posibilidad de contar con supervisión indirecta, específicamente, aquella con el supervisor disponible vía teléfono celular (texto o llamado).

Al momento de solicitar a los residentes que se refirieran a las características deseables en un buen supervisor, los entrevistados pusieron énfasis en atributos muy semejantes a algunos de los descritos en la literatura, como: competencias clínicas (Chur-Hansen & McLean, 2007; Tor et al., 2011), disponibilidad y capacidad de apoyo (Chur-Hansen & McLean, 2007; Clarke, 1999) y calidez (Clarke, 1999). No hicieron alusión a otras características mencionadas, como prudencia, madurez y sabiduría (Tor et al., 2011), y, en cambio, se refirieron a un aspecto que no había sido descrito en la bibliografía revisada, que es el interés genuino por enseñarle a otros, el que es percibido como un elemento fundamental del “buen supervisor”.

En los psiquiatras en formación de la CPU, las expectativas de cómo debiese ser una buena supervisión resultaron ser del todo idénticas a las mencionadas en la literatura, en términos de que ésta sea suficiente en cantidad (Clarke, 1999), tenga objetivos y encuadres definidos (Rele & Tarrant, 2010) y proporcione retroalimentación efectiva de forma regular (Chur-Hansen & McLean, 2006; Rele & Tarrant, 2010). Además de todo esto, la solicitud reiterada por parte de los residentes, de contar con mayores oportunidades de observar directamente a sus supervisores mientras éstos realizan entrevistas clínicas, y de recibir los contenidos teóricos de forma más organizada, es consistente con el trabajo de Newman, que exploró las expectativas de la supervisión que tienen residentes y supervisores en función del estadio de aprendizaje en que se encuentren de acuerdo al Modelo Dreyfus de adquisición de habilidades (Newman, Ravindranath, Figueroa, & Jibson, 2016). Así, se confirma que, efectivamente, los

residentes novatos requieren más estructura, indicaciones concretas, retroalimentación específica y oportunidades para imitar directamente a los supervisores.

En lo referente a la valoración que hacen los residentes sobre las características deseables de un buen supervisor, los resultados del presente estudio son del todo concordantes con uno de los pocos trabajos cualitativos sobre supervisión en psiquiatría, desde la perspectiva de los psiquiatras en formación, de Chur-Hansen y McLean (Chur-Hansen & McLean, 2007). Tanto para los residentes de dicha investigación, como para los de la CPU, las competencias clínicas del supervisor fueron consideradas como relevantes, sin embargo, se puso un énfasis aun mayor en las habilidades docentes y las conductas de apoyo que despliega el supervisor.

Como también se describe en diversos contextos académicos, para los residentes de la CPU, la supervisión puede ser realizada tanto de forma individual como grupal (Chur-Hansen & McLean, 2006) e, idealmente, debiese llevarse a cabo de manera planificada y en un horario protegido (Rele & Tarrant, 2010). Sin embargo, varios residentes entrevistados señalaron que esta planificación en realidad no sucede de manera sistemática en este programa de formación, lo que les parece un aspecto a mejorar.

Existió también una alta concordancia en los propósitos para los cuales se puede emplear la supervisión, refiriendo los estudiantes de la CPU: orientación respecto del manejo de casos clínicos complejos, observación directa del trabajo del supervisado (MacDonald & Ellis, 2012), retroalimentación sobre el desempeño del estudiante (Chur-Hansen & McLean, 2006) y construcción de un marco teórico adecuado (Clarke, 1999). Sin embargo, no hubo alusión a la discusión de dificultades relacionadas con evaluaciones, revisión de presentaciones académicas, redacción de reportes psiquiátricos (Rele & Tarrant, 2010), ni tampoco asesorías en lo referente a la investigación en psiquiatría (Rele & Tarrant, 2010).

Con respecto a los modelos que se han propuesto en la literatura sobre los roles de los supervisores, los resultados de la presente investigación son compatibles con la definición de roles de Rose y Boyce (Chur-Hansen & McLean, 2007), identificándose claramente en el discurso de los entrevistados, el rol educativo, en que se espera que el supervisor contribuya al desarrollo de habilidades técnicas e interpersonales en los residentes y a la adquisición de conocimiento disciplinar. También, se puede evidenciar el rol de apoyo (que, de hecho, fue muy apreciado por los entrevistados, aunque percibido como no suficientemente proporcionado por los académicos que realizan supervisión en

la CPU), que implica el entrenamiento en el manejo de los efectos emocionales que el programa de formación tiene en el residente. Finalmente, los entrevistados también describieron el rol de administrador, al ser el supervisor quien se encarga de aprobar o reprobar al psiquiatra en formación, de acuerdo a si cumple o no con los estándares profesionales requeridos.

El modelo propuesto por el Colegio Real de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda (Chur-Hansen & McLean, 2006), que describe solamente dos roles del supervisor, también sería aplicable a la realidad percibida por los residentes de la CPU, identificándose tanto el rol de profesor (mentor, guía, educador y modelo a seguir) como de asesor (que efectúa un juicio de aprobación o reprobación por medio de una evaluación sumativa).

Los resultados descritos, en cambio, parecen no concordar tan consistentemente con el modelo del Colegio Real de Psiquiatras del Reino Unido (Rele & Tarrant, 2010), que define cuatro roles, dentro de los que se menciona la investigación, que no fue nombrada en esta institución.

Una temática que resulta particularmente novedosa dentro de los hallazgos del presente estudio, es la existencia de un ambiente paranoizante en la CPU, que no se encuentra descrito con tanta claridad y preponderancia en ningún otro trabajo revisado. La publicación de Clarke, menciona que efectivamente en los residentes se producen ciertas reacciones transferenciales propias de la dinámica de la supervisión (Clarke, 1999), pero, no parecen adquirir la misma magnitud que el fenómeno evidenciado en esta institución. Es curioso, eso sí, que el trabajo de Clarke aluda al hecho de que los residentes de segundo año son más críticos con sus supervisores que los residentes de primero y de tercero, y que, en la presente investigación, coincidentemente, los residentes de segundo año hayan sido también los más paranoies frente a la supervisión y al entorno en general. Pudiese ser que el criticismo descrito por Clarke, sea una reacción defensiva frente a una mayor sensación de amenaza en los residentes de segundo año. Sin embargo, esto es solamente una especulación de la autora y no hay forma de corroborar que efectivamente sea de esta manera, en base a la información recogida en este trabajo.

Finalmente, a pesar de que existen variaciones importantes en la forma en que se realiza la docencia de postgrado en psiquiatría alrededor del mundo, sobre todo en términos de la duración de los programas y de los aspectos formales y metodológicos de éstos (Rele & Tarrant, 2010; Tor et al., 2011), como consecuencia de distintas políticas

nacionales de salud mental, factores culturales y tradiciones locales (Jain, Mazhar, Uga, Punwani, & Broquet, 2012), cabe destacar que la concordancia entre los resultados expuestos en el presente trabajo, y la información disponible a partir de investigaciones realizadas en otras latitudes, parece ser mucho mayor a la que hubiese sido posible anticipar en caso de confiar en la afirmación de Priya Martin, que sostiene que la supervisión es interpretada de manera diferente por diferentes personas y en diferentes contextos (Martin, Kumar, & Lizarondo, 2017). Una hipótesis alternativa a esta aseveración, sería que, en realidad, existe un sorprendente consenso, a nivel implícito e intuitivo, respecto de los aspectos esenciales de la supervisión, que incluso trasciende a diferentes personas y diferentes contextos. Sin embargo, sería justamente la carencia de una definición formal, clara y precisa del concepto de supervisión en psiquiatría, la que se presta para que dicha herramienta de enseñanza sea susceptible de recibir interpretaciones diversas, en un esfuerzo por lograr asir un fenómeno que, como se ha señalado en múltiples ocasiones a lo largo de estas páginas, constituye uno de los temas menos investigados en educación médica (Chur-Hansen & McLean, 2007; MacDonald & Ellis, 2012; Tor et al., 2011).



## 11) Conclusiones

El objetivo principal de la presente investigación, fue obtener una comprensión de los aspectos esenciales de la supervisión educacional dentro del proceso formativo de los futuros psiquiatras, en términos de sus propósitos, funcionamiento y relevancia, de acuerdo a la percepción de los residentes de la CPU.

En este sentido, los estudiantes conciben la supervisión como una instancia fundamental dentro de su formación de postgrado, estimándose como imposible de remplazar por otro tipo de metodología de enseñanza. Al momento de referirse a la supervisión, el concepto que ellos tienen de la misma suele estar estrechamente vinculado a la figura del supervisor.

Le asignan a la supervisión en psiquiatría un valor superior al que suponen en la formación de postgrado de otras especialidades, y esto surge como consecuencia de la noción arraigada de una mayor complejidad en el abordaje integral de los pacientes psiquiátricos, involucrando, muchas veces, aspectos que van más allá de los que típicamente se consideran como propios de la medicina.

Además, los residentes del programa entienden que la supervisión es la instancia que se establece entre un supervisor y un supervisado (pudiendo hacerse de manera grupal o individual), y que esta relación está fuertemente determinada por el estilo personal de enseñanza que tenga el supervisor y por el grado de participación que tenga el residente, al adquirir un rol activo en su propio proceso de aprendizaje.

Como respuesta emocional esperable frente al proceso formativo, es frecuente que el residente sienta angustia ante evaluaciones o frustración por ciertas situaciones clínicas complejas, además, de miedo al juicio externo que otros pudiesen hacer de su conducta global, que muchas veces va más allá de su desempeño estrictamente laboral o académico.

El supervisor, por otra parte, debe poseer ciertas habilidades o entrenamiento en docencia y un interés real por dedicarse a ella, lo que se traduce en mayor disponibilidad de supervisión en términos de acceso, cantidad y frecuencia para el residente. Así mismo, se espera que el tutor tenga un adecuado nivel de competencias profesionales, que, paralelamente, deberá ser capaz de ayudar a desarrollar en el estudiante. Para lograrlo, debe cuidar que el contenido de las supervisiones sea amplio y se encuentre bien estructurado. Por último, el supervisor debiese contar con un repertorio de habilidades blandas, como actitud acogedora, empatía y capacidad de contención, las que, por un

lado, contribuirán a modular las emociones negativas ya descritas en los residentes y, por otro lado, serán fundamentales para propiciar un ambiente de confianza en el cual llevar a cabo la supervisión. Dicha confianza alude, específicamente, a la comodidad de expresar inquietudes frente a temas clínicos, administrativos y procedurales, como también a elaborar de mejor forma las reacciones contratransferenciales surgidas en la interacción que se tiene con pacientes complejos, y no implica en absoluto el establecimiento de una relación de cercanía o intimidad (en términos de discutir aspectos de la vida privada de los residentes que no tengan relación directa con el proceso formativo). Es justamente este ambiente de confianza, el que posibilita que se desarrollen de manera adecuada las actividades inherentes a la supervisión (discusión de casos clínicos, estudio dirigido, observación de entrevistas hechas por staff, supervisión directa de entrevistas realizadas por el residente, reuniones clínicas de pabellón, seminarios bibliográficos, instancias periódicas de retroalimentación - tanto sumativas como formativas - y entrenamiento en el manejo de emociones), pudiendo así contribuir a la construcción de aprendizajes significativos.

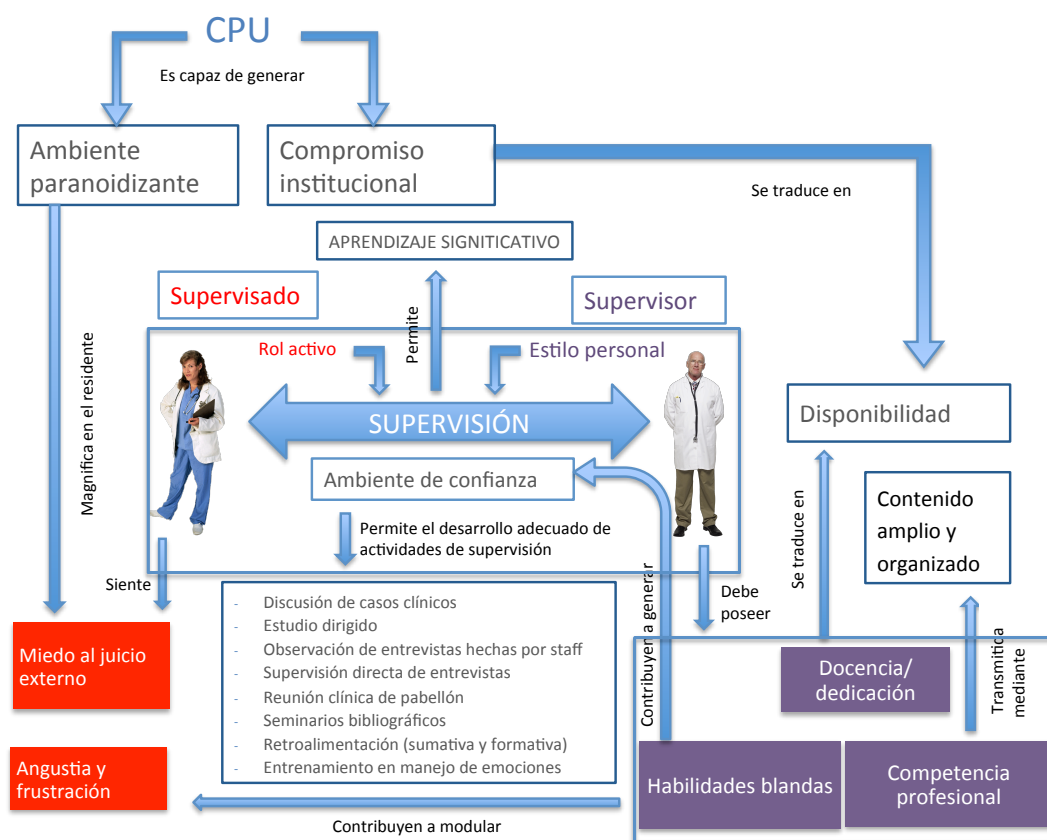
Adicionalmente, es importante considerar que la supervisión está fuertemente influenciada por la cultura institucional en la que tiene lugar, siendo la Clínica Psiquiátrica Universitaria, capaz de generar contextos que pueden ser favorecedores o entorpecedores de una óptima experiencia de supervisión para el residente. Desde lo positivo, la CPU puede brindar el compromiso institucional que se requiere para que la supervisión esté disponible dentro del programa de formación, en términos de coordinar que existan horarios protegidos, tanto para los residentes como para los supervisores, y favorecer que los académicos que supervisan, idealmente, cuenten con los atributos personales, profesionales y docentes, ya descritos, que se asocian a una buena experiencia de supervisión.

Como contraparte negativa, el ambiente paranoidizante que describen los estudiantes, como parte del currículo oculto del programa de formación de especialistas en psiquiatría de adultos, que tiene lugar en la Clínica Psiquiátrica, puede incrementar los temores de los residentes a ser juzgados por el resto de la comunidad educativa, lo que frecuentemente se traduce en cambios conductuales en los futuros psiquiatras, dificultando su aprendizaje (como por ejemplo, no atreverse a plantear ciertas inquietudes frente a sus tutores).

Por otra parte, es posible plantearse que este mismo ambiente paranoidizante sea el responsable de la clara distinción que hacen los residentes entre las figuras de

supervisor y mentor, en términos de que es difícil que un estudiante se sienta en condiciones de esperar cercanía de un docente cuando está interferido por el miedo, por lo que tal vez les resulta más sencillo trasladar este deseo de mayor intimidad a un personaje que está más bien en el imaginario que en el mundo real (ya que en la CPU se asignan claramente los supervisores, pero no existen en la práctica mentores formales).

Así, el modelo que reconstituye de forma gráfica y dinamiza los esquemas conceptuales de los residentes en torno a la supervisión en psiquiatría, queda graficado de la siguiente manera, como principal conclusión de este trabajo:



Finalmente, a la luz de este constructo, es posible concluir que la definición de supervisión en psiquiatría propuesta inicialmente por la autora, coincide mayoritaria, pero no completamente, con la percepción que de ella tienen los residentes de la CPU.

**“Actividad educativa mutuamente convenida, en la que un estamento de mayor experiencia proporciona retroalimentación, modelaje, guía en conocimientos**

***teóricos y desarrollo de competencias disciplinares diversas a un estamento de menor experiencia, por medio, fundamental pero no exclusivamente, de la revisión de su práctica clínica, de acuerdo a criterios médicos y psicodinámicos, y que tiene como fin último conducir a una mejor atención de los pacientes psiquiátricos.”***

Específicamente, hay concordancia en que la supervisión en psiquiatría corresponde a una actividad o instancia de carácter educacional o formativo, que requiere de un compromiso mutuo entre un supervisor y un supervisado, debiendo el supervisor tener ciertas competencias clínicas o experiencia, que el residente no ha adquirido aún. En este punto, sin embargo, sería conveniente agregar en la definición el adjetivo de “esencial, central o determinante” al momento de referirse a la supervisión (“actividad educacional determinante, mutuamente convenida...”), ya que la centralidad de la misma en el proceso formativo, fue un factor evidente en el estudio realizado y esta relevancia no estaba reflejada en la definición propuesta inicialmente.

Hay, además, convergencia en “aquello que se lleva a cabo” durante la supervisión, integrando criterios médicos y psicodinámicos. Esto corresponde fundamentalmente a la retroalimentación (tanto formativa como sumativa), modelaje (por medio de la observación de entrevistas clínicas realizadas por el staff y reuniones clínicas de pabellón), guía en conocimientos teóricos (estudio dirigido, seminarios bibliográficos y revisión de casos clínicos) y competencias disciplinares diversas (entrenamiento en el manejo de emociones asociadas a los pacientes y al proceso mismo de formación, y supervisión directa de entrevistas clínicas).

Un segundo aspecto de la definición de supervisión en psiquiatría propuesto por la autora, en que existe una distancia con respecto a la percepción de los residentes, es el fin último de dicha actividad educativa, ya que, en ninguna parte del discurso de los residentes, surge la importancia de conducir a una mejor atención del paciente psiquiátrico, sino que se hace énfasis, exclusivamente, en la adquisición de determinadas competencias por parte del psiquiatra en formación. De esta manera, el cuidado del paciente se incorpora de forma implícita, pero no explícita, en el propósito final de la supervisión.

En este punto, es menester aclarar que la omisión, por parte de los entrevistados, de la relevancia de garantizar la seguridad del paciente, no implica que la definición de supervisión en psiquiatría deba ser reformulada, sino que constituye, más bien, un antecedente que ayuda a ponderar el énfasis que los residentes ponen (o no ponen) en dicho aspecto. En este sentido, el presente trabajo se centra exclusivamente en la

percepción que los estudiantes tienen de la supervisión, y es necesario recordar que, en realidad, existen dos actores que participan activamente en el fenómeno de la supervisión. Así, es posible que el supervisor tenga una perspectiva complementaria a la del supervisado, que sí incorpore la preocupación de brindar una mejor atención a los pacientes psiquiátricos, como propósito final de la supervisión en el contexto del programa de formación de especialistas.

Así, la supervisión en psiquiatría queda definida de la siguiente forma:

***Actividad educativa mutuamente convenida y central en el proceso formativo, en la que un estamento de mayor experiencia proporciona retroalimentación, modelaje, guía en conocimientos teóricos y desarrollo de competencias disciplinares diversas a un estamento de menor experiencia, por medio, fundamental pero no exclusivamente, de la revisión de su práctica clínica, de acuerdo a criterios médicos y psicodinámicos, y que tiene como fin último conducir a una mejor atención de los pacientes psiquiátricos***

Finalmente, este trabajo demuestra que mediante una investigación cualitativa, utilizando como metodología la *Grounded Theory*, efectivamente es factible comprender los aspectos esenciales de la supervisión en psiquiatría en términos de sus propósitos, funcionamiento y su relevancia dentro del proceso formativo, de acuerdo a la percepción de los residentes de la CPU.

## **Proyecciones**

Hasta donde fue posible investigar, esta tesis de magíster corresponde al primer estudio cualitativo a nivel nacional respecto de la supervisión en la formación de postgrado en psiquiatría, desde la perspectiva de los residentes. Se espera que, en un contexto local, la información levantada a partir de la presente investigación, contribuya a generar una mayor comprensión de la supervisión como herramienta docente y a tomar conciencia de la enorme importancia que los residentes le asignan a la misma dentro del programa de formación de especialistas en psiquiatría de adultos que tiene lugar en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile. El modelo aquí generado, podría ser de gran utilidad para esta comunidad educativa al momento de definir las

fortalezas y debilidades del postgrado, contribuyendo así, a la creación de nuevas políticas institucionales que permitan mejorar la calidad del mismo, sobre todo, considerando que en los años venideros, el programa deberá ser acreditado por la autoridad competente.

Futuras investigaciones podrían complementar las percepciones aquí descritas de los estudiantes, con las percepciones de los académicos que tienen el rol de supervisor, a fin de obtener una visión más completa del proceso de supervisión, al incorporar las perspectivas de los dos actores que participan de ella.

De modo similar, sería muy interesante replicar el presente estudio en otros centros formadores del país o la región, a fin de evaluar la concordancia con los resultados aquí presentados y poder plantear, así, una definición más generalizable de supervisión en la docencia de postgrado de psiquiatría.

Los resultados presentados tienen coherencia interna en cuanto emanan del constructo teórico personal de la autora de la investigación, el cual, en definitiva, inspiró el desarrollo del estudio. De esto modo, es posible que otros autores, desde distintas experiencias, premisas y modelos, puedan llegar a conclusiones complementarias a las planteadas, igualmente válidas en sus respectivos contextos.

## **Limitaciones**

Es preciso reconocer que existen algunas limitaciones en el presente estudio. La primera de ellas, se debe al diseño transversal de la investigación, que solamente considera las opiniones que esta cohorte expresó en un momento dado, pero no permite saber con certeza si dichas impresiones se mantendrán estables en el futuro, como podría corroborarse con un diseño longitudinal y prospectivo, que evaluara de qué manera la misma cohorte de estudiantes progresa en sus percepciones respecto de la supervisión a lo largo de los tres años de la residencia.

Una segunda limitación, corresponde a la dificultad que se tuvo al momento de recolectar una muestra suficiente de residentes (solamente se logró entrevistar a 8 de los 24 que inicialmente se había planificado incluir en el estudio), lo que además, implicó modificar las instancias de recolección de datos, ya que no fue factible realizar seis grupos de discusión y, en su lugar, se debió recolectar la información con dos grupos de discusión y cuatro entrevistas individuales. En este sentido, no es posible descartar que la

falta de participación de los residentes haya llevado a un sesgo en los resultados, en términos de que aquellos que no participaron fuesen precisamente quienes tuvieran visiones más divergentes respecto del grupo que sí participó.

A pesar de lo anterior, los tres años de la residencia estuvieron representados en la muestra y el nivel de saturación de temas que se obtuvo con estos ocho individuos, hace suponer que la información recogida logra ser representativa de la población total de la CPU.

## 12) Bibliografía:

- ÁpiceChile. (2018). Acreditación. Retrieved June 22, 2018, from [http://www.apicechile.cl/site/content\\_.php?id=11#](http://www.apicechile.cl/site/content_.php?id=11#)
- Chur-Hansen, A., & McLean, S. (2006). On being a supervisor: The importance of feedback and how to give it. *Australasian Psychiatry*, *14*(1), 67–71. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1665.2006.02248.x>
- Chur-Hansen, A., & McLean, S. (2007). Trainee psychiatrists' views about their supervisors and supervision. *Australasian Psychiatry*, *15*(4), 269–272. <https://doi.org/10.1080/10398560701441703>
- Chur-hansen, A., & Parker, D. (2005). Is psychiatry an art or a science? The views of psychiatrists and trainees. *Australasian Psychiatry*, *13*(December), 415–418.
- Clarke, D. M. (1999). Measuring the quality of supervision and the training experience in psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *33*(2), 248–252. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00551.x>
- Crocker, E. M., & Sudak, D. M. (2017). Making the Most of Psychotherapy Supervision : A Guide for Psychiatry Residents. *Academic Psychiatry*, 35–39. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0637-5>
- de Groot, J., Brunet, A., Kaplan, A. S., & Bagby, M. (2003). A Comparison of Evaluations of Male and Female Psychiatry Supervisors. *Academic Psychiatry*, *27*(1), 39–43.
- Farnan, J. M., Petty, L. A., & Georgitis, E. (2012). A Systematic Review : The Effect of Clinical Supervision on Patient and Residency Education Outcomes. *Graduate Medical Education*, *87*(4), 428–442. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31824822cc>
- Gold, J. H. (2004). Reflections on Psychodynamic Psychotherapy Supervision for Psychiatrists in Clinical Practice. *Journal of Psychiatric Practice*, *10*(3), 162–169.
- Goldman, S. (2011). Enhancing Adult Learning in Clinical Supervision. *Academic Psychiatry*, *35*(September-October), 302–306.
- Guba, E. (2008). Criterios de Credibilidad en la Investigación Naturalista. In J. Gimeno Sacristán & A. Pérez Gómez (Eds.), *La enseñanza, su teoría y su práctica* (6ª edición, pp. 148–165). Madrid: Ediciones Akal, S.A.
- Haig, A., & Dozier, M. (2003). BEME Guide No. 3: Systematic searching for evidence in medical education--Part 2: Constructing searches. *Medical Teacher*, *25*(5), 463–484. <https://doi.org/10.1080/01421590310001608667>
- Humphrey, H. J., Marcangelo, M., Rodriguez, E. R., & Spitz, D. (2013). Assessing



- competencies during education in psychiatry. *International Review of Psychiatry*, 25(3), 291–300. <https://doi.org/10.3109/09540261.2013.799460>
- Jain, G., Mazhar, M. N., Uga, A., Punwani, M., & Broquet, K. E. (2012). Systems-Based Aspects in the Training of IMG or Previously Trained Residents : Comparison of Psychiatry Residency Training in the United States, Canada, the United Kingdom, India, and Nigeria. *Academic Psychiatry*, 36(August), 307–315.
- Julyan, T. E. (2009). Educational supervision and the impact of workplace-based assessments: a survey of psychiatry trainees and their supervisors. *BMC Medical Education*, 7(9:51), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-9-51>
- Kilminster, S. M., & Jolly, B. C. (2000). Effective supervision in clinical practice settings : a literature review \*. *Medical Education*, 34, 827–840.
- Lapid, M., Moutier, C., Dunn, L., Hammond, K. G., Ph, D., & Roberts, L. W. (2009). Professionalism and Ethics Education on Relationships and Boundaries : Psychiatric Residents ' Training Preferences. *Academic Psychiatry*, 33:6(November-December), 461–469.
- Lingard, L., Albert, M., & Levinson, W. (2008). Qualitative research: Grounded theory, mixed methods, and action research. *British Medical Journal*, 337(August), 459–461. <https://doi.org/10.1136/bmj.39602.690162.47>
- Lis, L. D., Wood, W. C., Petkova, E., & Shatkin, J. (2009). Mentoring in Psychiatric Residency Programs: A Survey of Chief Residents. *Academic Psychiatry*, 33(4), 307–312. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.33.4.307>
- Lynch, L., Happell, B., & Sharrock, J. (2008). Clinical supervision: an exploration of its origins and definitions. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 13(1), 19p. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009779715&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Macdonald, J. (2002). Clinical supervision : a review of underlying concepts and developments. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 92–98.
- MacDonald, J., & Ellis, P. M. (2012). Supervision in psychiatry: terra incognita? *Current Opinion in Psychiatry*, 25(4), 322–326. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283541ecc>
- Martin, P., Kumar, S., & Lizarondo, L. (2017). When I say ... clinical supervision. *Medical Education*, 51(9), 890–891. <https://doi.org/10.1111/medu.13258>
- Mascola, A. J. (2008). Guided mentorship in evidence-based medicine for psychiatry: A

- pilot cohort study supporting a promising method of real-time clinical instruction. *Academic Psychiatry*, 32(6), 475–483. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.6.475>
- Milne, D. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(4), 437–447. <https://doi.org/10.1348/014466507X197415>
- Newman, M., Ravindranath, D., Figueroa, S., & Jibson, M. D. (2016). Perceptions of Supervision in an Outpatient Psychiatry Clinic. *Academic Psychiatry*, 40, 153–156. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0191-y>
- Rele, K., & Tarrant, C. J. (2010). Educational supervision appropriate for psychiatry trainee's needs. *Academic Psychiatry*, 34(3), 229–232. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.34.3.229>
- Riess, H., & Herman, J. B. (2008). Teaching the Teachers : A Model Course for Psychodynamic Psychotherapy Supervisors. *Academic Psychiatry*, 32(June), 259–264.
- Robke, D. D. (2016). Foundational Resources and Terminology for Supervision and Mentorship. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 1(11), 57. <https://doi.org/10.1044/persp1.SIG11.57>
- Rojas, A., Arbuckle, M., & Cabaniss, D. (2010). Don ' t Leave Teaching to Chance : Learning Objectives for Psychodynamic Psychotherapy Supervision. *Academic Psychiatry*, 34(January-February).
- Russell, K., Allie, S., & Gluyas, H. (2016). The art of clinical supervision: Its development and descriptive mixed method review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 6–16.
- Salgado, A. (2007). Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación Del Rigor Metodológico Y Retos. *Liberabit*, 13(1729–4827), 71–78.
- Soklaridis, S., López, J., Charach, N., Broad, K., Teshima, J., & Fefegrad, M. (2015). Developing a Mentorship Program for Psychiatry Residents. *Academic Psychiatry*, 39, 10–15. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0163-2>
- Szeftel, R., Hakak, R., Meyer, S., Ph, D., Naqvi, S., Sulman-smith, H., ... Rapaport, M. (2008). Training Psychiatric Residents and Fellows A Supervision Model. *Academic Psychiatry*, 32(October), 393–399.
- Tor, P., Caw, M. D. F. D., Psych, M., Lim, L., Ams, F., Winslow, R., ... Uk, F. R. C. P. (2011). Qualities of a psychiatric mentor: a quantitative Singaporean survey. *Academic Psychiatry*, 35(November-December), 407–410. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.35.6.407>

- Universidad de Chile. (2017). Universidad de Chile. Institucionalidad. Retrieved June 3, 2017, from <http://www.uchile.cl/portal/presentacion/institucionalidad>
- Universidad de Chile. (2018). Profesional Especialista Psiquiatría Adultos.
- Van Schalkwyk, G. I., Katz, R. B., Resignato, J., Van Schalkwyk, S. C., & Rohrbaugh, R. M. (2017). Effective Research Mentorship for Residents : Meeting the Needs of Early Career Physicians. *Academic Psychiatry, 41*, 326–332.  
<https://doi.org/10.1007/s40596-016-0625-9>
- Viswanath, B., Chandra, P. S., & Chaturvedi, S. K. (2013). Supervision as-usual — Is it enough ? *Asian Journal of Psychiatry, 6*(6), 488–493.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.06.006>
- Zisook, S., Balon, R., Bjo, K. S., Sidhartha, T., & Yoo, T. (2007). Psychiatry Residency Training Around the World. *Academic Psychiatry, 31*(August), 309–325.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### PAUTA DE EVALUACIÓN PROGRAMA DE FORMACION PSIQUIATRIA CPU

Fecha: \_\_\_\_\_

En relación a la rotación o curso de \_\_\_\_\_ en la CPU. Año de la rotación \_\_\_\_\_.

**Categorías de Calificación:**

**4. MUY DE ACUERDO, 3. DE ACUERDO, 2. EN DESACUERDO, 1. MUY EN DESACUERDO**

CRITERIOS	4	3	2	1
1. Presenta un Programa que explicita los objetivos de la rotación.				
2. Se dan las la oportunidades para aprender el trabajo en equipo.				
3. La rotación o curso representa un área de trabajo relevante en la formación del/la becado para su desempeño como especialista				
4. Los contenidos teóricos y bibliográficos se correlacionan con el ejercicio práctico de la especialidad.				
5. El tiempo destinado para actividades prácticas o clínicas es suficiente.				
6. Facilita y/o refiere material bibliográfico pertinente para la práctica.				
7. Cuenta con un clima laboral-profesional que favorece la formación del/la becado/a.				
8. Se dispone de tiempo protegido para el estudio.				
9. La evaluación teórica del curso o rotación es adecuada.				
10. La evaluación de habilidades y destrezas del curso o rotación es adecuada.				
11. Se realiza retroalimentación al becado/a en forma oportuna.				

**Propuestas que Ud. sugeriría para mejorar la rotación**

--

## PAUTA DE EVALUACIÓN PROGRAMA DE FORMACION PSIQUIATRIA CPU

Fecha: \_\_\_\_\_

Con Respecto al docente \_\_\_\_\_ de la rotación de \_\_\_\_\_, indique:

**Categorías de Calificación:**

**4. MUY DE ACUERDO, 3. DE ACUERDO, 2. EN DESACUERDO, 1. MUY EN DESACUERDO**

CRITERIOS	5	4	3	2	1
1. El trato y comunicación con el/la becado/a es adecuado.					
2. El docente se da el tiempo necesario para apoyar y supervisar la práctica.					
3. Incentiva y genera espacios para la discusión de temáticas vinculadas al ejercicio y desarrollo profesional.					
4. Traspasa conocimiento teórico pertinente a la formación profesional.					
5. Traspasa conocimiento práctico pertinente a la formación profesional.					
6. El docente evalúa de manera adecuada al becado/a en relación los objetivos de la rotación.					
7. Facilita y estimula la iniciativa y la autonomía para la formación profesional.					
8. Incentiva la participación del estudiante en diferentes actividades terapéuticas y relacionadas con la formación profesional.					
9. Realiza feedback en forma oportuna.					
10. Respeta los tiempos asignados para sus actividades docentes.					

**Propuestas que Ud. sugeriría para mejorar la práctica docente de este profesional**

## Pauta Grupo Focal Supervisión (1)

- a. Para empezar, me interesa que me cuenten sus nombres, un hobby, algo de ustedes.
- b. Ahora, para entrar en el tema, ¿me podrían contar cómo es un día normal para ustedes en el hospital? ¿Qué hacen normalmente? ¿Con quién interactúan? ¿Qué actividades/responsabilidades incluye ser un residente de psiquiatría? **Aquí idealmente se mencionará la supervisión de manera espontánea.**
- c. Supervisión:
  1. ¿Cómo funcionan estas instancias? ¿Se programan? ¿Son espontáneas?
  2. ¿Cómo sienten estas instancias? ¿Son de evaluación? ¿Son más relajadas? ¿Qué temas discuten? ¿Se abordan temáticas personales al igual que profesionales?
  3. ¿Se diferencia este tipo de relación con otras que han tenido con figuras de autoridad (p.e. profesores)? ¿Cuáles son las diferencias?
- d. Características del supervisor:
  4. ¿Cuál es el rol y funciones de los supervisores?
  5. ¿Cuál es el rol que ustedes creen que esa persona debería cumplir? ¿Cómo?
    - i. ¿Cómo describirían a un supervisor ideal? ¿Qué rol le adjudican? ¿Qué tareas cumple?
  6. ¿Han tenido alguna experiencia negativa con un supervisor? ¿cómo fue?
    - i. ¿Qué características asocian con esta situación?
- e. Características del supervisado:
  7. ¿Qué características y tareas corresponden con el rol de ustedes frente a un supervisor o supervisión? Como supervisado/residente.
  8. ¿Cómo se maneja esta relación con el supervisor en general?
  9. Si ustedes llegaran a ser supervisores, ¿qué harían? ¿cómo interactuarían con sus residentes supervisados? ¿Qué esperarían de ellos?
- f. Cierre:
  10. ¿Qué les gustaría decirles a sus supervisores actuales como consejo o sugerencia?

## Pauta Grupo Focal Supervisión (6)

- a. Para empezar, me interesa que me cuenten sus nombres, edades, y cómo llegaron a la beca, (si fue una beca directa, si estuvieron en la etapa de destinación y formación), dónde han trabajado, etcétera.
- b. Ahora, me interesa que abordemos la supervisión en psiquiatría...
- c. **Supervisión:**
  1. ¿Hay diferencias entre la supervisión en psiquiatría en comparación con otras especialidades de la medicina? ¿Alguna otra?
  2. ¿Qué temas discuten? ¿Se abordan temáticas personales al igual que profesionales (por ejemplo, si ustedes están bien, si han tenido algún problema o dificultad fuera del ambiente académico? ¿Tiene alguna relevancia para ustedes que el supervisor conozca aspectos de su vida privada?
  3. Si tuvieran que elegir una palabra o concepto que se les viene a la mente al momento de hablar de la supervisión clínica en psiquiatría, ¿Cuál sería? ¿Alguna otra?
    - i. ¿Qué les llama la atención de éstos? ¿Alguna otra?
  4. ¿Se diferencia este tipo de relación con otras que han tenido con figuras de autoridad (p.e. profesores)? ¿Cuáles son las diferencias y similitudes? ¿Alguna otra?
  5. Qué les parece el proceso de designación de la dupla supervisor-supervisado, el hecho de que vaya cambiando en cada rotación, que en algunos casos sea individual y en otros grupal, etcétera. ¿Tendría algún valor o importancia que el supervisor se definiera en base a características de afinidad con el supervisado, o semejanzas culturales, geográficas (vivir en la misma comuna), preferencias de género o estilos, corriente teórica, etcétera? ¿Alguna otra?

6. ¿Qué utilidad tiene la supervisión dentro de su proceso formativo? Lo que se hace en la supervisión, ¿podría remplazarse mediante otra instancia docente como seminarios, trabajos grupales, lectura personal, etc.?
7. ¿Les gusta la supervisión grupal o preferirían que fuese uno a uno?

**d. Características del supervisor:**

8. ¿Cuál es el rol que ustedes creen que esa persona debería cumplir?
9. Si uno piensa en la figura de un mentor, ¿es diferente a la de un supervisor? ¿cómo? ¿Hay alguna(s) similitud(es)? ¿Diferencia(s)? ¿Cuáles? ¿Alguna otra?
10. ¿Cómo describirían a un supervisor ideal? ¿Hay alguna tarea adicional que podría cumplir esta figura?
11. ¿Cómo sería un mal supervisor? ¿Alguna otra característica?

**e. Características del supervisado:**

12. ¿Qué características y tareas corresponden con el rol de ustedes frente a un supervisor o supervisión? Como becado (sugerir respuestas: veracidad, puntualidad, conocer pacientes, etc). ¿Alguna otra?
13. Si ustedes llegaran a ser supervisores ¿cómo interactuarían con sus becados supervisados? ¿Qué esperarían de ellos? Si yo fuera supervisor...
14. Si ustedes estuvieran completamente tranquilos y sin ningún tipo de angustia paranoide y supieran que tienen absoluta confianza y libertad para decir lo que quieran sin que sea usado de ninguna manera en su contra, ¿Qué les gustaría decirles a sus supervisores actuales como consejo, sugerencia u opinión? ¿Alguna otra?

**f. Cierre:**

15. Después de todo lo que hemos conversado, ¿Me podrían contar o definir qué es para ustedes la supervisión?



ANEXO 4



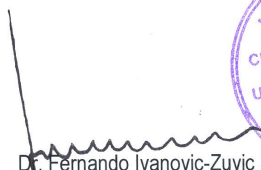
SANTIAGO, 7 de julio de 2017.

Señor Profesor  
Manuel Castillo Niño  
Coordinador Magister en Ciencias de la Salud  
Facultad de Medicina  
Universidad de Chile  
Presente.-

Estimado Profesor:

Mediante la presente, certifico que la institución que dirijo autoriza a la Dra. María Francisca Decebal-Cuza Galeb, RUT: 15.325.727-2 a realizar en este lugar la investigación titulada: "La supervisión en la docencia de postgrado de psiquiatría en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile: la percepción de los residentes", correspondiente a su tesis para optar al grado de Magister en Educación en Ciencias de la Salud. Del mismo modo, la Clínica Psiquiátrica Universitaria se compromete a dar las facilidades necesarias para la realización de los grupos de discusión entre nuestros residentes en el contexto de dicha investigación, en la medida de lo posible.

Sin otro particular,

  
Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic  
Director Departamento de Psiquiatría  
Clínica Psiquiátrica Universitaria  
Facultad de Medicina – Universidad de Chile



Dirección: Av. La Paz 1003 Santiago - Chile

## ANEXO 5

### Documento de consentimiento para participación en *grupos de discusión*

#### Propósito

Usted ha sido invitado a participar en un *grupos de discusión* para la realización de una tesis de magíster en educación, bajo la dirección de Francisca Decebal-Cuza. El propósito de dicha actividad es comprender la naturaleza de la supervisión en la beca de de psiquiatría desde el punto de vista de los residentes. La información obtenida en estas instancias será utilizada para realizar una tesis de magíster y posiblemente un *paper* posterior.

#### Procedimiento

Como parte de este estudio, usted será integrado en un grupo de 3 o 4 personas. Un moderador (Camila Carril, socióloga) les hará una serie de preguntas con el fin de facilitar la discusión. Para documentar con exhaustividad y veracidad la información recibida, el *grupo de discusión* será grabado y el moderador tomará apuntes. Sin embargo, sus respuestas serán absolutamente confidenciales y ningún nombre será incluido en los informes posteriores.

Usted puede elegir si participar o no en el *grupo de discusión* y puede retirarse en cualquier momento del estudio.

Por favor tenga en cuenta que no existen respuestas correctas ni incorrectas a las preguntas realizadas. Es del interés de las investigadoras conocer todos los diversos puntos de vista y que todos contribuyan con sus ideas. Se le solicitará, por respeto a los otros integrantes del grupo, no interrumpir cuando alguien tenga la palabra. No obstante, siéntanse libres de ser honestos aun cuando sus opiniones sean contrarias a las de los otros integrantes.

#### Beneficios y Riesgos

Su participación puede beneficiarlo a usted y otros becados que participen en la supervisión, ayudando a mejorar la eficacia y eficiencia de ésta. Por otro lado, no se anticipan riesgos asociados.

#### Confidencialidad

Si usted decide participar, se le solicita respetar la privacidad de los otros miembros del *grupo de discusión* y no revelar el contenido discutido durante el transcurso del estudio. Las investigadoras analizarán la data, pero – como dicho anteriormente –sus respuestas serán confidenciales y no se incluirán nombres en los informes posteriores.

#### Contacto

Si usted tiene alguna duda o preocupación sobre este estudio, por favor contacte a:  
Francisca Decebal-Cuza ([mfdecebalcuza@gmail.com](mailto:mfdecebalcuza@gmail.com))

*Comprendo la información entregada y acepto participar libremente en este focus group, conforme a las condiciones anteriormente presentadas.*

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_