Juny 2013

TFG

Aplicació de les noves tecnologies en la supervisió i la formació psicològica continuada.

Autor: David Ballina Yuste

ÍNDEX

1. Introducció....3
2. Objectius del treball....4
3. Supervisió....6
   - Definició....6
   - Evidència empírica....10
   - Objectius....12
   - Aplicacions....13
4. Formació continuada....15
   - Definició....15
   - Evidència empírica....16
   - Avantatges per post graduats....18
5. Les TIC com a eina de supervisió i formació....19
   - Les eines tecnològiques....19
   - Avantatges i limitacions de la supervisió en línia....31
   - Aspectes tècnics....38
   - Aspectes ètics....40
6. Conclusions....44
7. Bibliografia....49

1. Introducció

En l'actualitat, l'aplicació de teràpies basades en evidència empírica és cada vegada més habitual i en funció de la institució en la que es desenvolupa la tasca psicoterapeutica, podem dir que l'aplicació de les guies clíniques d'intervenció psicològica és obligada. Tot i això, sabem que un dels factors que influeix en l'èxit de la intervenció terapèutica, és l'estil personal del terapeuta (EPT) (Fernández – Álvarez, 1998, citat a Corbella, Balmanya, Fernández-Álvarez, Botella i García, 2009). Aquest és un constructe multidimensional que, segons l'autor està compost per tres variables que intervenen en la construcció de l'estil personal que aplica el terapeuta en consulta. Aquestes són la posició socio-professional, la situació vital, la personalitat, l'actitud i els posicionaments i els modes dominants de comunicació que fa servir. Aquestes variables són transversals en el sentit que operen sense que el marc teòric des del que es treballa tingui influència.

Tot i això, l'EPT, es va formant al llarg de la pràctica clínica i, per això es considera en aquest treball que l'aplicació d'una supervisió de qualitat a l'inici de la pràctica professional i dins els programes de Màster es fa imprescindible per assolir unes capacitats òptimes que garanteixin un elevat índex d'èxit en l'aplicació de les teràpies escollides en funció del cas. La supervisió, esdevé essencial, des d'aquest posicionament, pel desenvolupament de competències i el manteniment dels estàndards de qualitat en les professions relacionades amb la salut mental (Bernard i Goodyear, 2009, citat a Abbas, 2011).

Fins fa pocs anys, les supervisions es portaven a terme entre un terapeuta expert i un novell o amb menys experiència, que s'havien de trobar en un

lloc específic i realitzaven l'activitat, mitjançant l'observació directa de la sessió, sovint amb una sala habilitada amb un mirall de direcció única o utilitzant tècniques de role – playing entre supervisats a partir de les quals s'obtenia una devolució del supervisor sobre les habilitats a millorar o els aspectes a observar. La supervisió a distància es reduïa exclusivament a textos escrits en els que el supervisat relatava el cas que estava treballant i el supervisor retornava un altre escrit amb les indicacions.

Actualment, disposem de tecnologies que ens permeten superar la distància entre supervisor i supervisats, reduir les despeses econòmiques d'aquest treball formatiu i, al mateix temps permet als terapeutes en actiu continuar atenent les seves obligacions laborals i accedir a una formació de qualitat (Buist, Coma, Silvas i Burrows, 2000 citats a Abbas, 2011) per tal d'assolir les habilitats i els estàndards de qualitat, necessaris per desenvolupar la seva professió a un nivell d'excel·lència.

2. Objectius del treball

Analitzem les característiques de la supervisió clínica i les possibilitats d'aplicació de les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), per tal de portar a terme la supervisió a distància adreçada a psicòlegs graduats que necessiten un període formatiu dins un entorn professional per tal d'assolir un elevat grau de competència i, al mateix temps, poder oferir un marc d'actuació per la formació continuada de psicòlegs experts que desitgen incorporar noves teràpies dins el seu repertori habitual. Per realitzar aquesta tasca, es porta a terme una revisió bibliogràfica sobre l'efectivitat de la supervisió en l'augment de les capacitats dels supervisats i s'analitzen alguns models de supervisió estandarditzats i la seva aplicació on-line. S'analitzen també les consideracions ètiques i de confidencialitat de les dades que s'han de contemplar per portar a terme aquesta tasca de

forma adequada i fem una revisió de les eines tècniques que actualment hi ha disponibles per implementar un projecte d'aquestes característiques de forma sistemàtica, tenint present que aquest és un terreny que evoluciona molt ràpidament i, per tant, s'ha d'anar actualitzant a mida que canvien les tecnologies.

Per portar a terme aquesta tasca, la metodologia ha estat centrada en la revisió de literatura científica publicada en revistes especialitzades i que aporten dades relatives a la validesa de diversos models de supervisió, en funció de la millora observada en diferents variables prèviament definides i, al mateix temps, en la revisió de la literatura existent relativa a la validesa de l'aplicació de les noves tecnologies (Skype, xarxes socials, software especialitzat, etc.) pel desenvolupament d'una supervisió clínica efectiva, considerant al mateix temps, les implicacions ètiques i els problemes tècnics que comporta la implementació d'aquesta pràctica.

Els criteris de selecció dels articles han estat:

1. Articles publicats en revistes científiques especialitzades en anglès i/o castellà, indexades en les diferents bases de dades accessibles des de la biblioteca virtual de la UOC, en els darrers 20 anys.
2. Centrats en l'efectivitat de la supervisió clínica en la formació de pre i post graduats i en la formació continuada de terapeutes en actiu.
3. Centrats en l'efectivitat i validesa de la utilització de noves tecnologies i Internet en la pràctica de la supervisió clínica.
4. Centrats en les consideracions ètiques de la utilització d'Internet en la formació psicològica.
5. Centrats en consideracions tècniques de la utilització de les TIC en la supervisió clínica i la formació psicològica.

Els criteris d'exclusió que s'han considerat són:

6. Articles que tracten l'aplicació de noves tecnologies a la supervisió i la formació clínica, però estan publicats amb anterioritat a l'any 2002.

3. Supervisió

3. Definició.

Si pensem en la supervisió i intentem fer una definició de forma intuïtiva d'aquest concepte, aviat podrem dir que un procés de supervisió és la tasca de revisió que realitza algú, expert en una matèria, sobre el treball realitzat per una altra persona menys experimentada, amb l'objectiu de formar a aquesta darrera en l'execució de la tasca. En qualsevol cas, no podem basar-nos en definicions intuïtives i hem de considerar una definició que ens permeti assenyalar tots els aspectes que considerem imprescindibles per determinar que una acció que porta a terme un expert en un entorn formatiu vers uns actors novells és, realment un procés de supervisió.

Per aquest propòsit, recollim la definició aportada per Bernard i Goodyear (2009, citats a Scaruto i Watkins, 2013) i direm que la supervisió "*és una intervenció que exerceix una persona de major experiència dins una professió amb un altre membre o membres amb un grau d'experiència menor dins aquesta mateixa professió. Aquesta relació és avaluativa i jeràrquica, s'estén al llarg del temps i té els propòsits de millorar el funcionament professional del o dels supervisats, controlar la qualitat dels*

serveis oferts per aquestos als clients que veuen i al mateix temps, té la funció de regular l'accés dels supervisats a la professió".

En aquesta definició, observem diverses qüestions interessants que passarem a comentar tot seguit. Una d'elles, és la relacionada amb el concepte d'experiència. Si considerem la supervisió dins el marc de la formació de pre-graus o en un entorn relacional en el qual els supervisats tenen pocs anys d'experiència professional, sembla clar que la persona experimentada serà aquella que, en l'exercici de la professió, tingui una experiència dilatada. Es podria dir que, en aquest cas, mesurem l'experiència de forma extensiva. Ara be, si ens centrem en la supervisió que pot realitzar un expert en una tècnica terapèutica amb uns supervisats que, sent experts igualment, no coneixen be aquesta nova tècnica, l'experiència no la podrem valorar en termes temporals i ens haurem de fixar més en l'especialització de l'expert en comparació amb els supervisats. En aquest cas, haurem de mesurar l'experiència de forma intensiva.

Per això, considerem que, per exercir de supervisor, un professional hauria de tenir més experiència demostrable en l'aplicació dels models teòrics, teràpies o tècniques objecte d'estudi en cada cas concret, independentment de l'extensió temporal de l'experiència dels uns i dels altres en altres camps d'aplicació psicològica.

Un altra dels aspectes que hem d'observar en aquesta definició, és que ens indiquen que és una intervenció que s'estén en el temps. I aquest punt, que considerem clau, és un dels orígens del nostre treball.

Segons aquesta observació, hem de tenir present que la intervenció supervisora no es pot limitar a unes quantes sessions més o menys nombroses emmarcades en un curs formatiu. Es tracta d'un procés llarg en

el que, en funció de la pràctica professional, els supervisats van modelant el seu comportament en les sessions terapèutiques per tal d'ajustar-se cada vegada més al model més funcional i efectiu. Per tant, una relació extensiva com la que es proposa aquí, implica diversos problemes d'implementació que no poden passar desapercebuts.

Per una banda, la tasca professional diària sovint no permet desplaçar-se per realitzar aquesta tasca de supervisió que estem indicant. Igualment, els costos derivats d'aquesta visió de la supervisió poden ser molt elevats i, al mateix temps ens limita a un entorn geogràfic que, en ocasions pot ser un desavantatge. Hem de pensar que no tots els psicòlegs treballen en entorns urbans on pot ser més fàcil trobar col.legues que puguin portar a terme aquesta funció de supervisió.

Fins fa poc temps, com ja hem comentat, la supervisió havia de limitar-se a aquest model cara a cara entre els novells i els experts o portar-se a terme mitjançant una relació epistolar. Amb l'emergència de les noves tecnologies podem implementar una supervisió extensiva en el temps, mitjançant correu electrònic, pàgines web dedicades exclusivament a aquest procés, fòrums, xarxes socials o videoconferències, sense que la localització geogràfica de les parts implicades en la intervenció, els horaris laborals o les implicacions econòmiques siguin un problema.

Tot i això, si bé és cert que aquests aspectes es poden considerar superats, hi ha d'altres, com les qüestions ètiques i la privacitat de la informació que es comparteix que requereixen d'una observació meticulosa per tal de realitzar aquesta tasca de forma convenient i respectant la normativa existent tal i com veurem una mica més endavant.

Igualment –i seguint amb l'anàlisi de la definició aportada- observem que els autors ens indiquen que la supervisió és una intervenció avaluativa i que té l'objectiu de millorar la competència professional dels supervisats.

A partir d'aquesta consideració, s'han implementat una bona quantitat de models que tenen diversos focus d'atenció en la seva estructura. Bernard i Goodyear (2004) han proposat una classificació dels diversos models en funció de quatre categories. En la primera, tenim els anomenats models de desenvolupament, els quals proposen una conceptualització de la supervisió con un procés en el que els supervisats van transitant per una sèrie d'etapes per assolir una competència professional més elevada (Aten, Strain i Gillespie, 2008).

Hi ha també els models inserits en la categoria de models dels rols socials en els quals els supervisors flexibilitzen la seva tasca en funció de les necessitats contextuals dels seus supervisats. En aquestos, els supervisors identifiquen inicialment als supervisats i les seves necessitats específiques i, en funció d'això, treballaran, segons el rol de professor, conseller o consultant.

Trobem també els models que consideren el focus en la psicoteràpia i que s'orienten a l'ensenyament i la pràctica d'una forma específica de psicoteràpia, com pot ser la psicodinàmica o la cognitiu – conductual i és la mateixa psicoteràpia la que proveeix del focus, ordre i organització del procés supervisor (Scaruto i Watkins, 2013)

Finalment Aten, Strain i Gillespie assenyalen un darrer grup de models de supervisió, anomenats integratius els quals pretenen facilitar la tasca independentment del corrent teòric amb el que treballi el supervisat.

Degut a aquesta disparitat de models i enfocaments amb tècniques diverses, els autors proposen un model transteòric de supervisió clínica,

força interessant basat en els postulats de Prochaska i DiClemente (1982, 1984, 1986 i Prochaska i Norcross, 2007, citats a Aten, Strain i Gillespie, 2008) tot i adaptant els estadis de canvi definits per aquestos autors al procés de supervisió.

3. Evidència empírica

A partir del que hem exposat fins el moment, hem de considerar el procés de supervisió, com una eina fonamental d'aprenentatge pels professionals de diferents àmbits i especialment, i en funció de l'objectiu d'aquest treball, pels professionals de la salut mental. Així, a partir d'aquesta visió educacional de la supervisió clínica, volem comentar l'evidència empírica relativa a aquest enfocament. Tot i això, s'ha de tenir en compte, seguint Reiser i Milne (2012; citats a Scaruto i Watkins, 2013), que els estudis sobre supervisió en general, estan, en quantitat, molt per sota dels estudis disponibles sobre les diferents psicoteràpies, cosa que sovint impedeix extreure conclusions determinants.

Així doncs, trobem un número limitat de dades que donen suport a la supervisió com a intervenció educativa. En aquesta concepció, les investigacions s'han centrat, per una banda a l'anàlisi de la validesa del retorn d'informació per part del supervisor, o feedback, i de la pràctica del modelatge, trobant dades que avalen aquestes pràctiques com efectives en diversos treballs (Alberts i Edelstein, 1990; Ford, 1979; Herschell, Kolko, Baumann i Davis, 2010; Hill i Lent, 2006; Lambert i Ogles, 1997; Matarazzo, 1978; Matarazzo i Patterson, 1986; Russell, Crimmings i Lent, 1984; citats a Scaruto i Watkins, 2013).

Per altra banda, tot un seguit d'estudis donen suport a les pràctiques d'aprenentatge i reaprenentatge en l'entrenament de les habilitats terapèutiques (Alberts i Edelstein, 1990; Ford, 1979; Herschell et al., 2010; Hill i Lent, 2006; Lambert i Ogles, 1997; Matarazzo, 1978; Matarazzo i Patterson, 1986; citats a Scaruto i Watkins, 2013).

Donada la necessitat, cada vegada més gran de basar la practica psicoterapeutica en teràpies basades en evidència empírica, entenem que l'exercici de la supervisió també s'haurà de guiar per dades empíriques que donin suport al procés ja que, com assenyalen Milne i Reiser (2012), la pràctica de supervisió clínica basada en evidència, ens pot proporcionar directrius sobre allò que funciona i protegeix la competència professional.

Si observem les dades que puguin donar suport a la supervisió que es pot realitzar en l'aprenentatge de l'aplicació de la teràpia conductual cognitiva (TCC), Ronen i Rosenbaum (1998), assenyalen que no s'han desenvolupat protocols específics amb aquest propòsit i, al mateix temps, comenten que entenen que la supervisió en l'entorn de la TCC no pot ser manualitzada tot i que si pot ser aplicada de forma personalitzada, en funció de cada cas. És un exemple de les dificultats que es poden trobar en el moment d'operativitzar les variables relacionades amb la supervisió, fins i tot en intervencions ben estructurades com les del marc teòric conductual cognitiu en particular i els models centrats en la psicoteràpia en general.

Per això, tot i tenir dades que donen suport a aquest enfocament educatiu de la supervisió que proposem, entenem que seria necessària més investigació al voltant de la supervisió.

3. Objectius

Si ens fem la pregunta que plantegem en aquest apartat, sembla clar que el propòsit de la supervisió clínica en psicologia no és altra que facilitar als supervisats l'adquisició de les habilitats necessàries per desenvolupar la seva tasca de forma eficient. En qualsevol cas, ens proposem aprofundir una mica més en els objectius del procés i analitzarem els aspectes que es consideren rellevants com a objectius de treball en la supervisió.

Aylott, Ellis, Fitzpatrick i Milne (2008) defineixen a partir d'un meta-anàlisi que inclou 24 articles rigorosament seleccionats, 28 mecanismes de canvi que faciliten l'aprenentatge dels supervisats. Aquests mecanismes, entre els que es troben dimensions com "canvis actitudinals dels supervisats", "augment de l'autoconsciència emocional", "augment de la motivació dels supervisats" o "millora d'habilitats", han estat agrupats en cinc dimensions tot seguint el model del cicle d'aprenentatge de Kolb (1984) més una dimensió addicional definida com "altres". Aquest autor, defineix el procés ideal que s'ha de seguir per assolir un aprenentatge significatiu i determina que està composat per quatre etapes identificades com a) experiència concreta; b) observació reflexiva; c) conceptualització abstracta i d) experimentació concreta (Gómez, 2008).

Donat que els resultats obtinguts en l'anàlisi de les dades de l'estudi de Aylott, Ellis, Fitzpatrick i Milne (2008) assenyalen que la majoria dels estudis defineixen com a mecanismes de canvi essencials els que es poden identificar dins el grup de l'experiència concreta del cicle de Kolb, sembla clar que l'objectiu principal de la supervisió ha de ser l'observació reflexiva i guiada pel supervisor, de l'experiència concreta del supervisat

per tal d'arribar a una reconceptualització de l'acció que sigui contrastada mitjançant l'experimentació concreta.

3. Aplicacions

En funció del que s'acaba d'exposar, es podria considerar evident l'aplicació que la supervisió té en els diferents camps en què és comuna la seva implementació, com ara en l'àmbit de l'educació, la formació de professorat, la formació de professionals de la salut i l'actualització de coneixements i adquisició de noves habilitats en cada un de les disciplines indicades. Certament, la supervisió és un procés que s'aplica en la formació de professionals, tant per l'aprenentatge com pel re-aprenentatge, essent una pràctica educativa fonamental amb la que es desenvolupa i millora la competència, tant dels alumnes com dels professionals involucrats (Kaslow i Bell, 2008; citats a Scaruto i Watkins, 2013).

Tot i això, es poden observar altres aplicacions tant o més interessants que l'educativa pel procés supervisor. Per desenvolupar aquest punt, es considera molt adient posar atenció a les tres aplicacions bàsiques que Fernandez-Alvarez (2008) ens comenta. I sobre això, podem determinar que la supervisió la podem implementar, com ja hem comentat abastament, en els processos formatius, per tal que els supervisats adquireixin les habilitats necessàries i suficients per realitzar la seva tasca, tot i vigilant l'adquisició dels coneixements teòrics suficients i actualitzats i el coneixement de les eines terapèutiques, en funció de la psicoteràpia en la qual s'està entrenant.

Una altra de les aplicacions que assenyala Fernandez-Alvarez i que ens sembla especialment interessant, sobre tot si es treballa des de la perspectiva psicoanalítica, és l'orientació i/o la psicoteràpia que el supervisor pot proveir al supervisat per tal d'analitzar els efectes de la contratransferència i els factors tòxics que poden afectar el propi treball terapèutic, donades les característiques de la tasca psicoterapeutica.

Per altra banda, no caldria recordar que un terapeuta no deixa de ser una persona amb una vida pròpia que, en ocasions pot estar afectada, com la de qualsevol altre, de fets que alterin el seu sistema emocional, interferint de forma evident en la seva tasca. Tot i això, no estem parlant d'un treball analític o terapèutic profund per tal que el supervisat afronti els seus conflictes personals, cosa que s'hauria de realitzar en un altre espai. Es vol remarcar l'aplicació de la supervisió com a mecanisme de protecció del supervisat i com a sistema d'avaluació de les seves pròpies dificultats i limitacions davant cada tasca concreta i en la seva funció terapèutica en general.

La tercera aplicació que assenyala l'autor, és la que sorgeix dins un marc institucional com a assessorament dels terapeutes que hi desenvolupen la seva tasca dins el seu organigrama. Aquest tipus de supervisió, té una finalitat reguladora i de control sobre la tasca psicoterapeutica dels treballadors. En aquest cas, ens trobem davant d'una aplicació que s'allunya de la relació interpersonal i s'endinsa en els mecanismes de relacions que operen en les organitzacions (Fernandez-Alvarez, 2008). La supervisió llavors, esdevé un procés que està orientat, a més, a vetllar pel

compliment de les prescripcions que propugna el model institucional i analitzar els resultats obtinguts.

Finalment, volem destacar la utilització de la supervisió dins els processos de formació continuada dels professionals de la salut mental en tant que mecanisme de suport per l'adquisició de noves habilitats i per l'actualització dels ja adquirits en els cicles formatius superiors. Tot seguit, es presenta una petita anàlisi d'aquest aspecte.

3. Formació continuada

3. Definició

Per tal d'aportar una definició del que entenem com a formació continuada dins l'àmbit sanitari, reflectim el que ens indica el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) al respecte. Així, assenyalen que es tracta d'un procés d'ensenyament i aprenentatge actiu i permanent, reconegut com un dret i un deure dels professionals sanitaris que s'inicia en finalitzar els estudis de pre-grau o d'especialització i que tenen com a finalitat actualitzar i millorar els coneixements, habilitats i actituds d'aquestos professionals, davant l'evolució científica i tecnològica i les demandes i necessitats, tant socials com del propi sistema sanitari. (MSSSI, 2012).

En relació a la definició presentada, es considera especialment rellevant el reconeixement dels processos de formació continuada com una obligació que tenen, en el nostre cas els psicòlegs, per tal d'estar actualitzats

permanentment sobre els avenços en matèria de psicoteràpia, tant pel que fa als models teòrics de referència, com a la pràctica psicològica en general. Sovint el relatiu aïllament d'alguns professionals i factors econòmics (Hargrove, Miller i Wood, 2005) entre els que podem destacar les despeses de desplaçament i les pèrdues que poden haver de suportar determinades institucions per prescindir dels seus treballadors durant determinats períodes de temps, són un motiu de pes que impedeix l'accés dels psicòlegs a l'actualització a la que tenen dret i amb la que estan obligats. En aquest punt és on el present treball vol aportar informacions sobre la situació actual de les TIC per tal que es puguin implementar solucions que permetin superar aquests problemes.

3. Evidència empírica

Si analitzem les dades que donen validesa a la formació continuada en el format clàssic d'interaccions cara a cara i seguint el metaanàlis realitzat per Davis et al. (1999) en relació a l'efectivitat de la formació mèdica continuada, podem observar que és aquest, un tema controvertit i que existeixen dubtes raonables al voltant de la seva efectivitat (Rabanaque, 2013). Això és degut a què les pràctiques de formació continuada en aquest àmbit, se sustenten en la creença que un major nivell de coneixements, comporta una millora en la pràctica clínica i, de forma correlativa augmenta els beneficis que obtenen els pacients, cosa que no sembla que sempre sigui així (Rabaneque, 2013).

Els resultats dels estudis analitzats per Davis el al. (1999), van aportar dades que assenyalen la manca d'efectivitat dels mètodes d'ensenyament passius, mentre que la metodologia interactiva, presenta dades millors. En

aquest mateix sentit, una formació seqüencial aporta millors resultats que intervencions formatives aïllades. Per altra banda, sembla clara la influència de variables com la motivació, l'ambient en el que es desenvolupa la formació i el nivell d'interacció entre els membres del grup de formació.

Val a dir, però, que una de les limitacions d'aquest estudi és la dificultat de generalització dels resultats i la diversitat d'activitats clíniques analitzades. Així doncs, els autors conclouen que es pot confirmar que en les activitats de formació mèdica continuada en les que s'implementen metodologies actives, s'assoleixen canvis positius en la pràctica mèdica i ocasionalment una millora en els resultats obtinguts pels pacients.

Hem analitzat aquest estudi, ja que la nostra pràctica psicològica, en estar focalitzada en l'entorn clínic, es pot considerar dins l'àmbit de la salut i, de forma particular en l'àmbit de la salut mental. Per altra banda els resultats obtinguts, donarien suport a la necessitat de seguir un procés de supervisió clínica orientada a una formació continuada relacionada amb la pràctica clínica que facilitaria, al mateix temps, una millora en les habilitats dels terapeutes.

Igualment, i en funció dels resultats que assenyalen la idoneïtat de la interacció entre els participants en el procés formatiu, la motivació d'aquestos i la pràctica clínica com a variables moduladores de l'efectivitat de la formació continuada, inserits dins l'objectiu d'aquest treball, podem determinar que les TIC, analitzades des d'una perspectiva pedagògica, facilitarien l'aprenentatge en la pràctica, la investigació, les estratègies de

resolucions de problemes, la creativitat, la presa de decisions complexes i altres competències per la innovació (Becta, 2008; citat a Sobrado et al., 2010) com es desprèn de l'estudi realitzat per la Universitat Oberta del Regne Unit (2006) en el que s'assenyala que les TIC milloren la metodologia d'ensenyament, els processos de motivació i l'avaluació.

3. Avantatges per a postgraduats

Els avantatges que els professionals de la psicologia poden obtenir seguint un procés de formació continuada, estan clarament relacionats amb els objectius d'aquest tipus de formació definits pel MSSSI (2012). En funció del proposat pel Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, es considera que els principals avantatges són els següents:

- La permanent millora de la seva qualificació professional.
- L'augment de la capacitat per realitzar una avaluació dels recursos disponibles per la intervenció i realitzar una valoració del benefici individual i social que d'aquestos recursos es pot desprendre.
- Accés a un coneixement comú i generalitzat en relació als aspectes científics, tècnics, ètics, legals, socials i econòmics de la nostra disciplina.
- Millora de l'autopercepció en relació al seu paper en l'entorn social i de les obligacions ètiques a què estan sotmesos.
- Accedir a canals de comunicació efectiva amb altres professionals.

3. Les TIC com a eina de supervisió i formació

a. Les eines tecnològiques

Presentem tot seguit, un recull de les eines disponibles en l'actualitat que permeten desenvolupar el procés supervisor sense necessitat d'una interacció cara a cara entre el supervisor i el supervisat. Hem de comentar abans de continuar, que en el moment d'escriure aquest treball, ja es disposen de dades empíriques sobre l'efectivitat de la utilització d'algunes d'aquestes eines en la supervisió, mentre que altres, en ser molt noves, encara no han estat objecte d'estudi. Reflectirem aquest fet en el present punt del treball. Per altra banda, destacar també que degut al dinamisme existent en el món tecnològic, considero adient comentar que aquest apartat pot quedar obsolet a mitja o, fins i tot a curt termini.

En parlar de la tecnologia aplicada a la supervisió psicològica, sens dubte hem de fer referència, al telèfon com a mitjà de comunicació a llarga distància i el qual s'ha emprat com a eina de treball en el camp que ens ocupa tot i limitar la comunicació al diàleg verbal (Abbas et al., 2011). En els darrers temps, les noves eines tecnològiques, la seva popularització, l'abaratiment dels costos i la generalització de les connexions de banda ampla a Internet, ha facilitat l'accés a tot un seguit d'eines que permeten enriquir la comunicació entre supervisor i supervisat i acostant molt més aquesta relació a la que s'ha produït tradicionalment en les interaccions cara a cara.

Entre aquestes, han sorgit darrerament tot un seguit d'aplicacions orientades al món de l'educació a distància que permeten crear entorns de

treball molt complerts i personalitzats en els que desenvolupar una tasca d'ensenyament i aprenentatge que s'ajusta molt be a l'enfocament que es contempla en aquest treball de la supervisió com a procés formatiu. Finalment, comentar que aquestes noves eines tecnològiques, suposen un nou repte pel que fa a les qüestions ètiques relacionades amb la supervisió, cosa que comentarem una mica més endavant.

Barnet (2010; citat a Barnet, 2011), presenta una categorització de les tecnologies aplicades a la psicoteràpia i a la supervisió clínica que considerem molt interessant i que consta de tres grups. El primer inclou aquelles tecnologies que permeten augmentar l'eficiència personal en el treball i, en aquesta categoria trobaríem el que en termes informàtics denominaríem el hardware. Des de fotocopiadores fins als ordinadors. En un segon grup, tindríem les tecnologies que permeten una millora en la provisió dels serveis psicològics, com ara la psicoteràpia o la supervisió clínica. En aquesta categoria inclou el telèfon, els enregistraments sonors i els vídeos que permetrien augmentar la qualitat de la supervisió. Finalment, en la tercera categoria es trobarien les tecnologies emergents en les que s'inclouen les denominades comunicacions interactives de televideo i la realitat virtual. En aquesta categoria, considero adient incloure les eines d'e-learning disponibles dins les plataformes definides en anglès com a Learning Management System (LMS) i que es poden definir com a entorns educatius virtuals, que darrerament també s'han utilitzat per la supervisió a distància (Abbas et al, 2011). Passem a comentar tot seguit algunes eines de la segona i tercera categoria definides per Barnet.

Pel que fa a la segona categoria, volem fer esment de forma ràpida a la utilització del telèfon que, com assenyalen VandenBos i Williams (2000, citats a Barnet, 2011), ha estat àmpliament utilitzat, tant en la provisió de psicoteràpia com en la supervisió clínica. Tot i això, com ens indiquen Wetchler, Trepper, McCollum i Nelson (1993; citats a Abbas, 2011), amb el telèfon no podem tenir el benefici dels senyals visuals ni la gestualitat subtil. Aquestos mateixos problemes es podrien comentar en relació als enregistraments sonors de les sessions de teràpia.

Aquestes dificultats, queden superades quan parlem del vídeo com a eina per realitzar la supervisió clínica psicoterapeutica. Marning et al. (2011), justifiquen la utilització del vídeo com a eina de revisió de la tasca del supervisat en sessió degut a les dificultats per ajustar les agendes dels supervisors a les sessions terapèutiques i al progressiu augment de tasques clíniques que han de realitzar els supervisats. Aquest autor, realitza una excel·lent descripció del sistema d'enregistrament de sessions implantat a l'hospital universitari de la Upstate Medical University de Syracuse. Seguint les indicacions que assenyalen a l'article, s'ha de considerar per realitzar enregistraments de qualitat, la possibilitat d'utilitzar webcams amb zoom per tal d'ajustar la imatge de forma adequada, tot i pensant que, normalment, les dimensions dels despatxos poden ser reduïdes.

Al mateix temps, és necessari posar atenció a la qualitat del so enregistrat. Com ens indiquen els autors en el seu anàlisi, la majoria de webcams disponibles, poden tenir micròfons amb qualitat suficient pel nostre propòsit tot i que s'ha de ser meticulós en aquest aspecte ja que es pot perdre gran quantitat d'informació per un enregistrament deficient del so.

Un altre dels aspectes que s'ha de tenir present per tal de realitzar enregistraments de qualitat, és el sistema de compressió dels vídeos. No és l'objectiu d'aquest treball determinar recomanacions sobre característiques tècniques dels arxius resultants en l'enregistrament de sessions terapèutiques. Tot i això, entenem que és necessari fer esment d'aquestes particularitats per tal de valorar la idoneïtat d'aquesta tècnica en la supervisió.

Finalment, el darrer aspecte que s'ha de considerar, com ens comenta l'autor, i que, entenem cabdal en el moment d'aplicar aquesta tecnologia, és la gestió de l'emmagatzematge dels arxius en un lloc segur. En cas que s'implementi l'enregistrament de les sessions terapèutiques en una institució, serà adequat utilitzar un servidor dedicat i segur per tal d'acomplir amb les obligacions de confidencialitat necessàries. Sobre aquest particular, voldria aportar la recomanació que, en cas d'enregistrar una sessió, amb el consentiment del pacient, en un ordinador personal, s'emmagatzemi en una unitat externa i mai en un servei d'emmagatzematge en el núvol com ara Dropbox™ o Google Drive™. Al mateix temps, aquesta unitat externa haurà d'estar protegida amb clau de seguretat i, si és possible, l'arxiu de vídeo encriptat, cosa que es pot realitzar amb diverses aplicacions gratuïtes i de pagament com per exemple MiniWinCryp™ o AxCrypt™, entre altres opcions.

La utilització del vídeo pot optimitzar la supervisió, seguint Weingardt, Cucciare, Bellotti, y Lai (2009; citats a Abbas, 2011) en tant que permet la transmissió d'informació mitjançant la veu, el llenguatge corporal i els canals paralingüistics, especialment durant la formació avançada. Aquesta

optimització, es pot veure amb més claredat, si això és possible, amb l'aplicació de codi lliure basada en el programa desenvolupat per Escudero, Friedlander i Heatherington (2006) anomenat en anglès System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA) i que s'ha anomenat amb l'acrònim e-SOFTA (Escudero, Friedlander i Heatherington, 2011). L'aplicació ha estat desenvolupada per analitzar l'aliança terapèutica dins la teràpia familiar. Tot i això, el fet de treballar a partir de l'enregistrament de les sessions psicoterapeutiques, s'ha utilitzat també en recerca, entrenament per graduats i supervisió (Escudero, Friedlander i Heatherington, 2011)

És remarcable l'estudi de Carpenter et al. (2008) que aporta evidència empírica sobre l'efectivitat de l'ús de l'aplicació e-SOFTA en l'entrenament d'estudiants, els quals a partir de l'observació dels vídeos de la plataforma, van presentar un augment de la capacitat d'identificació de les característiques de l'aliança terapèutica d'un 43% a un 65% i passat un període d'entrenament de sis mesos, les mesures trobades eren molt similars a les dels clínics experimentats en teràpia familiar. Amb aquestes dades, es considera que la utilització del vídeo dins un entorn dissenyat acuradament per realitzar supervisió clínica i entrenament a terapeutes graduats, presenta una elevada efectivitat. Per altra banda, entenc que, una vegada obtinguts aquests resultats i com Escudero, Friedlander i Heatherington (2011) assenyalen, és necessari esperar a estudis que aportin dades sobre la relació entre l'entrenament i els resultats en els pacients.

Una altra proposta basada en el visionat de vídeos per realitzar supervisió i formació psicoterapeutica, és la proposada per McCullough et al. (2011) consistent en puntuar una sessió terapèutica enregistrada. La puntuació del supervisat és comparada mitjançant una gràfica amb la puntuació aportada per un clínic expert o el supervisor de manera que es poden comparar les valoracions realitzades i analitzar les diferències. Aquest sistema ha estat desenvolupat mitjançant una pàgina web desenvolupada per Jeremy Osborn i que es pot localitzar a www.ATOStrainer.com on, mitjançant el registre previ, es pot accedir al servei. De tota manera, és un sistema que tot i ser molt interessant, l'article en el que ens detallen la seva utilització no fan referència a les mesures de confidencialitat necessàries per compartir arxius de vídeo ni les mesures de seguretat ni característiques tècniques del servidor on els enregistraments seran allotjats. En visitar la pàgina web i clicar a l'apartar "Privacy Statment", apareix una finestra en construcció amb un text incomprensible, cosa que no facilita la generació de confiança en els usuaris.

Una vegada comentat l'ús del vídeo en la pràctica de supervisió, es comentarà la tecnologia inserida dins el tercer grup assenyalat per Barnet (2010) una mica més amunt i que, en els darrers temps, ha estat el focus d'atenció de diversos estudis sobre la seva aplicació en el procés supervisor com demostren les publicacions de Haugaard i Grünbaum (2011), Fiskin, Fiskin, Katz, Leli i Sneyder (2011), Abbas et al. (2011), Nelson, Nichter i Henriksen (2010), entre d'altres. Aquesta tecnologia és el que Barnet defineix com a comunicacions interactives de televideo que no és altra cosa que la videoconferència. En el dinàmic món de les aplicacions informàtiques s'ha fet un lloc destacat l'aplicació que més atenció ha

despertat en els investigadors, degut, entre altres coses a la seva popularitat. Aquesta aplicació no és altra que la coneguda Skype™.

En l'actualitat, existeixen moltes aplicacions que permeten establir videoconferències amb qualsevol persona del món que tingui un ordinador o telèfon mòbil i connexió a Internet amb banda ampla sense límit de descàrrega, però el que fa especialment interessant Skype™ és la seva seguretat en la transmissió de dades. Fishkin, Fishkin, Katz, Leli i Sneider (2011) fan una descripció de les característiques tècniques que fan d'Skype™ una eina especialment indicada per la supervisió clínica i els tractaments psicològics a distància. Com ells assenyalen, aquesta aplicació utilitza un sistema d'encriptació de dades únic, que pràcticament impedeix la possibilitat d'espiar qualsevol conversa que es realitzi en qualsevol moment (Berson, 2010; citat a Fishkin et al., 2011). Per altra banda, la companyia no disposa d'un servidor central i els paquets de dades encriptats, es comparteixen al llarg d'una gran quantitat de servidors que composen una xarxa virtual que canvia de forma permanent, inclús al llarg de la mateixa conversa. Aquesta tecnologia ha demostrat ser tant sòlida que és pràcticament impossible detectar quan Skype™ s'està utilitzant en qualsevol moment. La contrapartida a aquest nivell de seguretat és que requereix un ample de banda superior a altres aplicacions i, en ocasions, això pot produir alguna deficiència en la comunicació, mentre que altres sistemes de comunicació, proporcionen una millor qualitat i velocitat en les transmissions en no presentar aquests requeriments tècnics. En qualsevol cas, i pel nostre propòsit, és clar que la seguretat és un factor clau i, per tant s'imposa la utilització d'Skype™.

Un altre avantatge és el seu baix cost. El programa es pot descarregar de forma gratuïta des de la seva pàgina www.skype.com, està disponible en una gran quantitat d'idiomes, entre ells el castellà, i les trucades tenen cost 0 entre usuaris – sense tenir en compte el cost de la connexió a Internet, és clar-. Les successives actualitzacions han convertit aquesta eina en un espai altament flexible en el que es poden mantenir converses mitjançant xats de text, veu i veu i vídeo. Al mateix temps es poden realitzar videoxats en grup i compartir arxius de text, àudio i vídeo. Una de les característiques que, pels efectes d'aquest treball es consideren més interessants, és la possibilitat de compartir la pantalla d'un equip amb un altre usuari o grup d'usuaris. Això permetria reproduir un vídeo d'una sessió terapèutica en un ordinador i, sense necessitat d'enviar-lo a traves de la xarxa, visualitzar-lo per diverses persones per tal de realitzar una sessió de supervisió.

La China American Psychoanalytic Alliance (CAPA) ha utilitzat aquesta aplicació al llarg dels darrers anys per tal de realitzar treballs educatius, d'entrenament i supervisió dins el marc teòric de la psicoanàlisi a terapeutes xinesos amb molt bons resultats. (Fishkin et al., 2011). Val a destacar també, com queda reflectit en el paper que estem comentant, que en realitzar treballs de supervisió entre persones de diferents cultures, és interessant tenir present les particularitats que poden sorgir en la comunicació per tal d'assolir un nivell òptim en els resultats.

Una aplicació de l'Skype™ que es considera molt interessant, és la possibilitat de realitzar un treball de supervisió i entrenament psicoterapeutic que Rosenberg (2006) defineix com a supervisió en viu. Neukrug (1991; citat a Rosenberg, 2006) va desenvolupar un treball en el

que es realitzava aquesta tasca situant un monitor d'ordinador al darrera del pacient i a la vista del terapeuta en el que rebia instruccions del supervisor en temps real. Naturalment, la tecnologia ha evolucionat molt i en l'actualitat aquesta opció quedaria resolta amb un petit ordinador portàtil situat al davant del terapeuta. Amb aquesta forma de supervisió, que considero igualment interessant en teràpies familiars dins el marc teòric sistèmic en el que es treballa amb un equip de co-terapeutes, s'ha observat un menor índex de distracció del supervisat i menys disrupció de la sessió, comparat amb un sistema telefònic convencional (Klitzke i Lombardo, 1991; citats a Rosenberg, 2006) i per altra banda, hi ha la possibilitat d'enviar missatges més complerts i llargs al terapeuta en entrenament (Bernard i Goodyera; citats a Rosenberg, 2006). Es podria considerar l'ús de la videoconferència en aquest context, com l'adaptació de les noves tecnologies al clàssic mirall de sentit únic utilitzat en determinats entorns terapèutics.

Fins aquí, s'han comentat algunes eines tecnològiques força interessants pel que fa a la supervisió a distància mitjançant Internet que es poden utilitzar de forma aïllada. Tot i això, sembla clara la necessitat d'integrar tots aquests nous instruments dins un marc tècnic integral que permeti la possibilitat de subministrar de forma segura i per part dels supervisors, materials que complementin la formació, un entorn social en el que interactuar, treballar i debatre, que aporti sistemes d'avaluació dels progressos dels supervisats i que augmenti la motivació i generi dinàmiques grupals de forma segura i controlada. Actualment, aquest entorn integral de formació, aplicable a la supervisió clínica el podem trobar en els denominats sistemes de gestió de l'aprenentatge o, Learning Management System (LMS) (Abbas et al., 2011).

Probablement els dos exemples més populars en aquest moment, en relació als LMS són Moodle™, (https://moodle.org) i Dokeos™ (www.dokeos.com). El primer cas, és un programa de codi obert i completament gratuït àmpliament utilitzat en tot tipus d'organitzacions i institucions educatives. El segon, tot i ser de codi obert, té una versió standard gratuïta i una versió PRO de pagament.

A partir de l'anàlisi realitzat per Bigeni, Biloca i Balzan (2012) en relació a la validesa de la utilització de la plataforma Moodle com a eina de formació per a posgraduats en l'entorn mèdic, es pot determinar que aquest sistema és efectiu en tant que facilita als postgraduats l'accés a la formació continuada independentment dels seus horaris o localització geogràfica. En l'anàlisi, es presenten dades que reflecteixen aspectes com l'efecte pànic de l'últim minut, relatiu al fet de deixar per darrera hora la presentació d'exercicis, que indiquen la necessitat d'implementar metodologies que obliguin als supervisats a participar de forma continuada en el procés formatiu.

Per altra banda, es remarquen els avantatges d'aquests entorns per la facilitat d'actualitzar de forma permanent els continguts, la possibilitat de compartir materials de text, àudio i vídeo i controlar-ne l'accés. Igualment, la possibilitat de facilitar als usuaris claus d'accés individualitzades i personalitzables augmenta el nivell de seguretat. Aquest sistema permet controlar l'accés dels usuaris als materials disponibles a la plataforma per tal de respectar, tant els drets d'autor com el codi deontològic.

Al mateix temps, en ser una aplicació que no funciona en el web, sinó que s'ha d'instal·lar en un ordinador o servidor, sorgeix la possibilitat d'utilitzar un servidor dedicat, cosa que facilita el control de l'accés i la seguretat de les dades emmagatzemades. Tot i això, hem de tenir present que aquestes dades reflecteixen la investigació portada a terme per Bigeni i els seus col·laboradors en un context de formació de metges post graduats i no tenim dades relatives a la seva utilització en entorns de supervisió psicològica. Per tant, seria necessari un estudi orientat a aquest camp per confirmar la seva validesa d'aplicació.

En aquest mateix camp de la medicina, es venen utilitzant, des de fa cert temps, programes informàtics orientats a donar suport als professionals sanitaris en la presa de decisions en els processos diagnòstics. Aquests tipus de programes, són altament especialitzats i es pot trobar una gran quantitat de bibliografia relacionada amb els mateixos. Pel que fa a l'àmbit de la psicologia, en el moment d'escriure aquest apartat no s'ha aconseguit trobar cap aplicació amb validació empírica o en fase d'experimentació que realitzi aquesta tasca. Es considera que una aplicació d'aquest tipus, basada en citeris diagnòstics com els del DSM IV-TR i que contempli intervencions basades en evidència empírica podrien ser molt útils en tasques d'entrenament i supervisió, especialment en terapeutes que treballin a partir del model cognitiu – conductual. Aquests programes, coneguts per l'acrònim CDSS que correspon a les inicials de la definició anglesa per Clinical Decission Suport Systems, han demostrat ser bones eines per millorar els resultats en salut i reduir els esdeveniments mèdics adversos (Yuan et al., 2013). Per altra banda i tal i com indica l'autor, l'eficàcia i l'èxit dels CDSS depenen del context d'aplicació i de la facilitat d'ús dels mateixos. Per tant, les dades empíriques de validació han de ser molt

concretes i han de tenir molt en compte aquests factors per implementar dissenys ajustats a cada necessitat clínica.

Si be a partir de l'anàlisi bibliogràfica realitzada, es considera que, en el moment actual, les eines comentades fins aquí són les que poden ser de més utilitat en el moment d'implementar programes de supervisió i formació psicològica mitjançant internet, comentaré de forma breu la utilització de les xarxes socials com a instrument de comunicació i intercanvi d'informacions en el camp de la formació i supervisió psicològica.

En aquest sentit, s'ha de tenir present les dificultats que implica fer ús de les xarxes socials més populars – Facebook, Twitter, LinkedIn, MySpace, etc. per implementar programes de supervisió clínica psicològica a distància degut fonamentalment als riscos relatius a la privacitat de les dades compartides, cosa que pot comportar importants problemes ètics i legals (Myers et al., 2012). Per altra banda, és força difícil tenir la seguretat que darrera dels perfils que ens trobem en aquestes xarxes, com assenyala Cebreiro (2012) es troben persones reals i que les dades incloses en aquestos perfils són certes.

Considero molt oportú en aquest punt, citar el que Stephen Behnke, director de l'oficina ètica de l'APA ha comentat en relació a fet de compartir documents a la xarxa. Ens diu que penjar alguna cosa a internet no és diferent a deixar-ho a sobre d'una taula a una cafeteria d'un centre comercial (Chamberlin, 2007; citat a Myers et al., 2012) i aquesta afirmació tant categòrica, pren tot el sentit quan ens plantegem compartir informacions clíniques dins les xarxes socials.

Per altra banda, en el document publicat per Myers, Endres, Ruddy i Zelikovsky (2012), es fa una diferenciació entre les xarxes socials orientades a l'àmbit professional (com per exemple LinkedIn) i altres orientades a l'àmbit social (com poden ser Facebook o MySpace, entre altres) i en aquest sentit, indiquen que la interacció entre supervisors i supervisats mitjançant xarxes socials, especialment si estan relacionades amb l'àmbit social, pot produir problemes en el moment de definir de forma clara la diferència entre l'entorn personal i el professional i desembocar en relacions inapropiades (Myers et al., 2012).

Així doncs, a partir de les indicacions observades fins el moment, tant pel que fa a la supervisió estrictament parlant, com en relació a les interaccions que es poden generar entre els supervisors i els supervisats, no sembla recomanable en cap cas utilitzar les xarxes socials per la realització de supervisió psicològica. En qualsevol cas, entenc que no ha de ser un entorn de treball menyspreable en relació a la supervisió, encara que el desitjable seria una xarxa social tancada, implementada en un servidor segur, gestionada per un organisme oficial, a la que tinguin accés només membres identificats de forma inequívoca i que pugui servir de punt de trobada per professionals que desitgin o necessitin supervisar casos, per tal de contactar amb altres professionals i compartir experiències i informacions professionals observant la normativa ètica i legal.

a. Avantatges i limitacions de la supervisió en línia

Una vegada exposades les eines tècniques de què disposem en el moment present per portar a terme la supervisió clínica mitjançant la xarxa, es planteja la necessitat d'avaluar els avantatges i els inconvenients que es

desprenen de la utilització de les TIC per aquest propòsit. Així, fent una anàlisi general i en relació als avantatges, es pot dir que la implementació de programes de supervisió a distància mitjançant les noves tecnologies, presenta inicialment avantatges econòmics (Miller, Miller, Burton, Sprang i Adams, 2003; citats a Wood, Miller i Hargrove, 2005). Amb la supervisió a distància es genera un estalvi en temps i diners degut a l'eliminació dels desplaçaments (Olson, Russell i White, 2001; Rudestam, 2004; Abbas et al., 2011) i la possibilitat de realitzar la supervisió des de qualsevol lloc i a qualsevol hora que el supervisor i supervisat determinin, és a dir, s'afavoreix el que Schimmel, Orr i Murphy (2003; citats a Nelson, Nitcher i Henriksen, 2010) defineixen com a flexibilitat en la interacció supervisor/supervisat. Amb la implementació d'aquest model de supervisió, es facilita la possibilitat que els estudiants pre i post graduats, puguin escollir entre un més ampli ventall de localitzacions on desenvolupar una tasca d'aprenentatge que els pugui ser molt més beneficiosa i sense que la distància amb els supervisors sigui un inconvenient (Watson, 2003; citat a Nelson, Nitcher i Henriksen, 2010).

La possibilitat de salvar les distàncies geogràfiques que sovint limiten el contacte amb els supervisats, també té l'avantatge de facilitar que aquestos puguin atendre la seva agenda laboral amb normalitat o accedir a un entrenament que, d'altra manera no seria possible ja que no tenen possibilitats de trobar-se en persona amb especialistes o formadors de programes específics (Yuan et al., 2012).

Per altra banda, seguint Miller (2002; citat a Wood, Miller i Hargrove, 2005), s'ha de dir que la supervisió mitjançant tecnologies de

telecomunicació, presenta el potencial d'afectar a la relació entre supervisors i supervisats de forma positiva ja que disminueix els problemes de jerarquia entre experts i novells, alentant als participants a discutir de forma més oberta les qüestions que poden sorgir a partir de l'avaluació i el tractament dels diferents casos treballats en el procés. Com assenyala Rudestam (2004), al ciberespai, totes les veus tenen la mateixa força i tothom pot parlar sense interrupcions i això facilita que estudiants o supervisats que poden mostrar un perfil reservat en les interaccions cara a cara, participin com a iguals en les interaccions on-line.

En aquest sentit, és interessant destacar que, a partir de les investigacions existents en relació a les diferències entre la comunicació cara a cara i la que es produeix mitjançant eines de telecomunicació, es pot dir que la telecomunicació produeix una disminució de certes inhibicions socials i facilita la comunicació (Weisband, Schneider i Connolly, 1995; citats a Wood, Miller i Hargrove, 2005). Per altra banda, per realitzar supervisió mitjançant les TIC, tenim disponibles un ampli ventall d'instruments amb els que facilitar l'aprenentatge dels estudiants i supervisats, com ara els e-mails, power points, xats, aplicacions de telefonia IP i videoconferència, etc. (Wood, Miller i Hargrove, 2005).

En relació amb l'aprenentatge i l'entrenament en la utilització de les noves tecnologies com a eina de treball, cada vegada més necessària, es pot considerar que la implementació d'un programa de telesupervisió, facilita l'adquisició d'habilitats en l'ús de la tecnologia, minimitzant l'efecte de l'ansietat en el moment d'enfrontar-se a aquestes situacions i, al mateix temps, anima als supervisats a portar a terme pràctiques eficients i ètiques

(Jerome et al., 2000; citats a Wood, Miller i Hargrove). En aquesta línia, els autors assenyalen que els mateixos equips bàsics necessaris per seguir un programa de supervisió a distància, es poden utilitzar per altres tasques clíniques, com ara les teràpies on – line.

En relació a la utilització de les videoconferències, Abbas et al. (2011) assenyalen l'avantatge que suposa pel supervisor poder veure el supervisat i analitzar les pistes que aporta el llenguatge no verbal en l'entrenament conjuntament amb el llenguatge verbal. Abbas (2004-, citat a Abbas et al., 2011), també analitza els avantatges de l'enregistrament en vídeo de les sessions terapèutiques com a material de supervisió, en tant que faciliten una anàlisi més objectiva de les seves pràctiques psicoterapeutiques sense la immediatesa de la sessió clínica i, al mateix temps, és un instrument que facilita l'autoconsciència i les habilitats d'autosupervisió dels terapeutes, tot i fomentant la motivació per un desenvolupament professional constant.

Finalment, la facilitat que en l'actualitat existeix per realitzar supervisió mitjançant vídeo conferència amb un grup de supervisats, afavoreix l'exposició d'aquestos a un ventall més ampli de qüestions clíniques i formatives en comparació amb els grups de treball presencials (Abbas et al., 2011).

Si be és cert que els avantatges són molts i força atractius, no és menys cert que també hi ha certs desavantatges que tot seguit comentem. Un d'aquests desavantatges – potser el més evident- és el relatiu a la tecnologia i la seva disponibilitat. Inicialment, és necessari tenir els coneixements i la pràctica

suficient per poder utilitzar un ordinador, els navegadors d'internet i conèixer com s'ha d'accedir a programes i llocs web amb accés mitjançant nom d'usuari i clau de pas (Abbas et al., 2011). Al mateix temps un coneixement mínim del hardware necessari també és imprescindible. Aquests problemes sembla que poden produir l'augment de l'ansietat per part del supervisat (Abbas et al., 2011) tot i que sembla que aquesta ansietat podria ser una resposta generalitzada al mateix procés de supervisió (Schnarch, 1981; citat a Abbas et al., 2011) i no pas al canal de comunicació.

Yuan et al., (2012) fan referència igualment als problemes tècnics que es poden produir en un escenari de tractament a distància i, en aquest treball, es considera adient fer-ho extensible a la relació que es pot establir entre els supervisors i els supervisats. Així, una incorrecta configuració de l'àudio i/o el vídeo, poden ser un problema en el moment del treball conjunt i per evitar aquestes situacions pot ser interessant un correcte entrenament en la utilització de les eines concretes tant als supervisats com als supervisors. Per altra banda, una pobra recepció d'àudio o vídeo, tant en videoconferències com en el visionat de vídeos en línia, pot estar provocat per connexions a internet excessivament lentes.

Aquestes dificultats, poden afectar el procés de supervisió produint sentiments de frustració i de pèrdua de temps (Yuan et al., 2012). En aquest mateix sentit, Altekruse i Brew (2000) i Watson (2003; citats a Nelson, Nichter i Henriksen, 2010) també identifiquen els problemes tecnològics i la manca d'experiència amb les TIC com a factors potencialment limitadors de la supervisió en línia.

Un aspecte que assenyalen Abbas i els seus col.laboradors (2011), i que és considera molt interessant, és la possibilitat que un terapeuta inexpert hagi d'afrontar una situació de crisi amb un pacient en un moment d'ideacions suïcides. En aquests casos, una supervisió a distància on-line podria no ser suficient per facilitar el suport que el clínic novell requereix i, per això, és recomanable tenir contactes amb professionals locals als quals poder recórrer en aquestos moments crítics.

Al mateix temps, la supervisió en línia s'enfronta als mateixos reptes i problemes que la supervisió clàssica cara a cara (Wood, Miller i Hargrove, 2005), com per exemple el fet que supervisats amb una gran càrrega de casos, puguin acaparar el temps de supervisions en el format grupal. Així, encara que no hi hagi desplaçaments i es pugui accedir al supervisor còmodament des del despatx o el domicili particular, aquest no sempre està disponible degut a la càrrega de treball presentada per un dels membres del grup. (Hamlin i Timberlake, 1982; Parihar, 1983; citats a Wood, Miller i Hargrove, 2005). En qualsevol cas, en una situació així, serà responsabilitat del supervisor tenir la capacitat de distribució del temps entre tots els participants (Aronson, 1990; citat a Wood, Miller i Hargrove, 2005).

Aquests mateixos autors, assenyalen com altres reptes a superar per la utilització de les noves tecnologies en els programes de supervisió, les limitacions que es puguin derivar de la confidencialitat de les dades i els costos dels equips.

Respecte de la confidencialitat, Wood, Miller i Hargrove (2005); Watson (2003; citat a Nelson, Nichter i Henrikson, 2010) i Vaccaro i Lambie (2007; citats a Nelson, Nichter i Henrikson, 2010) entre altres autors, fan referència a l'accessibilitat de les dades confidencials i en aquest sentit farem una menció més extensa sobre les precaucions i els protocols recomanats en els apartats següents. Pel que fa al cost de la tecnologia necessària per implementar sistemes de supervisió en línia, si be estem d'acord amb Stamm (1998; citat a Wood, Miller i Hargrove, 2005) que el necessari per la comunicació és un ordinador i una línia telefònica amb accés a internet, elements aquests que en l'actualitat tenen un cost relativament baix, no és tan clar el pressupost necessari per establir i donar manteniment a una xarxa segura en la que poder emmagatzemar dades confidencials i compartir de forma segura i acomplint els estàndards ètics, els arxius necessaris per desenvolupar la tasca de supervisió. Podem dir que hi ha un ampli ventall de possibilitats en les que encabir el pressupost necessari per implementar un programa d'aquestes característiques (Yuan et al., 2012). En qualsevol cas, és un cost suficientment elevat com per què sigui necessària la participació d'una empresa privada o un organisme oficial.

Finalment, vull fer esment d'un possible desavantatge que es pot produir en el moment de la implementació d'un programa de supervisió en línia mitjançant TIC i és que, com assenyala Oravec (2000), poden haver institucions que es plantegin reduir costos mitjançant la implementació d'aquests programes, en tant que un nombre més reduït de supervisors, pot atendre a un nombre més elevat de supervisats. En qualsevol cas, com ens indica l'autora, el fet que les noves tecnologies facilitin un augment de l'eficiència del treball supervisor, això no justifica una reducció de personal.

Es pot caure en la temptació d'implementar programes informàtics com els que hem comentat anteriorment d'assistència al diagnòstic, que es considerin suficients per l'entrenament dels supervisats, cosa que passaria per alt la utilitat de comptar amb una guia per part de supervisors experimentats que facilitin la comprensió i la interpretació de les interaccions entre els supervisats i els seus clients i la discussió d'altres contingències relacionades amb els tractaments de la salut mental (Oravec, 2000).

a. Aspectes tècnics

En relació als aspectes tècnics que cal valorar en el desenvolupament d'un procés de supervisió mitjançant les tecnologies de la informació i la comunicació, ja hem avançat algunes consideracions en l'apartat anterior. Ara volem aprofundir una mica més i, en especial en les dificultats que poden sorgir en el moment de realitzar comunicacions en temps real mitjançant programes de telefonia IP o de videoconferència. En aquest sentit, Abbas et al. (2011), assenyalen que en ocasions l'ample de banda de la connexió a internet pot ser pobre o veure's reduïda produint retards o talls en la recepció del missatge audiovisual. Els autors ens recomanen preveure aquesta eventualitat i tenir la possibilitat de substituir la connexió a traves de la xarxa per una trucada telefònica convencional. Per altra banda, fan un seguit de recomanacions prèvies a aquesta solució, com ara assegurar-se que la resta de programes que es connecten a internet a l'ordinador que estem utilitzant estan desconnectats i, al mateix temps, apagar l'opció de vídeo de l'aplicació que estem fent servir per continuar l'exercici de supervisió només amb una transmissió de veu, estalviant

d'aquesta manera els costos de la trucada convencional (Abbas et al., 2011).

Altrament, també hem fet esment de la necessitat de protegir les dades i els arxius que s'han de compartir entre supervisors i supervisats, a ser possible mitjançant la implementació d'una xarxa amb servidors dedicats on es pugui controlar l'accés a les carpetes i documents per part d'un administrador facultat. En relació a aquest assumpte, Manring, Greenberg, Gregory i Gallinger (2011), comenten la solució implementada en la Upstate Madical University de Nova York, en la que mitjançant un servidor compartit dedicat i segur, han creat una carpeta d'arxius per cada supervisat, limitant l'accés a aquestes, al supervisat titular de la mateixa, el supervisor i l'administrador del sistema. Com ells mateixos assenyalen aquest tipus de configuracions requereixen una quantitat substancial de temps, energia i cooperació amb el departament informàtic encarregat del sistema. En relació a la transferència d'arxius, aquesta només està permesa a través de perifèrics protegits amb clau, els quals han de ser esborrats una vegada s'ha realitzat la supervisió. Es considera que aquesta configuració, exposada aquí de forma general, és molt recomanable, cas que es porti a terme un projecte com aquest. Tot i això, en l'actualitat existeix la possibilitat de crear xarxes privades virtuals que podrien ser una solució per reduir costos d'infraestructures en la implementació d'aquest tipus de projectes.

Com assenyalen Regola i Chawla (2013), mitjançant la tecnologia del Cloud Computing en l'actualitat les organitzacions tenen la possibilitat de construir infraestructures complexes en recursos llogats a tercers amb

opcions de seguretat avançades i ens proposen un prototipus d'infraestructura dins la Amazon's Virtual Cloud Computing en la que investigadors i clínics poden emmagatzemar dades seguint els estàndards assenyalats per la HIPAA. No és el propòsit d'aquest treball detallar aspectes tècnics que poden ser força complexos i per tant, recomanem llegir l'article complert indexat en la bibliografia a tots aquells interessats en el tema.

Finalment, i tenint en compte que està molt lligat amb els aspectes ètics que tot seguit comentarem, volem fer esment del treball desenvolupat per Silva et al. (2013) en relació a la protecció de les dades relacionades amb la salut dels pacients. Els autors han desenvolupat un algoritme identificat com DE4MHA dissenyat específicament per protegir les dades mèdiques en dispositius mòbils utilitzats en entorns clínics per tal d'obtenir i portar de forma segura informes i arxius informàtics confidencials. L'algoritme ha estat dissenyat de forma que pràcticament no interfereix en la fluïdesa d'utilització de l'aparell, comparat amb un dispositiu que no tingui les dades encriptades amb aquest algoritme. Novament es recomana al lector interessat consultar l'article complert disponible en línia.

A. Aspectes ètics

Quan posem atenció a les qüestions ètiques que sens dubte hem de contemplar en el moment de realitzar un procés supervisor mitjançant eines tecnològiques implementades a Internet, s'ha de tenir present que les normes de confidencialitat i obligació de protecció de les dades que es recullen en els diferents codis ètics per les relacions cara a cara, són també vàlides en les interaccions on – line (Abbas et al., 2011; Barnet, 2011;

Lehavot, Powers i Barnet, 2010; Nelson, Nichter i Henriksen, 2010). Així, en el nostre entorn més immediat s'haurà de tenir molt present l'article 45 del Codi Deontològic del COPC que en relació a l'obtenció i l'ús de la informació assenyala que els registres escrits o electrònics de les dades psicològiques, entrevistes i resultats de proves seran conservats sota la responsabilitat del psicòleg en condicions que assegurin el secret professional.

Per tant i en funció de les directrius d'aquest article, ja hem de tenir en compte certes precaucions per tal de protegir les dades que tenim en el nostre poder. Per altra banda, en el mateix apartat del Codi Deontològic, els articles 39 i 44 ens donen unes directrius molt clares sobre el consentiment que hem de recavar del client per fer ús de la seva informació i de com hem de tractar aquestes dades en ser compartides amb altres professionals dins el marc d'una relació professional. Així, concretament l'article 39 ens recorda que les informacions recollides en l'exercici de la nostra professió estan sotmeses a dret i deure de secret professional i, en cas que sigui necessari compartir-les, ha de ser amb l'exprés consentiment del client (COPC, 2013). Pel que fa a l'article 44, ens recorda que l'exposició, per qualsevol canal comunicatiu, de les dades d'un client amb finalitat didàctica, comunicativa o de divulgació científica, ha de fer-se eliminant qualsevol informació que faciliti la identificació de la persona, grup o institució, per part de tercers (COPC, 2013).

Per tant, a partir d'aquestes normes d'obligat compliment per part dels professionals diligents, podem indicar que, en un procés de supervisió clínica on line, és obligació del psicòleg implementar mesures de seguretat en el seu dispositiu d'emmagatzematge de dades que permetin protegir

tota la informació clínica de què disposa. Per això, serà necessari utilitzar programes d'encriptació de dades o xarxes segures i tancades, quan es tracti d'institucions, per emmagatzemar arxius clínics (Wood, Hargrove i Miller, 2005). Per altra banda, i com aquests mateixos autors recomanen, els dispositius electrònics utilitzats per la gestió d'aquesta informació hauran de tenir un programa d'antivirus instal.lat i sempre actualitzat per evitar intrusions de programes maliciosos que destrueixin o copiïn les dades (Wood, Hargrove i Miller, 2005).

Tot i això, Schwartz i Lonborg (2011), a partir d'una anàlisi de diverses fonts de dades relatives a les mesures de seguretat que prenen els professionals per protegir les dades emmagatzemades en dispositius mòbils informàtics, han pogut determinar que les precaucions que es prenen, en general, són laxes i constitueixen un risc per la seguretat i la confidencialitat de les informacions de què es disposen.

Aquests autors fan un seguit de recomanacions generals per tal de poder tenir un sistema de protecció de dades ajustat a les nostres necessitats particulars, tot i considerant que mai hi ha un sistema completament segur (Yuen et al., 2012).

Així, ens recomanen expressament als psicòlegs, que utilitzem procediments estandarditzats que ens permetin realitzar una avaluació dels potencials riscos de vulnerabilitat dels nostres sistemes tot i comptant amb el suport d'experts en seguretat tecnològica. Al mateix temps, recomanen que tos els professionals que han de gestionar informació clínica confidencial, rebin la formació suficient i necessària per evitar riscos

derivats de la mala praxis per part del personal (Schwartz i Lonborg 2011). Altres mesures de seguretat indicades per la protecció de dades, són la utilització de claus d'accés, la limitació de les descàrregues de documents a dispositius d'emmagatzematge portàtils i el formatejat de dispositius externs d'emmagatzematge quan es destrueixen dades.

Pel que fa al consentiment per part dels clients, de la utilització de les seves dades, Yuen et al. (2012) assenyalen la necessitat d'obtenir un consentiment explícit per part dels usuaris, per utilitzar les seves dades en entorns electrònics i virtuals i assegurar-nos que comprenen els riscos associats a la utilització de les comunicacions mitjançant internet. En aquest mateix sentit, es considera necessari informar igualment del descàrrec de les polítiques de privacitat de terceres parts implicades en el procés de comunicació. És a dir, s'haurà d'informar del fet que determinades empreses que operen en xarxa, i que ens proveeixen dels serveis necessaris per comunicar-nos i emmagatzemar dades, poden reflectir en les seves polítiques de privacitat el fet que recullen dades privades dels usuaris per subministrar-les a proveïdors. Per exemple, Skype ™ pot recollir dades dels perfils dels usuaris, com ara el país de residència, cookies, volum de tràfic de dades, etc. per facilitar-les als proveïdors del servei de wi-fi o per propòsits de millora del programa (Yuan et al., 2012).

S'ha de tenir present, que alguns clients poden mostrar reticències per autoritzar la utilització de les seves dades en entorns virtuals i en aquest sentit, Abbas et al. (2011) indiquen que han observat que clients més joves es troben més còmodes amb la utilització d'internet en els seus processos

de teràpia i, per tant de supervisió, que persones de més edat. Es recomana en aquest sentit, explicar quin és el benefici que es pot obtenir en poder realitzar un procés de supervisió, especialment pel client.

A nivell personal, considero que les reticències dels clients de més edat, poden estar relacionades amb el fet que aquestos no són digitals natius i, en conseqüència poden mostrar més resistències a la distribució d'informacions sensibles a través de la xarxa.

Podem trobar un exemple de document estàndard de consentiment informat en el treball d'Abbas et al. (2011) que es podria adaptar a les necessitats específiques de cada professional o institució que desitgi implementar un sistema com el que s'analitza en aquest treball.

3. Conclusions

Al llarg d'aquestes pàgines hem anat descrivint les diferents eines que, en l'actualitat, poden ser aplicables als processos de supervisió en línia, tot i considerant aquelles més desenvolupades i de les quals disposem de certa evidència empírica, respecte de la seva efectivitat. No sóc aliè al fet que, en un futur pròxim, degut a la ràpida evolució de les tecnologies de la informació i la comunicació, poden sorgir noves eines que afavoreixin comunicacions i intercanvis de documents i arxius més ràpids i segurs. En aquest sentit, en el moment actual es pot trobar al mercat un nou sistema d'intercanvi d'arxius fora del núvol amb un cost relativament baix i del no s'ha trobat bibliografia científica. És per aquest motiu que no ha estat inclòs

en aquest treball. El sistema, fabricat per l'empresa Connected Data Inc. té el nom comercial de Transporter i el seu cost és relativament baix i assumible per un particular. A més, encara no està disponible a Espanya i s'ha d'adquirir mitjançant un distribuïdor europeu amb seus al Regne Unit i a França, localitzable en la seva pàgina web. Es pot consultar informació molt complerta i relacionada amb la seguretat que ofereix, especialment als professionals de la salut, a la seva pàgina web www.filetransporter.com . Per altra banda, tecnologies com la realitat virtual, la realitat augmentada i xarxes de comunicació més ràpides com la 4G o 5G, entre d'altres, de ben segur seran protagonistes de treballs similars en els propers anys.

Tot i això, i centrant-me en el moment present, és clar que actualment es poden implementar amb un cost relativament baix, sistemes de gravació de sessions terapèutiques i establir relacions de supervisió en línia amb pràcticament qualsevol supervisor situat arreu del món amb l'única condició de disposar d'un ordinador i una connexió a internet amb un ample de banda suficient. Però es considera que tot i la disponibilitat de la tecnologia i el seu baix cost, això no és suficient per crear un entorn segur en el que desenvolupar aquesta tasca amb les garanties mínimes per la confidencialitat de les dades dels clients i per la qualitat del servei rebut pels clínics que ha de ser supervisats.

Per poc que s'observin les condicions que assenyalen els codis ètics i els resultats dels estudis que hem pogut revisar al llarg d'aquestes pàgines, es pot deduir que la implementació d'un programa de supervisió rigorós que ofereixi, tant a clients com a supervisats, els estàndards de qualitat mínims que s'han d'exigir a qualsevol entorn professional, no es pot basar en la

utilització d'un ordinador portàtil i una càmera web amb la que compartir arxius amb un supervisor a l'altra banda de la línia.

Un projecte de qualitat ha de comptar, a partir de l'anàlisi de l'exposat fins aquí, d'un organisme o institució que recolzi la implementació del programa, que faciliti instal.lacions, recursos de hardware i software adients i que inclogui un equip tècnic que desenvolupi el marc de treball que permeti l'enregistrament, emmagatzematge i intercanvi d'informacions de forma segura i ordenada. En aquest sentit, la creació de xarxes privades i segures dedicades al propòsit que hem considerat, sembla que és la solució més adient. Per tant, s'haurà de comptar igualment amb un pressupost que ja no és tan assequible com inicialment es podria pensar. Sens dubte, com ens indiquen Marning et al. (2011), la tecnologia ha canviat la manera com es pot portar a terme el procés de supervisió psicoterapeutica i ha augmentat les possibilitats per què els psicoterapeutes augmentin les seves competències en el desenvolupament de la seva tasca. Tot i això, com recomanen Schwartz i Longborg (2011), abans d'aplicar les noves tecnologies a la nostra tasca professional, hauríem de considerar els beneficis i els inconvenients, revisar la bibliografia existent en el moment present en relació a la utilització de les noves tecnologies en les pràctiques psicològiques professionals i, finalment, seguir protocols d'actuació desenvolupats a tal efecte.

La supervisió psicologia mitjançant les TIC també s'enfronta, com hem anat desenvolupant, a diversos reptes de seguretat i ètics en relació a les dades clíniques i la privacitat dels clients. Es considera en aquest sentit, que les institucions col·legials del nostre país haurien de desenvolupar guies

d'actuació clares en relació a les necessitats d'emmagatzematge i transmissió d'arxius a través de dispositius electrònics, degut al gran avenç d'aquestes tecnologies i en l'impacte que aquestes estan tenint ja en l'actualitat i de ben segur tindran en un futur molt proper en la nostra professió. Per aquest propòsit, disposem en l'actualitat de gran quantitat d'investigació i suport empíric que permeten determinar processos bàsics d'actuació en aquest sentit que permetin als clínics oferir un servei d'alta qualitat als seus usuaris i clients.

Sobre la seguretat de les dades, també és necessari considerar el perill que suposa emmagatzemar dades en servidors facilitats per tercers que no especifiquen de forma clara la utilització dels arxius que dipositem en les seves instal·lacions i no assenyalen polítiques d'encriptació de dades que protegeixin als usuaris ni als tercers. Per tant, és altament recomanable que, si no es treballa en un entorn institucional que ens permeti la utilització de servidors dedicats i segurs, posem tots els recursos disponibles al nostre abast per acomplir de forma diligent amb les normes establertes en aquest sentit en el Codi Deontològic.

En relació a l'actuació ètica que ha de contemplar tot professional de la psicologia, recordar l'obligació de comunicar als clients la utilització que farem de les seves dades i demanar el consentiment explícit i signat per realitzar intercanvis d'arxius amb les seves informacions a través d'internet. Aquest consentiment, ha de ser informat i, per tant, indicarem els riscos que poden existir en aquest entorn virtual.

Vull fer-me ressò, en aquest punt, de les recomanacions que, en relació a la supervisió en línia assenyalen Nelson, Nichter i Henriksen (2010) i indicar que en els processos de supervisió, s'hauria de tenir la possibilitat d'escollir entre la supervisió totalment en línia, mixtes o les tradicionals sessions cara a cara. Per altra banda, quan hi ha processos de supervisió en línia, sempre ha d'haver un pla alternatiu per si la tecnologia falla en algun sentit. També s'ha de considerar la possibilitat de tenir alguna trobada real entre el supervisor i el supervisat, especialment a l'inici de la relació, si això és possible. En aquesta trobada, el supervisor es pot assegurar del coneixement tecnològic que el supervisat posseeix per evitar futurs problemes i, en aquest sentit, és necessari que els supervisats tinguin un cert nivell de domini tecnològic abans de començar el procés.

Així doncs, per acabar, assenyalar que la implementació d'un sistema de supervisió en línia inserit en l'organigrama d'una institució o organisme oficial, com una universitat o un col.legi professional pot ser una eina de gran utilitat que aporta la possibilitat d'accedir a una formació continuada de qualitat als professionals de la psicologia i, al mateix temps, pot oferir totes les garanties de qualitat i de confidencialitat necessaries.

7. Bibliografia

1. Abbas, A., Arthey, S., Elliot, J., Fedak, T., Markowski, J., Nowoweiski, D., Nowoweiski, S. (2011). Web-conference supervision for advanced psychotherapy training: A practical guide. *Psychotherapy. 48*(2), 109-118.
2. Aten, J.D., Gillespie, R.E., Strain, J.D. (2008). A transteorethical model of clinical supervision. *Training and education in professional psychology. 2*(1),1-9.
3. Aylott, H., Ellis, M.V., Fitzpatrick, H., Milne, D. (2008). How does clinical supervision work?. Using a "Best evidence synthesis" approach to construct a basic model of supervision. *The clinical supervisor. 27*(2), 170-190.
4. Ball, S.A., Carroll, K.M., Nuro, K.F., Rounsaville, B.J., Sholomskas, D.E., Syracuse-Syewert, G. (2005). We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of consulting and clinical psychology. 73*(1), 106-115.
5. Balmaña, N., Botella, L., Corbella, S., Fernández-Alvarez, H., García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista argentina de psicología clínica. 18*(2), 125-133.
6. Barnet, J.E., Lehavot, K., Powers, D. (2010). Psychotherapy, professional relationships and ethical considerations in the MySpace generation. *Professional psychology: Research and practice. 41*(2), 160-166.
7. Barnet, J.E., Scheetz, K. (2003). Technological advances and telehealth: Ethics, law and practice of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training. 40*(1/2), 86-93.
8. Barnett, J.E. (2011). Utilizing technological innovations to enhance psychotherapy supervision, training and outcomes. *Psychotherapy. 48*(2), 103-108.
9. Berger, T. (2004). Computer – Based technological applications in psychotherapy training. *Journal of clinical psychology. 60*(3), 301-315.
10. Berger, T., Caspar, F., Hautle, I. (2004). The right view of your patient: A computer-assisted, individualized module for psychotherapy training. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 41*(2), 125-135.
11. Berman, M.A., Tanenbaum, R.L. (2005). Cuestiones éticas y legales en la supervisión de la psicoterapia. *Revista de toxicomanía.* (45), 21-26.

12. Bernard, J.M., Clingerman, T.L. (2004). An investigation of the use of e-mail as a supplemental modality for clinical supervision. *Consuelor Education and Supervision, 44*(2), 82-95.
13. Bigeni, J., Bilocca, D. i Balzan, M. (2012). Usage patterns of and feedback on Online E-learning modules for "common trunk" trainees in medicine. *Journal of European CME 1*(1), 36-41
14. Boland, M., O'Donohue, W.T. (2012). Beyond the Rube Goldberg model of clinical training: Toward more efficient training of core competencies. *Training and education in professional psychology. 6*(3), *174-186.*
15. Connected Data (2013). *Transporter.* Recuperat el 3 de Juny de 2013 des de http://www.filetransporter.com/
16. COPC (2013). *Codi Deontològic.* Recuperat el 20 de Maig de 2013 des de http://www.copc.cat/Paginas/Ficha.aspx?IdMenu=6C2054E4-2957-4491-A156-F55E0AB73BFD
17. Endres, M.A., Myers, S.B., Ruddy, M.E., Zelikowsky, N. (2012). Psychology graduate training in the era of on-line social networking. *Training and education in professional psychology. 6*(1), 28-36.
18. Escudero V., Friedlander, M.L., Heatherington, L. (2011). Using the e-SOFTA for video training and research on alliance – related behavior. *Psychotherapy 48*(2), 138-147.
19. Fernández Álvarez, H. (2008). *Supervisión en psicoterápia.* Recuperat el 29 d'Abril de 2013 des de http://www.revistadeapra.org.ar/ant_mayo08.htm
20. Fishkin, R., Fishkin, L., Leli, U., Katz, B., Snyder, E. (2011). Psychodynamic treatment, training and supervision using internet-based technologies. *Journal of the American Academy of Psychoanalisys and Dynamic Psychiatry. 39*(1), 155-168.
21. Forman, E.M., Goetter, E.M., Goetter, E.M., Yuen, E.K. (2012). Challenges and opportunities in Internet-Mediated telemental health. *Professional Psychology: Research and practice. 43*(1), 1-8.
22. Franco, M., Jimenez, F., Monardes, C., Soto-Pérez, F. (2010). Internet y psicología clínica: Revisión de las ciberterapias. *Revista de psicopatología y psicología clínica. 15*(1), 19-37.
23. Fruzzetti, A.E., Worrall, J.M. (2009). Improving peer supervisors ratings of therapist performance in dialectical behavior therapy:An Internet-Bsed training system. *Psychotherapy theory, research, practice, training. 46*(4), 476-479.

24. Gallinder, L., Gregory, R., Greenberg, R.P., Manring, J. (2011). Learning psychotherapy in the digital era. *Psychotherapy. 48*(2), 119-126
25. Gómez, J. (2008). *El aprendizaje experiencial.* Recuperat el 3 d'Abril de 2013 des de http://www.ecominga.uqam.ca/ECOMINGA_2011/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_5/1/3.Gomez_Pawelek.pdf
26. Hargrove, D.S., Miller, T.W., Wood, J.A. (2005). Clinical supervision in rural settings: A Telehealth model. *Professional Psychology: Research and practice. 36*(2), 173-179.
27. Henriksen, R., Nelson, J.A., Nichter, M. (2010). *On-line supervision and face-to-face supervison in the counseling intership: An exploratory study of similarities and differences.* Recuperat el 30 de Març de 2013 des de http://www.counseling.org/docs/vistas/vistas_2010_article_46.pdf?sfvrsn=3
28. Hill, C.E., Lent, R.W. (2006). A narrative and meta-analytic review of helping skills training: Time to revive a dormant area of inquiry. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training. 43*(2), 154-172.
29. Kanz, J.E. (2001). Clinical – supervision.com: Issues in the provision of online supervision. *Professional psychology: Research and practice. 32*(4), 415-420.
30. Kolb, D.A. (1984). *Experiental learning: Experience as the source of learning and development.* New Jersey: Prentice Hall. Recperat el 28 d'Abril de 2013 des de http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/process-of-experiential-learning.pdf
31. Kolmes, K. (2012). Social media in the future of professional psychology. *Professional psychology: Research and practice. 43*(6), 606-612.
32. Lonborg, D., Schwartz, T.J. (2011). Security management in telepsychology. *Professional psychology: Research and practice. 42*(6), 419-425.
33. McCullough, L., Bhatia, M., Ulvenes, P., Berggraf, L., Osborn, K. (2011). Learning How to Rate Video-Recorded Therapy Sessions: A Practical Guide for Trainees and Advanced Clinicians. *Psychotherapy. 48*(2), 127-137.
34. Milne, D., Reiser, R. (2012). A rationale for Evidence-Based Clinical Supervision. *Journal of Contenporary Psychotherapy. 42*, 139-149

35. Milne, D.L., Pattison, S., Sheikh, A.I., Wilkinson, A. (2011). Evidence-based training for clinical supervisors: A systematic reviewof 11 controlled studies. *The clinical supervisor. 30*(1), 53-71.

36. MSSSI (2012) *¿Qué es la formación continuada?.* Recuperat el 3 de Maig de 2013 des de http://www.msc.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/queEs.htm

37. Oravec, J.A. (2000). Online consuelling and the Internet: Perspectives for mental health care supervision and education. *Journal of Mental Health 9*(2), 121-135

38. Rabaneque, M.J. (2013). *MSSSI. La biblioteca Cochrane Plus: La efectividad de la formación médica continuada.* Recuperat el 4 de Maig de 2013 des de http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%206816422&DocumentID=GCS2-01

39. Regola, N., Chawla, N.V. (2013). Storing and Using Health Data in a Virtual Private Cloud. *Journal of Medical Internet Research. 15*(3). Recuperat el 15 de Maig de 2013 des de http://www.jmir.org/2013/3/e63/

40. Ronen, T., Rosenbaum, M. (1998). Clinical supervision from the standpoint of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy. 35*(2), 220-230.

41. Rosenberg, J.I. (2006). Real time training: Transfer of knowledge through computer-mediated, real time feedback. *Professional psychology: Research and practice. 37*(5), 539-546.

42. Rudestam, K, E. (2004). Distributed Education and the Role of Online Learning in Training Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice 35* (4), 427-432

43. Scaturo, D.J., Watkins Jr., C.E. (2013). Toward an integrative, learning-based model of psychotherapy supervision: Supervisory alliance, educational interventions, and supervisee learning/relearning. *Journal of psychotherapy integration. 23*(1), 75-95.

44. Silva, B.M., Rodrigues, J., Canelo, F., Lopes, I. i Zhou L. (2013). A Data Encryption Solution for Mobile Health Apps in Cooperation Environments. *Journal of Medical Internet Research. 15*(4). Recuperat el 16 de Maig de 2013 des de http://www.jmir.org/2013/4/e66/

45. Wolf, A.W. (2011). Internet and video technology in psychotherapy supervision and training. *Psychotherapy 48*(2), 179-181.
46. Yuan, M.J., Finley, G.M., Long, J., Mills, C., Johnson, R.K. (2013). Evaluation of user interface and workflow design of a bedside nursing clinical decision support system. *Interactive Journal of Medical Research 2*(1). Recuperat el 2 de Maig de 2013 des de http://www.i-jmr.org/2013/1/e4/