

## Evidencias y Competencias en Psicoterapias.

Evidence and Competence in Psychotherapy.

Pedro Angona Del Río <sup>a</sup>, Isabel Ruiz Delgado <sup>b</sup>, Francisco Sánchez Castejón <sup>c</sup>.

<sup>a</sup>Coordinador USM Málaga Guadalmedina. HRU Carlos Haya-Málaga, España. <sup>b</sup>F.E.A. Psicología USM Málaga Guadalmedina. HRU Carlos Haya-Málaga, España. <sup>c</sup>P.I.R. de la UGC del HRU Carlos Haya-Málaga, España.

Correspondencia: Pedro Angona Del Río ([pedro.angona.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:pedro.angona.sspa@juntadeandalucia.es))

Recibido: 16/06/2012; aceptado con modificaciones: 23/12/2012

RESUMEN: La formación en psicoterapias de los M.I.R. es escasa y en pocos lugares de la geografía española podemos encontrar un programa estructurado. En 2008 se publicaba una Orden Ministerial que hacía posible la subespecialidad en psicoterapia el cuarto año de residencia. El desarrollo de esa orden nunca se produjo, pero la publicación en la Guía NICE 2010 de un buen número de psicoterapias con pruebas de eficacia podría dar a las psicoterapias el prestigio que tuvieron antaño. Se hace un recorrido histórico por el controvertido tema de la Práctica Basada en la Evidencia en Psicoterapia, y del movimiento de las competencias profesionales en este ámbito. Existe hoy una tendencia a localizar terapias específicas para trastornos específicos y a formar psicoterapeutas competentes para estas terapias que hayan mostrado evidencia. En el artículo se muestran los puntos frágiles de esta pretendida búsqueda de la competencia, de su enseñanza y evaluación, así como de la tan pregonada como mal interpretada "evidencia" científica.

PALABRAS CLAVE: Psicoterapia, evidencia, competencia, evaluación.

ABSTRACT: The Medical training program for residents in Psychotherapies is poor and there are just a few places in the Spanish geography where a structured program on training is developed. The Ministerial Law published in 2008 allows a specific training in Psychotherapies, as specific sub-specialty, in the fourth year of the training period of the residents. The development of these Law never was done, but the reference published on the NICE Guide about a wide number of Psychotherapies could give them back the prestige they had before. We provide a historic view of the Practice-based on evidence in Psychotherapy, and the evolution of the professional competences on this field. There is a tendency to match specific therapies to specific disorders and to train competent Psychotherapists for the therapies that have proved evidences. The article shows the weak side of this pretended search of competence, its teaching, and assessment, and the widely spread and misunderstanding scientific evidence.

KEY WORDS: Psychotherapy, evidence, competence, assessment.

### Introducción

En el B.O.E. de 26 de septiembre de 2008, se aprueba el programa de formación en psicoterapia en el último año de la especialidad de Psiquiatría. Una vez más, un posible avance ha quedado sin desarrollo.

A pesar de todo, las psicoterapias podrían volver a recuperar el prestigio que en gran medida tenían perdido. Uno de los más esperanzadores indicios fue la

aparición en la guía NICE 2010 de un importante número de psicoterapias que se aconsejan para el tratamiento de determinados trastornos específicos.

La situación previa, nada favorable para las psicoterapias, queda reflejada en el informe elaborado en 2005 entre la OMS y la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), en el que se refleja la deficiente formación de los Psiquiatras en psicoterapias (1).

Este informe, junto con un interesante artículo (2), viene a confirmar que además de las deficiencias en la formación, los programas de distintos países del mundo, cuando los hay, son escasamente estructurados.

Mientras que en un buen número de psiquiatras en Estados Unidos llegan a decir que el Psiquiatra pierde rigor cuando practica la Psicoterapia, en España diversos artículos y algunos estudios de la situación en el ámbito público (3) muestran que, por lo general, los profesionales obtienen escasa formación durante su residencia en esta disciplina, y que a lo sumo hay tres o cuatro lugares en la geografía española que tienen programas específicos.

No obstante, son muchos los profesionales que en nuestro país, mantienen la brecha abierta de la formación en psicoterapias y llevan a cabo una importante y meritoria labor de difusión (4-5).

Probablemente, la relativa decepción producida por los resultados que se obtienen con los psicofármacos para el tratamiento de los llamados trastornos mentales comunes, el alto coste económico que supone una medicalización tan elevada, junto con la consistencia de algunas investigaciones que muestran la eficacia de muchos tratamientos psicoterapéuticos, hacen posible este resurgir de la práctica y la prescripción de las psicoterapias.

Nos proponemos en este artículo plantear de forma sucinta las cuestiones problemáticas de la llamada “evidencia” referida al campo de las psicoterapias, y el de las competencias profesionales necesarias para el ejercicio de las mismas.

### *A propósito de las evidencias.*

Durante los años 20 a 40 se encuentran publicaciones sobre la eficacia de tratamientos psicoterapéuticos, con frecuencia de caso único y con el que se habían obtenido buenos resultados. Se trataba de demostrar la bondad de tal o cual técnica utilizada.

Posteriormente, se cuestionó con dureza la supuesta eficacia de las psicoterapias (6), dando lugar a la aparición de multitud de meta-análisis que, salvo algunas excepciones, venían a mostrar la eficacia de la psicoterapia. El estudio de Smith, Glass y Miller, meta-análisis de 450 publicaciones, es probablemente el más

importante de una serie de trabajos posteriores que han confirmado los mismos resultados (7).

Paralelamente aparecen las polémicas entre escuelas, y además de la crítica general que se hacen a los meta-análisis (Tipos de variables-dependientes o independientes-, tipo de sujetos, diferentes intervenciones, situación donde se produce...), se critica su metodología (qué estudios se seleccionan, criterios para extraer resultados, disparidad de datos que se hacen homogéneos, la calidad de los estudios...) (8).

A pesar de las apasionadas discusiones a favor o en contra, la mayoría de los estudios (excepto algún meta-análisis (9) que concluye que psicoterapia y placebo son similares, o el meta-análisis de 302 meta-análisis (10) que encuentra eficacia similar que frente al grupo control), confirman la eficacia de las psicoterapias frente a placebo o a no-tratamiento.

Algunos trabajos muy conocidos, obtienen en favor de la psicoterapia un fuerte tamaño del efecto frente a no tratamiento (0,82) así como a placebo (0,48) (11, 12).

Simultáneamente numerosas publicaciones empiezan a comparar resultados de diversas psicoterapias y, si bien aceptan que todas son eficaces, no encuentran diferencias de resultados entre unas y otras. Partiendo de la comprobación inicial de Luborsky muchos trabajos han tratado de demostrar que todas las psicoterapias producen efectos similares (13-18).

En la literatura se ha llamado a esto la paradoja de la equivalencia o del *Pájaro Dodo* en la que, como en la historia de *Alicia en el País de las Maravillas*, todos ganan. A raíz de estos hallazgos se va a desarrollar con fuerza el movimiento y la investigación en factores comunes de las psicoterapias (18-30) y en particular de la Alianza Terapéutica (31-37).

La aparición en 1980 del primer DSM que categoriza los diversos trastornos, va a introducir un cambio radical en los posteriores estudios sobre psicoterapia.

Inicialmente la Oficina de Evaluación Tecnológica del Congreso de Estados Unidos en 1980, la APA en 1982, el Proyecto de Seguridad Cualitativa de Australia y Nueva Zelanda en 1983, y los numerosos estudios cuantitativos de revisión de resultados, permiten llegar al consenso de que el efecto de la psicoterapia es superior a placebo. Incluso algún trabajo muestra que las psicoterapias son eficaces en condiciones reales en la práctica clínica y no sólo en los ensayos (38).

En 1989 el Congreso de Estados Unidos crea una Agencia Federal: Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) con objeto de determinar la eficacia de los tratamientos, tanto de las psicoterapias como de todas las especialidades médicas, y de elaborar guías clínicas.

Las primeras críticas no tardan en aparecer, porque la investigación previa a 1980, en que aparece el primer DSM, no había sido publicada acogiendo a los

criterios diagnósticos de este manual y, en consecuencia, se alerta del peligro de que toda la investigación empírica anterior quede invalidada.

En 1993 la American Psychological Association, división 12, realiza un informe sobre promoción y difusión de procedimientos psicológicos. Se van a establecer dos categorías sobre eficacia de tratamiento: los que se llamarán “bien establecidos” y otro grupo que reúne a los “probablemente eficaces”.

En ese primer informe de 1993 aparecen 18 tratamientos eficaces y 7 probables.

En el de 1996 son 22 tratamientos los eficaces y 25 los probables (39).

Y, en 1998, bajan a 18 los eficaces y suben a 55 los probables (40).

Todos estos informes se pueden encontrar en las diferentes publicaciones referidas a esos años de la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. Estos informes pronto serán denominados en distintos ámbitos como el *Eysenk 2*, ya que de los 18 tratamientos eficaces de la publicación de 1998, 15 son conductuales o cognitivo-conductuales.

Eysenk además de profundo defensor de la terapia conductista como la única capaz de demostrar eficacia, dedicó mucho esfuerzo para denostar a la psicoterapia psicoanalítica. Llegó a decir en el mencionado artículo de 1952, que la ausencia de tratamiento era igual o aun mejor que la psicoterapia psicoanalítica.

Si tenemos en cuenta el número de técnicas que estaban buscando un puesto en la “Olimpiada de las psicoterapias” para demostrar su primacía y eficacia, y que en aquella época según algunos estudios superaban las 300, no es difícil suponer las controversias que aparecen en diversas revistas y publicaciones. El movimiento que apoyaba que el resultado de las diferentes psicoterapias era similar, estaba ganando fuerza con las llamadas terapias integradoras o eclécticas, y son precisamente los representantes de estos grupos los que con más fuerza se opondrán a las conclusiones de su asociación (*APA Psychological*). Ejemplos notables son los monográficos de la *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1996 o de *Psychotherapy Research* de 1997 y *Journal of Consulting and Clinical Psychology* de 1998, revistas con grupos editoriales de profesionales muy influyentes de la época.

Con respecto a las terapias o tratamientos psicodinámicos o de orientación psicoanalítica, en 1993 los redactores de la *Task Force* envían un claro aviso: “*Los tratamientos psicodinámicos son especialmente difíciles de categorizar utilizando nuestras denominaciones*” y algo más adelante se puede leer “*es básico que se obtenga mayor evidencia de la eficacia sobre resultados de las terapias psicodinámicas para trastornos específicos si ese tratamiento verificado clínicamente quiere sobrevivir en el mercado actual*” (p. 2).

Las tensiones internas dentro de la APA fuerzan el editorial de la *APA Presidential Task Force on Evidence-Based* de 2006 que, con el título *Evidence-Based Practice on Psychology*, va a tratar de conciliar las diversas corrientes y tendencias

y asumir determinados aspectos de la investigación empírica previos y posteriores a la aparición del DSM (41).

Algunos pasajes de este artículo son de gran interés, pues se intuye ya el problema que la propia APA se ha creado con la administración por ser tan estrictos en sus recomendaciones previas:

Se reconoce que cuando se apostó por los tratamientos con evidencia *se corría el riesgo de que las agencias proveedoras de servicios no muy familiarizadas con la base científica de las psicoterapias restringieran el acceso de los pacientes a la atención* (p. 271).

Algo más adelante: *“Nuestro objetivo fue identificar los tratamientos de una eficacia comparable a la de los medicamentos y por tanto poner de relieve la contribución de los tratamientos psicológicos. La División 12 provocó con esto una década de entusiasmo y controversia”* (p. 272).

Sin duda había una necesidad de dar prestigio a las psicoterapias y de subrayar su utilidad pero se creo, no obstante, un buen número de problemas. Volveremos sobre ello más adelante.

Mas en clave interna, puede leerse también *“Al mismo tiempo, muchos psicólogos expresaron su preocupación por la exclusiva atención que se prestó a los tratamientos breves, de manual y el énfasis en los efectos específicos de tratamiento en comparación con los factores comunes que dan cuenta de gran parte de la varianza de los resultados en los tratamientos de una gran parte de trastornos”* (p. 272).

Además de la División 12, la encargada de las psicoterapias que es la 29, asume en este documento *“la poderosa asociación entre los resultados y los aspectos de la relación terapéutica tales como la Alianza Terapéutica”* (42).

La EBPP (práctica basada en la evidencia en psicología) se define aquí como *“La integración de la mejor investigación disponible con la experiencia clínica en el contexto de las características del paciente, la cultura y los valores”* (p. 273). Se da así una importancia escasamente concedida antes a las características del paciente.

Finalmente, y para resaltar el intento conciliador de este editorial del 2006, reseñamos otro pasaje: *“Es importante no asumir que las intervenciones que aún no han sido estudiadas en ensayos clínicos controlados son ineficaces”*.

Chambless y Hollon, que fueron encargados de la redacción del documento sobre evidencias de los tratamientos van a distinguir:

- Tratamiento Eficaz: aquel que es mejor que la ausencia de tratamiento en, al menos, dos estudios independientes.
- Tratamiento Probablemente Eficaz: el que no ha sido replicado todavía.
- Tratamiento Específico: el que es mejor que un tratamiento alternativo o un placebo.

Las primeras exigencias de la APA para mostrar la eficacia de un tratamiento, comparadas con las que se pedirán posteriormente, son notablemente menores.

A estas alturas conviene que nos detengamos y que insistamos (aunque los esfuerzos por aclarar las ideas no parecen servir de mucho ante la obstinación de algunos gestores) en que el término inglés “*evidence*” se ha traducido al castellano de forma algo tosca y liviana. Enrique Baca aborda ejemplarmente el asunto en su artículo Hechos y Valores en Psiquiatría y nos advierte que al decir “evidencia” damos un salto cualitativo en relación al significado de “*evidence*” en lengua inglesa...Evidencia es “certeza clara y manifiesta de la que nadie puede dudar” (Real Academia de la Lengua, última edición). María Moliner, definía así evidente en 1984: “Tan claro que resulta indudable o innegable”, y tener la evidencia: “Estado mental del que está seguro de la verdad de cierta cosa”; todo ello bastante alejado de la más modesta y plural “*evidence*” del inglés: “*Facts or observations presented in support of an assertion*” (Wiktionary), o sea, testimonios, indicios o pruebas... (43)

Sobre la otra propuesta, la que dice Basada en Pruebas, Baca clarifica como la ciencia le ha concedido a la prueba un valor muy alto, pero la propia ciencia se ha planteado, al mismo tiempo, la necesidad de tener en cuenta el *valor de prueba de la prueba*, o, lo que es lo mismo, en qué medida la prueba probaba lo que pretendía.

No se nos debe olvidar que cuando decimos que un tratamiento es eficaz según la PBE, no estamos diciendo demasiado, o por decirlo de otra manera, no debemos caer en un deslizamiento de significación y creer que estamos frente a un tratamiento del que está inequívocamente demostrada su eficacia, ya que como veremos más adelante hay numerosos problemas por dilucidar.

Frente a los tratamientos manualizados y con escasa participación del terapeuta como sujeto, aparece en la literatura el llamado tratamiento de “Bona Fide”, que *es aquel que tiene ingredientes comunes a todas las psicoterapias, una justificación convincente para el trastorno a tratar, un tratamiento basado en principios psicológicos, la participación y colaboración activa entre el paciente y el terapeuta, y el acuerdo sobre las tareas y objetivos de la terapia* (44-50).

Los tratamientos que son de “Bona Fide” contienen los factores comunes de las psicoterapias y una conceptualización incrustada en una teoría coherente de cambio que se ha demostrado empíricamente (51, 52).

Continuando con la observación de Baca sobre el valor de la prueba, hay dos interesantes artículos fechados en 2005 y 2007 de la Universidad de Yale (53, 54), y otro de diferente autor también de 2007 (55), que introducen el concepto de “*Integridad del tratamiento*”, que en definitiva consiste en estudiar todas las variables que intervienen en la administración de un tratamiento, incluidas las competencias.

Pues bien, la autora revisa todos los artículos de las seis primeras revistas de impacto en lengua inglesa entre 2000 y 2004 para concluir que “*las investigacio-*

*nes que han abordado sistemáticamente la integridad de los procedimientos de los tratamientos están prácticamente ausentes en la literatura” (53, p.829). Elige una combinación de 25 términos clave de psicoterapia, por ejemplo: la terapia, la intervención, y 75 términos descriptivos como psicosocial, cognitivo, psicodinámico.*

Lo interesante de los artículos es que, tras el concepto de integridad del tratamiento, se está refiriendo al grado de cumplimiento con que una intervención se realiza según lo previsto, es decir, cuando se publica un estudio en el que un terapeuta ha administrado uno o varios tratamientos con una técnica concreta, la autora exige a ese artículo que determine si el profesional referido usó exclusivamente esa técnica o se auxilió con algunos aspectos no constitutivos de dicha técnica.

Pide también conocer si el terapeuta tiene un nivel de entrenamiento suficiente en esa modalidad de intervención, si puede garantizar que lo hará según está diseñado y si es capaz de llevarlo a cabo con todos los pacientes o sólo con algunos en particular, en definitiva cuál es la adhesión al tratamiento que tiene ese terapeuta al manual o guía clínica que está empleando.

Se puede entender que la intención de la autora es poder demostrar que en el curso de un tratamiento, por más manualizado que esté o por más fidelidad que pretenda tener a la guía clínica que use, va a poner en juego aspectos de su particular forma de ser, se adecuará a las características del paciente y, en suma, entrarán en juego los llamados factores comunes de todas las psicoterapias.

El tercer artículo de los citados hace más énfasis en diferenciar lo que llama “competencias generales”, las “competencias específicas” y las “competencias de intervención”. Esta división resulta también útil para escudriñar los artículos relacionados con la literatura de psicoterapias y poder ver hasta qué punto un terapeuta particular que pretenda hacer un tratamiento específico para un trastorno específico emplea exclusivamente las competencias específicas y las de intervención, y no las generales.

Llama “competencias generales” al saber “cuándo y cómo”, es decir, a la aplicación juiciosa de un tratamiento: el conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones del terapeuta (e incluso del paciente y de la relación intersubjetiva), los valores y la comprensión del contexto. Las competencias generales -dice- tienen que ver con el sentido de la idoneidad, la capacidad de respuesta (la competencia ante todo contextual) y la perspicacia clínica, entre otras (55, p.494).

Algunas de las conclusiones de estos y otros artículos terminan reconociendo que *no se conoce con claridad cuánto intervienen las competencias generales y cuánto las específicas de cada modelo terapéutico en los resultados de la terapia, debido a que los estudios se centran en las competencias específicas generando la creencia, no demostrada, que son éstas y no las generales, las responsables del cambio.* (55, p.496)

Nos habíamos propuesto dar cuenta de las dificultades que plantean los términos de “evidencia” cuando se refiere a las psicoterapias y al de “competencias profesionales”. Los artículos citados más arriba sirven de puente para abordar el segundo punto de los referidos, a saber: en relación a las competencias nos alertan que la definición de competencia no está suficientemente clara o que no está demostrado si adquirir competencias produce mejores resultados ya que en los estudios la asociación entre competencias y resultados fue más débil de lo esperado.

Dicho esto, y como en el punto anterior, se hace un breve repaso histórico de lo que hoy entendemos por “Competencias”.

### *A propósito de las Competencias.*

El movimiento de las Competencias profesionales no es nuevo, pero como muestra una búsqueda bibliográfica utilizando PsyINFO, hay un aumento cuádruple de las publicaciones de 1990 a 1999 y de 2000 a 2009, en el que la competencia profesional fue catalogada como una palabra clave además de la de psicología y formación (56).

Se podría decir con rigor que las competencias profesionales se han convertido en la actualidad en uno de los retos más importantes en la formación médica general y también en el terreno más específico de las psicoterapias.

### *1- Definición y límites*

Por tomar un punto de partida, Mentkowski, incluye en su definición de competencias a grupos complejos, interactivos y dinámicos que integran los conceptos y procedimientos, habilidades y destrezas, comportamientos y estrategias, actitudes, creencias y valores, disposiciones y características personales, práctica reflexiva y motivación (57).

Tal vez una de las definiciones más influyentes y más citadas sea la que proponen Epstein y Hundert, según la cual competencia es “*El uso habitual y juicioso de la comunicación, conocimientos, habilidades técnicas, razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria para el beneficio de la persona y de la comunidad a que se sirve*” (58, p. 226).

El primer gran debate sobre competencias lo podemos encontrar en un número monográfico de *Academic Psychiatry* de 2003 (59-65) a propósito de las normas que el *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)* aprobó



en los EEUU, que exigía que todos los planes de residencia, sin importar su especialidad, tenían que evaluar a sus residentes en las competencias generales de seis Áreas principales: *atención al paciente, conocimiento médico, aprendizaje práctico y progreso, habilidades interpersonales y de comunicación, profesionalidad y práctica basada en los sistemas.*

Por su parte la American Association of Directors of Residency Training (AADPRT), en EEUU nombró un comité sobre competencias, Task Force on Competency, que estableció cinco subgrupos de competencias para cada modelo de psicoterapias y los requisitos para alcanzarlas.

Un artículo, prevenía en 2003 al Comité de exámenes de residencia en EEUU que tuviese en cuenta que la competencia se debe definir contextualmente, lo cual quiere decir entre otras cosas que, tal como se define desde diversos ámbitos, no se puede reducir a un saber (conocimiento) o a un saber hacer (habilidades) (66).

Para Yager, ser competente es saber aplicar en un contexto de forma pertinente. Es cuando se actualiza lo que se sabe en un contexto singular caracterizado por las relaciones de trabajo, una cultura institucional, aspectos temporales, situaciones aleatorias, con incertidumbre y urgencias.

De esta definición se desprende que buena parte del éxito de la terapia dependa de determinadas variables del terapeuta, tales como su capacidad de responder ante situaciones no previstas, de incertidumbre, azarosas y en definitiva singulares y que se dan en prácticamente todas las intervenciones psicoterapéuticas. Surge entonces la pregunta de si estas habilidades se pueden “enseñar”.

Diferentes estudios ya habían mostrado cómo las características individuales del terapeuta tienen un impacto sustancial en los resultados, tanto en los ensayos clínicos, como en la práctica real (67-69).

En el trabajo de 1991, el terapeuta individual sería responsable del 5 al 8% de la consecución de los objetivos en la psicoterapia. Más adelante, otros trabajos como los de Lambert aumentan este porcentaje hasta el 30%.

A pesar de esta relevancia, Lambert, de quien se dice que lo ha dicho todo a propósito de las psicoterapias, en dos estudios de 2003 y 2006 en los que se analiza el resultado de la terapia en relación a las variables del terapeuta (71 terapeutas vieron de 30 a 35 pacientes), concluye que los resultados no dependen de su orientación terapéutica, experiencia, sexo o edad (70, 71).

En esos trabajos, los pacientes de los terapeutas que consiguen los mejores resultados y de los que no se pudieron aislar características o habilidades concretas, obtenían una mejoría o tasa de recuperación del 44% de sus pacientes y un 5% de deterioro, mientras que los pacientes vistos por los terapeutas de bajo nivel tenían mejorías del 28%, con 11% de deterioro.

En España tenemos uno de los pocos programas estructurados para entrenamiento en habilidades en psicoterapia (72) y fuera de nuestro ámbito, el ya clásico de “Psicoterapia, programa de formación” (73).

Con el programa de Alberto Fernández Liria se realizó en España un trabajo de formación de residentes de diferentes centros de la geografía y tras evaluarlo se publicó un artículo (74) en el que se pregunta si los conocimientos adquiridos se conservan en el tiempo, si las características personales del alumno tienen alguna influencia sobre la formación en sí, y si hay un período de aprendizaje adecuado para poner en práctica estos tipos de programas e, incluso, si el progreso en las habilidades entrenadas realmente es beneficioso para los pacientes. Finalmente hace referencia a cuestiones sobre el coste-eficacia de estos programas.

Estas y otras preguntas nos dejan ver las dificultades que aún hoy existen cuando se trata de proponer un programa de formación para adquirir competencias de intervención en psicoterapia.

Todo este movimiento, al margen de los problemas, permite que se publiquen de forma sencilla y muy sistematizada algunas de las competencias esperables para diferentes psicoterapias. A modo de ejemplo en la tabla, se muestran las habilidades de Psicoterapia de apoyo AADPRT Task Force (Tabla 1).

Tabla 1.  
*Habilidades de Psicoterapia de apoyo (Adaptada)*

A. Límites: La capacidad de 1) Establecer y mantener un marco de tratamiento (por ejemplo, tiempo, espacio, los organismos externos, relaciones externas, establecer los horarios y manteniendo los tiempos). 2) Establecer y mantener una relación profesional. 3) Comprender y proteger al paciente de intrusiones innecesarias en la intimidad y confidencialidad.
B. Alianza terapéutica: La capacidad de 1) Establecer una relación con un paciente. 2) Entender y desarrollar una alianza terapéutica con el paciente. 3) Reconocer una variedad de formas de alianzas terapéuticas. 4) Que el paciente pueda participar activamente en el tratamiento. 5) Reconocer y tratar de reparar las alteraciones en la alianza. 6) Establecer un enfoque de tratamiento. 7) Proporcionar un entorno de seguridad.
C. Escucha: La capacidad de 1) Escuchar sin juzgar y con franqueza. 2) Facilitar al paciente hablar abierta y libremente.
D. Emociones: La capacidad de 1) Reconocer y describir específicamente los afectos. 2) Tolerar expresiones directas de hostilidad, afectividad, la sexualidad y otras poderosas emociones. 3) Reconocer y describir (al supervisor) los sentimientos que le produce el paciente. 4) Reconocer y tolerar las incertidumbres personales como aprendiz en la psicoterapia.
E. Comprensión: La capacidad de 1) Empatizar con los estados emocionales del paciente. 2) Transmitir comprensión empática. El uso de Supervisión: La capacidad de 1) Establecer una alianza educativa con el supervisor. 2) Incorporar material discutido en supervisión en la psicoterapia.
F. Resistencias / Defensas: La capacidad de 1) Identificar los problemas en colaborar con el tratamiento o el terapeuta. 2) Reconocer defensas en los fenómenos clínicos. 3) Reconocer los obstáculos al cambio y la comprensión de las posibles maneras de abordarlos.
G. Técnicas de Intervención: La capacidad de 1) Mantener el enfoque en el tratamiento cuando sea apropiado. 2) Confrontar la declaración de un paciente, afecto o comportamiento. 3) Evaluar la disposición y gestionar la terminación del tratamiento. 4) Evaluar la disposición del paciente para determinadas intervenciones. 5) Evaluar la respuesta del paciente a las intervenciones.

## 2- Listado de Competencias (Benchmarks)

La apuesta por tratar de objetivar al máximo los métodos de enseñanza y la evaluación de competencias va tomando cada vez más consistencia. Una de las más conocida e influyente afirma que las competencias *deben involucrar a toda la persona y se pueden enseñar, son observables y mensurables, transferibles a través de ajustes, y pueden ser continuamente reevaluadas y redefinidas* (75, 76).

La psicología profesional se está moviendo hacia la competencia basada en modelos, con especial atención a la educación, capacitación y acreditación (77-80).

El optimismo de este influyente autor no se refleja en los documentos de la APA. En el de 2006 “*APA Task Force on the Assessment of Competence in Professional Psychology*” se dice:

Cuando los psicólogos se preguntan específicamente *qué es competencia aplicada a la psicología profesional, la respuesta no es fácil* (81).

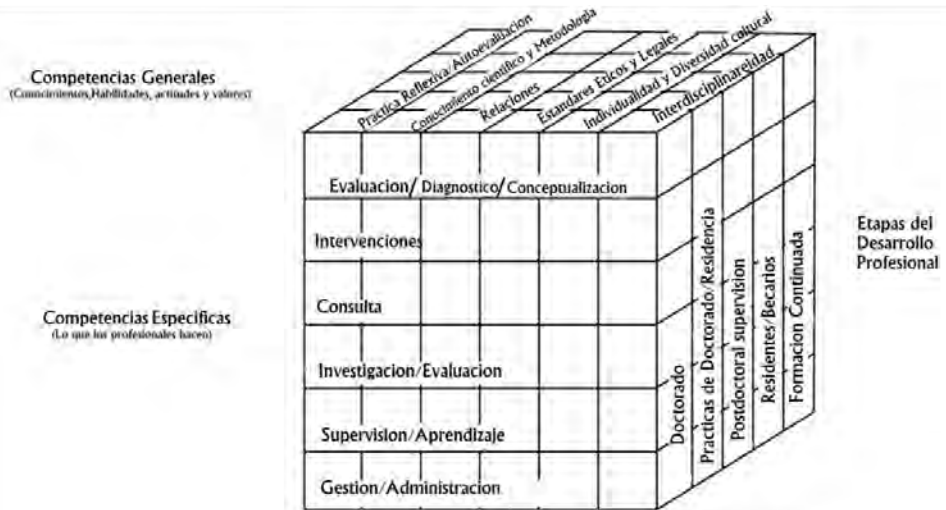
Aclaremos que este informe trata de responder a las competencias globales del psicólogo y no solo a las de intervención, es decir, se contemplan las competencias de evaluación psicológica, de diagnóstico, intervención, consulta, evaluación de programas, de supervisión y/o enseñanza, evaluación de programas, investigación académica, la gestión y administración de la organización, conducta profesional y ética, etc.

El grupo de trabajo reconoce que la implantación de las competencias pasa por un cambio de actitud de los profesionales y de los estudiantes, y llama a establecer un consenso sobre la definición de competencias básicas comunes, a que se desarrollen las específicas y a encontrar fórmulas eficaces para evaluar las competencias y los métodos para enseñarlas.

Estamos en 2006 y, a pesar de los debates, de los diferentes puntos de vista, las posiciones a favor y las más encontradas, la tendencia que se va imponiendo propone que los profesionales deben ser fundamentalmente competentes en terapias específicas, para trastornos específicos.

Tras el informe de 2006, los diferentes grupos comienzan su trabajo y a partir de una propuesta de 2005 que se hace popular y muy aceptada, que adopta el nombre de Cubo de Competencias de Rodolfa (*Cube Model for Competency Development*) (82) (Figura 1), se publicará el resultado del grupo *Competency Benchmarks* y la “Caja de herramientas (*Toolkit*) de la que nos ocuparemos ahora.

Figura 1.  
Cubo de Competencias (Adaptado)



Adaptación de Rodolfa et al, 2005

Como se observa en la imagen, en el Cubo de Rodolfa, se proponen 12 competencias, de las que seis son generales y seis específicas. Las competencias generales (en el eje x) se refieren a los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que sirven de base para las funciones que el psicólogo debe conseguir (por ejemplo: práctica dirigida por la ética, la capacidad de relacionarse, la práctica reflexiva, etc.). Las competencias específicas (en el eje y), abarcan las principales funciones que el psicólogo debe llevar a cabo (por ejemplo: la evaluación, intervención, consulta, investigación, etc.). Por último, el eje z, representa las etapas de desarrollo profesional.

El grupo de trabajo encargado de elaborar las áreas (Benchmarks) de competencias, agrega tres más a las propuestas en el cubo: la profesionalidad, la enseñanza y la promoción. Por lo tanto, el modelo original del Cube fue modificado y ampliado hasta 15 competencias (83).

Actualmente se trabaja en una nueva modificación (Marzo 2012, no publicada) (84), en la que las competencias se reordenan no tanto por generales y funcionales, sino por un conjunto de seis bloques y 16 competencias diferentes. (Tabla 2).

## ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 2  
 “Competency Benchmarks” Revisadas (Adaptada)

<b>Profesionalidad</b>
<b>1-Valores y actitudes profesionales:</b> Se evidencia en la conducta y el comportamiento que reflejan los valores y actitudes de la psicología.
<b>2-Diversidad individual y cultural:</b> La conciencia, la sensibilidad y habilidad para trabajar profesionalmente con diversos individuos, grupos y comunidades culturalmente diferentes.
<b>3-Normas Éticas Legales y Política:</b> La aplicación de los conceptos éticos y los conocimientos de las cuestiones jurídicas relativas a las actividades profesionales con las personas, grupos y organizaciones.
<b>4-La práctica reflexiva / Autoevaluación / Cuidado personal:</b> Práctica guiada por la reflexión y autoevaluación profesional y personal, con el adecuado cuidado de sí mismo.
<b>Capacidad Relacional:</b>
<b>5-Relaciones:</b> Relacionarse de manera efectiva y significativa con los individuos, grupos y / o comunidades.
<b>Métodos Científicos:</b>
<b>6-Conocimientos y métodos científicos:</b> Comprensión de la literatura de investigación, metodología de investigación, técnicas de recolección y análisis de datos. Conocimiento de las bases biológicas de la conducta, las cognitivo-afectivas y del desarrollo evolutivo. El respeto por el conocimiento científico.
<b>7-Investigación / Evaluación:</b> Participar en la investigación que contribuya a la base de conocimientos profesionales y / o que evalúa la eficacia de las diversas actividades profesionales.
<b>Aplicación:</b>
<b>8-Práctica Basada en la Evidencia:</b> La integración de la investigación y la experiencia clínica en el contexto de las características del paciente.
<b>9-Evaluación:</b> Evaluación y diagnóstico de las capacidades y los problemas de los individuos, grupos u organizaciones.
<b>10-Intervención:</b> Las intervenciones diseñadas para aliviar el sufrimiento y promover la salud y el bienestar de los individuos, grupos y / u organizaciones.
<b>11-Consulta:</b> La capacidad de proporcionar un asesoramiento experto y asistencia profesional en respuesta a las necesidades de un cliente.
<b>Educación:</b>
<b>12-Enseñar:</b> Proporcionar instrucción, difusión del conocimiento, y la evaluación de la adquisición de conocimientos y habilidades en la psicología profesional.
<b>13-Supervisión:</b> La supervisión y la formación en los conocimientos profesionales para la mejora y el control de la actuación profesional de los demás.
<b>Métodos:</b>
<b>14-Conocimientos interdisciplinarios:</b> El conocimiento de temas y conceptos clave en disciplinas afines. Identificar e interactuar con profesionales de múltiples disciplinas.
<b>15-Gestión-Administración:</b> Administración de la prestación directa de servicios (DDS) y/o la administración de organizaciones, programas o agencias (OPA).
<b>16-Promoción:</b> Las acciones dirigidas a influir en los factores sociales, políticos, económicos o culturales para promover el cambio a nivel individual (cliente), institucional y/o de los sistemas.

### *3.-Métodos de enseñanza*

En este contexto de cambio de actitud hacia las competencias profesionales y hacia la práctica basada en pruebas, una profesional muy respetada de la Universidad McMaster, realizó una búsqueda de los meta-análisis publicados entre 2000 y 2009 que tratasen sobre los métodos de enseñanza de las competencias profesionales, para saber si se pueden identificar escalas empíricamente validadas de competencia del terapeuta y métodos específicos de enseñanza que estimulen dicha competencia (85).

Como se puede observar, la pregunta da una vuelta de tuerca a la problemática de las evidencias. No solo se trata de encontrar tratamientos específicos para trastornos específicos. Ahora Weerasekera pide métodos específicos empíricamente validados para evaluar las competencias del terapeuta.

En cualquier caso, revisaron un total de 34 artículos sobre métodos para evaluar competencias siendo el uso de material como audio o vídeos de las sesiones de terapia y supervisión semanal, los métodos más empleados para buscar mayor objetividad.

En el citado programa de McMaster, durante los primeros años se da mayor importancia capacitar a los alumnos en las habilidades más generales, haciendo especial hincapié en la Alianza Terapéutica y en las habilidades empáticas y solo después en técnicas más específicas para los trastornos mentales más graves y prevalentes.

El uso de instrumentos estandarizados de evaluación, como las Escalas de calificación de terapeuta (86-88), también son muy recomendadas ya que han sido empíricamente validadas (89), y tienen alta fiabilidad interna (90-112).

La tabla 3, muestra las escalas que se utilizan en la formación de la Universidad McMaster.

Tabla 3.  
Escala de Calificación del terapeuta

Escala	Habilidad o Terapia	Fiabilidad
Truax Accurate Empathy Scale	Habilidades Empáticas	0.76
Barret-Lennard Relationship Inventory	Empatía, congruencia, refuerzo positivo, incondicionalidad	> 0.80
Working Alliance Inventory	Alianza Terapéutica	> 0.90
Cognitive Therapy Scale	Habilidades de terapia cognitivo conductual	0.94
Therapist Strategy Rating Form	Habilidades de terapia interpersonal	0.88
Penn Adherence Competence Scale for Supportive-Expressive Psychotherapy	Intervenciones expresivas y de apoyo, psicodinámicas	0.73
Interpretive and Supportive Technique Scale	Terapia de apoyo, terapia psicodinámica	0.95
Motivational Interviewing Scoring Code	Habilidades de intervenciones motivacionales	0.63-0.80
Family Therapist Rating Scale	Habilidades de terapia familiar	0.61-0.87

Finalmente, y a pesar de toda la investigación en competencias profesionales que transcurre desde 2000 hasta 2009, la autora concluye: *Ni la ACGME en EEUU, ni el RCPSC en Canadá ofrecen guías claras relacionadas con métodos de enseñanza en psicoterapia. Dada la evidencia disponible, no es posible elaborar esas guías para incorporarlas en los programas de enseñanza.*

#### 4-Evaluación (Toolkit)

Para conseguir evaluar las competencias, diferentes trabajos hacen una serie de recomendaciones y desarrollan los principios rectores para la evaluación de la competencia que se concretaron en 2009 en la llamada “Caja de herramientas” (Toolkit) (113-117).

Debido a que en EEUU, Canadá y otros países, el residente debe realizar exámenes tras finalizar su rotatorio, el documento propone diversos métodos de evaluación, que van desde los exámenes escritos u orales, evaluaciones globales realizadas por multi-informantes, portafolio, rolplaying, presentación de casos (118), supervisión directa o entrevistas grabadas (119), y así hasta completar 15 fórmulas.

A su vez, cada una de ellas está subdividida según el nivel que se esté realizando y mide de forma sumativa, formativa o ambas, la competencia de que se trate. Debido a su extensión remitimos al lector a consultar la bibliografía reseñada, en la que se despliegan los diferentes métodos.

En Inglaterra, el programa de formación del Royal College (120) contiene un portafolio (121) para evaluar al residente de manera continuada a lo largo de toda su formación y en todas las rotaciones mediante el método que denominan WPBA's (*Workplace Based Assessment*).

En resumen, es un listado muy pragmático de evaluaciones en el lugar de trabajo, que están cuantificadas y dan una excelente visión de los progresos del residente y están al servicio de la evaluación de los progresos en la enseñanza.

Además, el portafolio propone una guía que orienta al residente y al evaluador (colaboradores docentes, tutores o supervisores) en los diferentes aspectos a evaluar en una actividad psicoterapéutica de los diferentes modelos.

### *Resumen y conclusión:*

Sobre la evidencia, habrá que decirlo cuantas veces sea necesario, hay suficientes claroscuros como para que no sigamos confundiéndola con la luz que nos guía.

Aspectos tales como la influencia del terapeuta individual, las modalidades más adecuadas de supervisión, la práctica reflexiva, los programas de formación, la selección de pacientes y otras cuestiones de las que se ocupan menos las revistas especializadas, deben ser cuidadas como el patrón de oro de las psicoterapias.

Las psicoterapias que tratan de restar importancia a estas cuestiones en beneficio del manual, corren el riesgo de generar una práctica sin sujetos, algo que, en una profesión donde el valor está en la relación, resulta cuando menos inquietante.

Polémicas aparte, la información que ofrecen los estudios realizados hasta la fecha es coincidente, con independencia de la orientación del investigador que realiza el estudio, de la modalidad de terapia o tratamiento empleado y del problema sobre el que se aplica: la alianza terapéutica influye de manera importante en los resultados terapéuticos.

Así, si pretendemos comprender mejor por qué funcionan las psicoterapias y aprender a hacerlas funcionar cada vez mejor, las investigaciones futuras deben dirigirse a desentrañar cuales son los componentes principales de la Alianza Terapéutica, qué efectos produce cada uno, bajo qué condiciones y cómo pueden maximizarse los efectos beneficiosos de estas variables y minimizarse los perjudiciales. Sin duda convendrá desarrollar la investigación cualitativa.



## BIBLIOGRAFÍA:

- (1) World Health Organization (WHO), Atlas: Psychiatric Education and Training across the World 2005, Geneva, Switzerland: WHO; 2005. Disponible en [www.who.int/mental\\_health/evidence/Atlas\\_training\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Atlas_training_final.pdf)
- (2) Zisook S. Psychiatry residency training around the world. *Acad Psychiatry* 2007; 31: 309.
- (3) Chouza Pérez JM ; Díez Manrique JF. Las Actitudes ante la psicoterapia de los Residentes y los Directores de Programas.11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010, Febrero-Marzo 2010.
- (4) Ávila Espada A. ¿Hacia dónde va la Psicoterapia? Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la Psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2003; 87: 465-482.
- (5) El Psiquiatra y la Psicoterapia. Editorial Eneida, 2012. Primera edición.
- (6) Eysenck, HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1952; 16:319-324.
- (7) Smith M, Glass G, Miller T. The Benefits of Psychotherapy. Baltimore, John S. Hopkins University Press, 1980.
- (8) Luborsky L, Singer B, Luborsky B. Comparative studies of psychotherapies: is it true that 'everyone has won and all must have prizes'? *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 995-1008.
- (9) Prioleau L, Murdock M, Brody N. An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *Behav Brain Sci* 1983; 6: 275-285.
- (10) Lipsey MW, Wilson DB. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *Am Psychol* 1993 Dec; 48(12):1181-1209.
- (11) Lambert MJ, Bergin AE: The effectiveness of psychotherapy. Pages 143-189 in: Bergin AE, Garfield SL (editors): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th ed. John Wiley & Sons, 1994.
- (12) Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy, in Bergin AE, Garfield SL, Lambert MJ (ed). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Chicago: John Wiley. 2004: 139-193.
- (13) Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L, et al., The Dodo bird verdict is alive and well – mostly, *Clin Psychol Sci Pract*, 2002;9:2-12.
- (14) Shapiro DA, Shapiro D (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin* 92(3):581-604.
- (15) *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice* 1994: Barry L. Duncan, Mark A. Hubble, Scott D. Miller. Norton Professional Books.
- (16) Asay TP, Lambert MJ: The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In *The heart and soul of change What works in therapy*. Edited by Hubble MAE, Duncan BLE, Miller SDE. Washington, DC, US: American Psychological Association; 1999:23-55.
- (17) Frank JD. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Johns Hopkins University Press, 1961.
- (18) Keinke CL. *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1995.
- (19) Lambert MJ, Bergin AE: The effectiveness of psychotherapy, in *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th edition, edited by Bergin AE, Garfield SL. New York, Wiley, 1994, pp 143-189.
- (20) Miller SD, Duncan BL, Hubble MA: *Escape From Babel: Toward a Unifying Language for Psychotherapy Practice*. New York, Norton, 1996.

- (21) Grencavage LM, Norcross JC: Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Profess Psychol Res Pract* 21: 372-378, 1990.
- (22) Wampold BE. *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 2001.
- (23) Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry*. 1936; 6:412-5.
- (24) Tracey, TJG, Lichtenberg, JW, Goodyear, RK, Claiborn, CD, and Wampold, BE. Concept mapping of the therapeutic factors. *Psychother Res*, 2003; 13, 401-413.
- (25) Trijsburg W, Colijn S, Holmes J. Integrative therapies. En: Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. *Oxford textbook of psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- (26) Mariane Krause (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso terapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2006; 38(2), 299-325.
- (27) Imel Z, Wampold B. The Importance of Treatment and the Science of Common Factors in Psychotherapy. En *Handbook of counseling Psychology*, (4th ed.), 2008, 249-262.
- (28) Horvath AO, Greenberg LS, eds: *The Development of the Working Alliance Inventory*. New York, Guilford Press; 1986.
- (29) Thompson LW: Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychother Res* 1991, 1:104–112.
- (30) Martin DJ, Garske JP, Davis MK: Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consulting and Clin Psych* 2000; 68:438-450.
- (31) Wampold B. *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*, Lawrence. Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, 2001.
- (32) Tracey TJG, Lichtenberg JW, Goodyear RK, Claiborn CD, Wampold, BE. Concept mapping of the therapeutic factors. *Psychother Res*, 2003; 13, 401-413.
- (33) Summers RF, Barber JP. Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. *Acad Psychiatry*, 2003; 27(3), 160-165.
- (34) Castonguay LG, Constantino MJ, Holtforth MG. The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy*. (Chic) 2006;43(3):271-279.
- (35) Krause M. Indicadores genéricos de cambio en el proceso terapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2006; 38 (2), 299-325.
- (36) Tryon GS, Blackwell SC, Hammel, EF. A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychother Res*, 2007, 17(6), 629-642.
- (37) Swift J, Callahan J: Early psychotherapy processes: an examination of client and trainee clinician perspective convergence. *Clin Psychol Psychother*; 2009 May-Jun;16(3):228-36.
- (38) Shadish W R, Matt G E, Navarro A M et al. Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *J Consult Clin Psychol*, 1997, 65: 355-365.
- (39) Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, et al: An update on empirically validated therapies. *Clin Psychol* 49, 1996.
- (40) Chambless DL, et al. Update on empirically validated therapies. *Clin Psychol*. 1998;51:3-15.
- (41) APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol*, 2006; 61, 271-285.
- (42) Norcross JC. Purposes, processes, and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy* 2001;38:345–56.

## ORIGINALES Y REVISIONES

(43) Baca E. Hechos y valores: Concepto y terminología. Hechos y valores en Psiquiatría. Fundación Archivos de Neurobiología. Triacastella 2003, 19-42.

(44) Frank JD, Frank JB. Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991.

(45) Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn H: A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, "all must have prices." *Psychol Bull* 1997; 122:203–215.

(46) Ahn HN, Wampold BE: Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Couns Psychol* 2001;48:251–257.

(47) Wampold BE. The great psychotherapy debate: Model, methods and findings Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2001.

(48) Wampold BE. Psychotherapy: the humanistic (and effective) treatment. *Am Psychol*. 2007;62:855-873.

(49) Imel ZE, Wampold BE. The common factors of psychotherapy. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (4th ed.). New York: Wiley 2008, 249-266.

(50) Anderson T, Lunnan KM, Ogles BM. Putting models and techniques in context. In: Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA, eds. *The Heart and Soul of Change*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2010:143-166.

(51) Benish SG, Imel ZE, Wampold BE. The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clin Psychol Rev* 2008;28:746–758.

(52) Wampold BE. The research evidence for common factor models: A historically situated perspective. In Duncan BL, Miller SD, Wampold BD, Hubble MA (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). Washington DC: American Psychological Association; 2010, 49-82.

(53) Perepletchikova F, Kazdin AE. Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clin Psychol: Science and Practice*. 2005;12:365–383.

(54) Perepletchikova F, Treat TA, Kazdin AE. Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *J Consult Clin Psych*. 2007;75:829–841.

(55) Barber JP, Sharpless BA, Klosermann S, McCarthy KS. Assessing intervention competence and its relation to therapy outcome: A selected review derived from the outcome literature. *Professional Psychology: Research & Practice*. 2007;38:493–500.

(56) Falender CA, Shafranske EP: Psychotherapy-based supervision models in an emerging competency-based era: A commentary. *Psychotherapy (Chic)*; 2010 Mar;47(1):45-50.

(57) Mentkowski M. Learning that lasts: Integrating learning, development, and performance in college and beyond. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.

(58) Epstein, RM and Hundert, EM; Defining and assessing professional competence. *JAMA*; 287(2): 226-235.

(59) Bienenfeld D, Klykylo W, Lehrer D: Closing the loop: assessing the effectiveness of psychiatric competency measures. *Acad Psychiatry* 2003; 27:131-135.

(60) Swick S, Hall S, Beresin E: Assessing the ACGME competencies in psychiatry training programs. *Acad Psychiatry* 2006; 30:330-351.

(61) Manring J, Beitman B, Dewan M: Evaluating competence in psychotherapy. *Acad Psychiatry* 2003; 27:136-144.

- (62) Giordano FL, Briones DF: Assessing residents' competence in psychotherapy. *Acad Psychiatry* 2003; 27:145-147.
- (63) Mellman L Beresin E: Psychotherapy competencies: development and implementation. *Acad Psychiatry* 2003; 27:149-153.
- (64) Sudak DM, Beck JS, Wright J: Cognitive Behavioral therapy: a blueprint for attaining and assessing psychiatry resident competency. *Acad Psychiatry* 2003; 27:154-159.
- (65) Summers RF, Barber JP: Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. *Acad Psychiatry* 2003; 27:160-165.
- (66) Yager J. How competent are we to assess Psychotherapeutic Competence in Psychiatric residents. *Academic Psychiatry*; Fall 2003; 27, 3, 174-181.
- (67) Crits-Christoph P, Baranackie K, Kurcias J S et al. Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychother Res*, 1991, 1, 81-91.
- (68) Huppert JD, Bufka LF, Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioural therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *J Consul Clin Psych*, 2001; 69, 747-755.
- (69) Wampold BE, Brown G. Estimating therapist variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *J Consul Clin Psych*, 2005; 73, 914-923.
- (70) Okiishi J, Lambert MJ, Nielsen SL, Ogles BM. Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clin Psychol Psychother*; 2003; 10, 361-373.
- (71) Okiishi JC, Lambert MJ, Eggett D., Nielsen L., Dayton DD, Vermeersch DA. An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their patients' psychotherapy outcome. *J Clin Psychol*, 2006; 62, 1157-1172.
- (72) Fernández de Liria A, Rodríguez Vega B. *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Biblioteca de Psicología. 4<sup>a</sup> ed. Madrid. Desclée Brouwer; 2008.
- (73) Beitman BD, Yue D. *Psicoterapia*. Programa de formación. Masson 1999.
- (74) Fernández de Liria A. Effectiveness of a Structured Training Program in Psychotherapeutic Skills. *J.Psychother Pract Res*. 2009; 44-60.
- (75) Kaslow, NJ . Competencies in professional psychology. *Am Psychol*. 2004;59: 774-78.
- (76) Kaslow NJ, Borden KA, Collins FL, Forrest L, Illfelder-Kaye J, Nelson PD et al. Competencies Conference: Future directions in education and credentialing in professional psychology. *J. Clin. Psychol*.2004; 80: 699-712.
- (77) Kaslow NJ, Pate WE, Thorn BE. Academic and internship directors' perspectives on practicum experiences: Implications for training. *Professional Psychology: Research and Practic*.2005; 36: 307-317.
- (78) Kaslow NJ, Keilin WG. Internship training in clinical psychology: Looking into our crystal ball. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006; 13: 242-248.
- (79) Kaslow NJ, Rubin NJ, Bebeau M., Leigh IW, Lichtenberg J, Nelson PD et al. Guiding principles and recommendations for the assessment of competence. *Professional Psychology: Research and Practic*.2006;38: 441-451.
- (80) Kaslow NJ, Rubin NJ, Leigh IW, Portnoy S, Lichtenberg J, Smith IL et al. American Psychological Association Task Force on the Assessment of Competence in Professional Psychology. Washington, DC.APA.2006.
- (81) Nancy J, Rubin et al. The Competency Movement Within Psychology: An Historical Perspective *Professional Psychology: Professional Psychology:Research and Practice* . 2007; 38: 452-462.

## ORIGINALES Y REVISIONES

(82) Rodolfa ER., Bent R J, Eisman E, Nelson P D, Rehm L & Ritchi P. A Cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005; 36:347–354.

(83) Fouad NA et al. Competency Benchmarks: A Model for Understanding and Measuring Competence in Professional Psychology Across Training Levels. *TEPP*. 2009; 3:, S5–S26.

(84) American Psychological Association. Revised competency Benchmarks for professional Psychology. Disponible en <http://www.apa.org/ed/graduate/revised-competency-benchmarks.doc>

(85) Weerasekera P et al. Psychotherapy training for residents. Reconciling requirements With Evidence-Based, Competency- Focused Practice. *AAP*. 2010; 34: 5-12.

(86) Weerasekera P. Postgraduate psychotherapy training: incorporating findings from the empirical literature into curriculum development. *AAP*. 1997; 21:122–132.

(87) Louie AK, Coverdale J, Roberts L. Competency-based training: where will it lead us? *AAP*. 2004; 28:161-163.

(88) Yager J, Kay J, Mellman L. Assessing psychotherapy competence: a beginning. *AAP*. 2003; 27:125–127.

(89) Weerasekera P, Antony MM, Bellissimo A, et al. Competency assessment in the McMaster psychotherapy program. *AAP*. 2003; 27:166-173.

(90) Weerasekera P. Postgraduate psychotherapy training: incorporating findings from the empirical literature into curriculum development. *AAP*. 1997; 21:122-132.

(91) Louie AK, Coverdale J, Roberts L. Competency-based training: where will it lead us? *AAP*. 2004; 28:161-163.

(92) Yager J, Kay J, Mellman L. Assessing psychotherapy competence: a beginning. *AAP*. 2003; 27:125-127.

(93) Truax CB. A scale for the rating of accurate empathy in The Therapeutic Relationship and Its Impact. Edited by Rogers C. Westport, Ct. GPG. 1976.

(94) Truax CB. The meaning and reliability of accurate empathy ratings: a rejoinder. *Psychol Bull* 1972; 77:397-399.

(95) Bozarth J, Krauft C. Accurate empathy ratings: some methodological considerations. *J. Clin. Psychol*. 1972; 28:408-410.

(96) Manickam LS. Empathy: a comparative study of professionals and trained lay counselors using hypothetical situations. *Indian J Psychiatry* 1990; 32:83-88.

(97) Simmons J, Roberge L, Kendrick SB, et al. The interpersonal relationship in clinical practice: the Barrett-Lennard Relationship Inventory as an assessment instrument. *Eval Health Prof* 1995; 18:103-112.

(98) Ponterotto JG, Furlong MJ. Evaluating counselor effectiveness: a critical review of rating scale instruments. *J Counsel Psychol* 1985; 32:597-616.

(99) Salvio M, Beutler L, Wood J, et al. The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychother Res* 1992; 2:31-36.

(100) Hatcher RL, Gillaspay JA. Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychother Res* 2006; 16:12-25.

(101) Tichenor V, Hill CE. A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy* 1989; 26:195-199.

(102) Vallis TM, Shaw BF, Dobson KS. The Cognitive Therapy Scale: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54:381-385.

- (103) Dobson K, Shaw BF, Vallis TM. Reliability of a measure of the quality of cognitive therapy. *Br J Clin Psychol* 1985; 24:295-300.
- (104) Blackburn IM, James IA, Milne DL, et al. The revised cognitive therapy scale (CTS-R): psychometric properties. *Behav Cogn Psychother* 2001; 29:431-446.
- (105) Chevron ES, Rounsaville BJ: Evaluating the clinical skills of psychotherapists: a comparison of techniques. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:1129-1132.
- (106) Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, et al. Therapist competence and patient outcome in interpersonal psychotherapy of depression. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:496-501.
- (107) Markowitz JC, Spielman LA, Scarvalone PA, et al. Psychotherapy adherence of therapists treating HIV-positive patients with depressive symptoms. *J Psychother Pract Res* 2000; 9:75-80.
- (108) Barber JP, Crits-Christoph P. Development of a therapist adherence/competence rating scale for supportive-expressive dynamic psychotherapy: a preliminary report. *Psychother Res* 1996; 6:81-94.
- (109) Miller WR, Moyers TB, Ernst D, et al. Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC), 2003. Disponible en [www.motivationalinterview.org/](http://www.motivationalinterview.org/)
- (110) Moyers T, Martin T, Catley D, et al. Assessing the integrity of motivational interviewing interventions: reliability of the Motivational Interviewing Skills Code. *Behav Cogn Psychother* 2003; 31:177-184.
- (111) Piercy FP. A family therapist rating scale. *J Marital Fam Ther* 1983; 9:49-59.
- (112) Ogrodniczuk JS, Piper WE. Measuring therapist technique in psychodynamic psychotherapies: development and use of a new scale. *J Psychother Pract Res* 1999; 8:142-154.
- (113) Leigh IW, Smith IL., Bebeau M., Lichtenbe, J, Nelso, PD, Portnoy S et al. Competency assessment models. *Professional Psychology: Research and Practice* .2007; 38: 463-473.
- (114) Lichtenberg J, Portnoy S, Bebea M, Leigh IW, Nelson PD, Rubin NJ, et al. Challenges to the assessment of competence and competencies. *Professional Psychology: Research and Practice* .2007;38: 474-478.
- (115) Kaslow NJ, Rubin NJ, Bebean M, Leigh I W, Lichtenberg J, Nelson PD et al. Guiding principles and recommendations for the assessment of competence. *Professional Psychology: Research and Practice* .2007; 38: 441-451.
- (116) Kaslow NJ, Rubin N J, Forrest L, Elman NS., Van Horne BA, Jacobs SC et al. Recognizing, assessing, and intervening with problems of professional competence. *Professional Psychology: Research and Practice* .2007; 38: 479-492 Disponible en [http://www.apa.org/ed/competency\\_revised.pdf](http://www.apa.org/ed/competency_revised.pdf)
- (117) Nadine J, Kaslow et al, Competency Assessment Toolkit for Professional Psychology. *TEPP*.2009; Vol. 3:No. 4(Suppl.), S27-S45
- (118) Petti P. The use of a structured case presentation examination to evaluate clinical competencies of psychology doctoral students. *TEPP*.2008; 2: 145-150
- (119) Bandiera G, Sherbino J, & Frank JR. (Eds.). *The CanMEDS assessment tools handbook: An introductory guide to assessment methods for the CanMEDS competencies*. RCPSC .2006.
- (120) A Competency Based Curriculum for Specialist Training in Psychiatry. Specialist in Medical Psychotherapy (formerly known as Psychotherapy). February 2010 Updated 16 March 2012. Disponible en: [http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Medical\\_Psychotherapy\\_Curriculum\\_2010\\_\(Updated\\_March\\_2012ABver\).pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Medical_Psychotherapy_Curriculum_2010_(Updated_March_2012ABver).pdf)
- (121) *Psychotherapy Training. ST4-6*. March 2010. Disponible en: [www.rcpsych.ac.uk/.../Psychotherapy\\_Portfolio](http://www.rcpsych.ac.uk/.../Psychotherapy_Portfolio). 31 March 2010.