



Artículo en prensa

## PERICIA, EFECTOS DEL TERAPEUTA Y PRÁCTICA DELIBERADA: EL CICLO DE LA EXCELENCIA

### EXPERTISE, THERAPIST EFFECTS AND DELIBERATE PRACTICE: THE CYCLE OF EXCELLENCE

Javier Prado-Abril<sup>1</sup>, Alberto Gimeno-Peón<sup>2</sup>, Félix Inchausti<sup>3</sup> y Sergio Sánchez-Reales<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio Aragonés de Salud. <sup>2</sup>Práctica privada, Gijón. <sup>3</sup>Servicio Riojano de Salud. <sup>4</sup>Servicio Murciano de Salud

La Práctica (Clínica) Basada en la Evidencia se define como la integración de la mejor investigación disponible con la pericia clínica y las características, preferencias y cultura del paciente. Del mismo modo, la variable terapeuta empieza a mostrar su influencia decisiva en el resultado de los tratamientos psicológicos. En este trabajo se pone el énfasis en la figura del terapeuta en el contexto del programa de formación PIR de especialistas en Psicología Clínica de nuestro Sistema Nacional de Salud. Se revisan los constructos pericia, efectos del terapeuta y se presenta la Práctica Deliberada como un sistema de entrenamiento que puede ayudar a mejorar los resultados de los clínicos y sus tratamientos. Se realizan recomendaciones concretas para mejorar el modelo de supervisión durante la residencia PIR y se discuten algunas de las implicaciones y limitaciones del estado actual de la cuestión.

**Palabras clave:** Pericia, Efectos del terapeuta, Práctica Deliberada, Psicoterapia, Psicología Clínica.

Evidence-based (clinical) practice is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture and preferences. Similarly, the therapist factor is beginning to show its decisive influence on the outcome of psychological treatments. This paper emphasizes the therapist factor in the context of the PIR training program of Clinical Psychology specialists within our National Health System. Expertise and therapist effects are reviewed and deliberate practice is presented as a training system that can help clinical psychologists to improve their outcomes and treatments. Specific recommendations are made to improve the supervision model during PIR training and the implications and limitations of the topic are discussed.

**Key words:** Expertise, Therapist effects, Deliberate practice, Psychotherapy, Clinical Psychology.

**E**n un Centro de Salud Mental se está llevando a cabo una sesión de psicoterapia. La paciente, una mujer de 35 años, está siendo entrevistada por un Psicólogo Interno Residente (PIR) de primer año. Al lado de este se encuentra su supervisor, un psicólogo clínico que observa el desarrollo del proceso terapéutico y toma notas sobre la actuación de su supervisado. Al concluir la consulta el residente y su supervisor dedican un tiempo a reflexionar sobre la sesión. El segundo comienza señalando los puntos fuertes y aciertos de la intervención del PIR, para posteriormente dedicar un tiempo significativo a hablar acerca de aquellos aspectos que el residente puede entrenar y mejorar. En concreto, en este caso se advierte acerca de momentos específicos durante la sesión en los que hubiese resultado oportuno la realización de reflejos empáticos congruentes con el estado de la paciente. Asimismo, también se apuntan ciertos aspectos del lenguaje no verbal cuyo señalamiento hubiese sido pertinente. Una vez listados estos elementos potencialmente mejorables, el supervisor le sugiere al PIR ejemplos específicos sobre cómo hacer estas intervenciones en futuras sesiones. Por su parte, el residente tendrá muy en

cuenta estos consejos y estará especialmente atento en el futuro a aquellos indicadores que señalen la idoneidad de poner en práctica las recomendaciones, habilidades y técnicas mostradas por el psicólogo clínico.

La viñeta anterior es un ejemplo real tomado de la historia de formación de uno de los autores del presente trabajo, además de una experiencia común entre los residentes de nuestro entorno. Durante la residencia en Psicología Clínica son muchas las horas de supervisión, tanto formal como informal, en las que participan los PIR. Sin embargo, pocas experiencias dejan tanta huella y son tan influyentes en el desarrollo profesional del futuro psicólogo clínico como aquellas en las que se obtiene feedback directo y en vivo sobre el propio desempeño. Son situaciones *en caliente* y, en consecuencia, producen un aprendizaje más significativo que la habitual supervisión formal en diferido, dejando una impronta en la memoria más duradera. La observación directa del trabajo del PIR, ya sea en vivo o mediante grabación en vídeo, proporciona una oportunidad excelente para que otro profesional, preferentemente más experto en el campo, pueda guiar al aprendiz en su proceso de desarrollo profesional, ayudándole a tomar conciencia de sus fortalezas y debilidades. Sobre todo, para diseñar un plan específico de mejora, enfocado en las debilidades, que permita incorporar progresivamente habilidades relacionales y técnicas más refinadas con el objetivo de incrementar paulatinamente la efectividad

Recibido: 11 octubre 2018 - Aceptado: 27 noviembre 2018  
Correspondencia: Javier Prado-Abril. Servicio Aragonés de Salud. Centro Sanitario Bajo Cinca. Atención especializada. Unidad de Salud Mental. Calle de la Hermana Andresa 2. 22520 Fraga (Huesca). España. E-mail: jpradoabril@gmail.com



## Artículo en prensa

de sus intervenciones y la satisfacción de las personas a las que presta sus servicios.

Este enfoque, centrado en el profesional en formación, no sólo se justifica por las características docentes del programa de residencia PIR (Orden SAS/1620/2009), sino que se apoya también en la literatura empírica que subraya la importancia de la variable terapeuta en el resultado de los tratamientos psicológicos (Castonguay y Hill, 2017). Como se irá desgranando a lo largo del presente trabajo el desafío radica en descubrir cuáles son las características que convierten al clínico en un experto en su ámbito de actuación. Algunos estudios han comenzado a esclarecer este asunto y tenemos datos que muestran la relación de ciertas características relacionales y técnicas de los clínicos con los resultados de los tratamientos psicológicos (e.g., Anderson, Crowley, Himawan, Holmberg y Uhlin, 2016a). En la misma línea, diversos organismos y autores enfatizan la importancia de que dichos aspectos sean tenidos en cuenta en los planes formativos de los residentes hasta quedar integrados en una futura práctica clínica basada en la evidencia (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Beck et al., 2014; Hill y Knox, 2013; Prado-Abril, Sánchez-Reales y Inchausti, 2017).

Una vez identificadas las características de los clínicos expertos, y tras evaluar en qué grado el residente y/o el clínico las presentan en su repertorio conductual, el siguiente reto estriba en encontrar un método efectivo de entrenamiento en dichas destrezas que se ajuste a las necesidades particulares de cada residente para progresivamente mejorar su nivel de desempeño. Tradicionalmente se ha dado por supuesto que esta función la cumplían la supervisión, los cursos de formación continuada, la asistencia a talleres, la psicoterapia personal o la acumulación de experiencia clínica (Hill y Knox, 2013; Rousmaniere, Goodyear, Miller y Wampold, 2017). Sin embargo, no existe evidencia consistente que demuestre que estos métodos por sí mismos sean suficientes para que el clínico mejore su rendimiento, al menos cuando el rendimiento se define como mejora en las variables clínicas de sus pacientes. Quizás, parte de la solución pueda provenir de la investigación disponible sobre los expertos en otras disciplinas y el modo en que desarrollan y entrenan sus habilidades hasta automatizarlas (Ericsson, 2006). Se trata de un método conocido como Práctica Deliberada (PD) que empieza, también en el campo de los tratamientos psicológicos, a mostrarse como una alternativa a los sistemas tradicionales de entrenamiento, formación y supervisión de psicólogos clínicos (Rousmaniere, 2016; Rousmaniere et al., 2017).

De este modo, en adelante, intentaremos enlazar los indisolubles nexos que se producen entre la pericia (*expertise*), los efectos del terapeuta, la PD y su resultado más visible: la excelencia en la práctica clínica y en la aplicación de tratamientos psicológicos en una variada miríada de contextos asistenciales y situaciones clínicas. Para ello, a) revisaremos el concepto de pericia clínica y aquellos factores que constituyen sus características nucleares; b) se hará especial hincapié en la literatura que resalta la variable del terapeuta como un ingrediente esen-

cial de la eficacia de los tratamientos psicológicos; c) se presentará la PD como una de las características centrales de los clínicos que mejoran en su desempeño con el tiempo; y, por último, d) se reflexionará acerca de las implicaciones que el análisis de la excelencia impone a la actual formación de residentes y psicólogos clínicos.

**PERICIA CLÍNICA: CONVERTIRSE EN EXPERTO**

Convertirse en experto en psicología clínica y en psicoterapia son objetivos que todo residente y especialista deberían plantearse seriamente. Sin embargo, alcanzar un rendimiento superior a la media no es una tarea ni sencilla ni frecuente (Baldwin y Imel, 2013; Barkham, Lutz, Lambert y Saxon, 2017). Probablemente porque el camino hacia la excelencia clínica es largo, desafiante, esforzado, sacrificado, solitario, muchas veces frustrante y exige perseverar. Se trata de un continuo aproximarse a un desempeño superior que no se agota, sino que expande progresivamente el horizonte. Siempre es un estatus provisional en riesgo de desvanecerse si no se sigue trabajando. Es decir, convertirse en experto es difícil y supone una exigencia sostenida en el tiempo, a lo largo de toda la carrera profesional. En este punto, tal vez la excelencia tenga más que ver con una actitud y un modo de entender la práctica clínica que con lograr un estatus o cierto rol en el ámbito de la salud mental. En cualquier caso, la pericia constituye un componente fundamental de la práctica clínica que la Asociación Americana de Psicología (APA) ubica en el núcleo mismo de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) que define como “la integración de la mejor evidencia disponible con la pericia clínica en el contexto de las características, cultura y preferencias del paciente” (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 273). Por ello, deberíamos empezar a contemplar la pericia como el centro de gravedad sobre el que articular el diseño tanto de los programas de formación PIR como de formación continuada de especialistas. Por ejemplo, conocer exclusivamente los tratamientos y técnicas basadas en la evidencia, y aplicarlos al margen del contexto que permite su efectividad, no es una práctica clínica con mucho recorrido en términos de mejorar el desempeño de los clínicos (Norcross y Wampold, 2018); aparte de otros riesgos que entraña la excesiva lealtad a un modelo teórico particular (Gimeno-Peón, Barrio-Nespereira y Álvarez-Casariago, 2018a). En cambio, poseer las habilidades necesarias para aplicar con maestría un tratamiento psicológico e indicar su conveniencia con un paciente particular, en un determinado contexto asistencial y en sintonía con los marcadores socio-culturales de referencia, es empezar a acercarse a ese contexto interpersonal en el que las técnicas pueden ofrecer su máximo rendimiento (Prado-Abril, Sánchez-Reales y García-Campayo, 2016).

Casi cualquier disciplina, sea científica, técnica, artística o de otro tipo, engloba a personas cuyo rendimiento es superior a la media. Son aquellos profesionales a los que se considera expertos en la materia. *Los maestros en el arte* en cuestión. Des-



## Artículo en prensa

graciamente, el término experto ha recibido y recibe un uso excesivo que dificulta sobremedida su definición operativa y explícita (Ericsson, Charness, Feltovich y Hoffman, 2006). No obstante, existen propuestas interesantes al respecto. Un enfoque que podríamos denominar *clásico* considera que la experiencia en sí misma es la clave de la pericia. Sin embargo, como señala Ericsson (2006), una amplia experiencia en un dominio determinado es necesaria pero no suficiente para convertirse en experto. De hecho, Ericsson (2006) muestra como después de lograr un grado de desempeño suficiente para trabajar de forma independiente, muchos profesionales se mantienen en el mismo nivel a lo largo de su carrera sin que se observe ningún tipo de mejora en la ejecución de su cometido.

Respecto al campo de la psicoterapia y la psicología clínica, recientemente la definición y caracterización de la pericia ha comenzado a ser objeto de debate, tanto en el panorama nacional (Pérez-Álvarez, 2019; Prado-Abril et al., 2017) como internacional (Castonguay y Hill, 2017; Miller, Hubble y Chow, 2018). La psicoterapia es una de las principales competencias y dominio de actuación de los psicólogos clínicos. No en vano, el término *psicoterapia* aparece hasta veintitrés veces en el programa formativo PIR (Orden SAS/1620/2009). En el ámbito sanitario que nos ocupa, el hecho de que los profesionales sean expertos en lo que hacen tiene una relevancia quizás mayor que en otros campos ya que el resultado de la ejecución de los servicios ofertados tiene un impacto directo en la salud mental de los ciudadanos. Los pacientes comparten una parte importante de sus vidas con nosotros y de nosotros se espera, como mínimo, cierto nivel de efectividad. En esta relación *terapéutica* la persona del psicólogo clínico es el principal instrumento mediante el cual se *entregan* los servicios que aporta nuestra especialidad. En consecuencia, su formación, capacitación y nivel de pericia son elementos esenciales para mantener calibrada la herramienta.

Como se adelantaba previamente, parte del tópico sobre la pericia en psicoterapia se ha centrado en describir las características que debe reunir un profesional para poder ser considerado experto. Tracey, Wampold, Lichtenberg y Goodyear (2014) afirman que generalmente se han tenido en cuenta aspectos como la reputación o los resultados del clínico y apuestan por establecer la equivalencia entre pericia y mejora del desempeño como resultado de una mayor experiencia, pero poniendo el acento en lograr mejores resultados a lo largo del tiempo. Además, Tracey et al. (2014) señalan que los expertos se diferencian de los novatos en que los primeros tienen una base de conocimientos más amplia, una organización cognitiva más eficiente de los mismos y una mayor automatización de la toma de decisiones y la aplicación de procedimientos terapéuticos. En definitiva, desde esta perspectiva se propone que el aspecto clave para considerar a alguien como experto son los resultados. Estos deben mejorar con el paso del tiempo y ser susceptibles de confirmación empírica con alguna medida objetiva como, por ejemplo, los resultados del paciente que acude a tratamiento (Gimeno-Peón, Barrio-Nespereira y Prado-Abril, 2018b; Goodyear, Wampold,

Tracey y Lichtenberg, 2017). Por último, proponen la PD como método principal de entrenamiento para lograr mejores resultados a lo largo del tiempo (Goodyear et al., 2017; Tracey et al., 2014). Por su parte, otros autores, sostienen un punto de vista diferente, centrado en el desempeño más que en los resultados, al definir la pericia como *“la manifestación de los niveles más altos de habilidad, destreza, competencia profesional y efectividad”* (Hill et al., 2017, p. 9). Se trata de una perspectiva complementaria, aunque más amplia que la anterior, que tiene en cuenta tanto los aspectos relacionales como técnicos. Sucintamente, el grupo liderado por Hill propone ocho criterios para poder valorar la pericia: sensibilidad o sincronización (*responsiveness*), procesamiento cognitivo, resultados de los pacientes, experiencia, cualidades personales y relacionales, credenciales, reputación y auto-evaluación (o minimización de los sesgos cognitivos del terapeuta). Además, señalan cuatro posibles vías para alcanzar el nivel de experto en psicoterapia: la experiencia práctica con pacientes, recibir supervisión, participar en una psicoterapia personal e implicarse en PD (Hill et al., 2017).

En suma, la pericia clínica no sólo trata sobre aprender un tipo de técnica o formarse en una corriente psicoterapéutica concreta bajo un programa de aprendizaje más o menos estructurado. Es algo más. Un efecto asociado, una actitud y un proceder que se relaciona con la persona del profesional. Por ello, no existe tampoco una vía sencilla o rápida para desarrollarla. Sino que es un proceso de búsqueda continuada de la mejor excelencia en la práctica clínica que, como veremos, precisa de procedimientos de aprendizaje y mantenimiento específicos diseñados a la medida de cada persona.

### EFFECTOS DEL TERAPEUTA: EL ESTUDIO DE LOS CLÍNICOS MÁS EFICACES

En el caso de la paciente que ilustra el inicio del artículo, cabe señalar que después de aquella sesión no volvió a acudir a ninguna consulta más. Al no contar con información objetiva se puede suponer que el caso fue un fracaso terapéutico. Ahora bien, imaginemos la siguiente situación hipotética: la misma paciente es atendida por el mismo problema, en el mismo Centro de Salud Mental, donde recibe también el mismo tipo de intervención y con la misma supervisión en vivo. La única variable diferente es que el PIR es otra persona. Si en estas circunstancias se produjese un éxito terapéutico, la paciente sigue acudiendo a consulta hasta que alcanza sus objetivos de forma satisfactoria, cabría pensar que alguna característica distintiva del residente, durante la sesión, ha sido un factor importante en el desenlace del tratamiento. Precisamente un resultado de este tipo es lo que se conoce en investigación en psicoterapia como *efectos del terapeuta*. La variable efectos del terapeuta es un constructo transteórico que puede conceptualizarse como un factor común presente en las diferentes formas de psicoterapia y que se define habitualmente como el porcentaje de la varianza de los resultados de la psicoterapia que se explica por la persona del profesional, con independencia del efecto de otros aspectos como el tipo de tratamiento, las técnicas empleadas o



## Artículo en prensa

el diagnóstico del paciente (Baldwin y Imel, 2013; Barkham et al., 2017; Castonguay y Hill, 2017).

Los efectos del terapeuta se han ignorado, o considerado una variable extraña, durante décadas en la investigación en psicoterapia. Sin embargo, del mismo modo que la pericia, en los últimos años ha cobrado interés dentro de la comunidad científica como uno de los predictores más importantes de la efectividad de los tratamientos psicológicos (APA, 2013; Chow, 2014; Miller, Hubble y Duncan, 2007; Okiishi et al., 2006; Okiishi, Lambert, Nielsen y Ogles, 2003). Su relevancia ha quedado puesta de manifiesto, recientemente, en la extensa y muy apreciable revisión coordinada por Castonguay y Hill (2017) que establece el estatus actual de la cuestión y orienta la agenda de investigación del futuro. A modo de sumario, diversos meta-análisis recogen el porcentaje de varianza del resultado de los tratamientos que se explican por los efectos del terapeuta. Baldwin y Imel (2013) encontraron un porcentaje del 5% que aumentaba hasta el 7% en estudios naturalistas. Wampold y Imel (2015) obtuvieron un valor que oscilaba entre el 3-7%. Saxon y Barkham (2012) reportan un 6,6% de la varianza del resultado de la psicoterapia. Y, recientemente, Barkham et al. (2017), tras revisar exhaustivamente toda la literatura disponible, concluyen que el porcentaje se encuentra entre el 5% y el 8%, matizando que el tamaño del efecto está en función de la gravedad inicial del paciente. Es decir, cuanto más grave es el caso mayor importancia cobran los efectos del terapeuta (Inchausti, Prado-Abril, Sánchez-Reales, Vilagrà-Ruiz y Fonseca-Pedrero, 2018). Lo cual, por otro lado, es una intuición habitual entre los residentes juiciosos que acumulan cierta experiencia. Es en la complejidad y en la incertidumbre donde mejor se expresa la maestría y competencia de un clínico en particular.

Aunque en promedio los clínicos que trabajan en el ámbito de la salud mental logran que sus pacientes mejoren de forma significativa (Lambert, 2013; Wampold y Imel, 2015), el estudio de los efectos del terapeuta pone de manifiesto un hecho incómodo: algunos clínicos son más eficaces que otros y, en ocasiones, estas diferencias son de un tamaño considerable. Por ejemplo, en el estudio de Saxon y Barkham (2012) en el que participaron 119 terapeutas, que atendieron a un total de 10.786 pacientes y que abarcó un período de casi 8 años, la tasa de pacientes que se recuperaron en función del profesional presentó una importante variabilidad en torno a un 23.5% y un 95.6%, con una tasa media de recuperación del 58.8%. En este estudio, la gravedad de los casos mostró ser una variable moderadora. El terapeuta predijo el 3% de la varianza de los resultados cuando se analizaron los casos más leves, porcentaje que crecía hasta el 10% cuando se analizaba el grupo de los casos más graves.

Resultados como los anteriores muestran una realidad con un notable impacto en la práctica clínica. Existe una efectividad general aceptable entre clínicos, pero también clínicos extraordinarios (*supershinks*) y clínicos con un impacto muy pobre sobre sus pacientes (*pseudoshinks*) (Okiishi et al., 2003). Este aspecto hace necesario contemplar medidas objetivas de evaluación del de-

sempño y el rendimiento (Ericsson, 2006; Gimeno-Peón et al., 2018b; Goldberg et al., 2016a), ya que cuando se ha estudiado la auto-evaluación del desempeño por parte de los propios clínicos se ha observado una importante tendencia a sobreestimar sus resultados positivos y a infravalorar sus fracasos. Concretamente, en el estudio de Walfish, McAlister, O'Donnell y Lambert (2012) el 25% de los clínicos encuestados, en comparación con los otros clínicos del estudio, indicaron que su pericia y desempeño se encontraba en el percentil 90, la media quedó situada en el percentil 80 y ninguno de los participantes consideraba estar por debajo del percentil 50. En la misma dirección, en el estudio de Hannan et al. (2005) los clínicos estimaron tener un 91% de resultados positivos, cuando la cifra objetiva alcanzaba el 40%, y mostraron ser especialmente poco diestros en la identificación de los pacientes que no sólo no mejoraban, sino que estaban empeorando, de los cuales detectaron con acierto exclusivamente el 2.5% de los casos. Es decir, ambos estudios orientan en la dificultad que tienen los clínicos para reportar una medida objetiva de su desempeño, especialmente aquellos con un rendimiento claramente deficitario que están lejos de considerarse a sí mismos como *pseudoshinks*.

Lo anterior es trascendental desde la perspectiva que aquí se presenta. Puesto que la mayoría de los clínicos considera que su nivel de rendimiento es óptimo, éstos no muestran interés ni la suficiente motivación para implicarse en actividades dirigidas a entrenar y mejorar sus habilidades terapéuticas. De este modo, se cierra el ciclo (opuesto al ciclo de la excelencia) que mantiene la falsa creencia de que la mera práctica clínica es *suficiente*. Sin embargo, ya hemos señalado en páginas precedentes que la evidencia no confirma que la mera experiencia se relacione con mejores resultados a lo largo del ciclo profesional (Ericsson, 2006; Ericsson et al., 1993; Goldberg et al., 2016a; 2016b; Goodyear y Rousmaniere, 2017; Miller, Hubble y Chow, 2017; Rousmaniere, 2016; Rousmaniere et al., 2017). Si se piensa por un momento en otras disciplinas se hace evidente la falacia que supone esta creencia. Por ejemplo, un pianista profesional rechazaría la posibilidad de mantener su nivel de ejecución dedicándose exclusivamente a dar conciertos sin llevar a cabo ningún tipo de práctica entre actuaciones.

Estas diferencias entre clínicos, o su posición relativa respecto a la media de grupo, son relativamente estables a lo largo del tiempo y se expresan en un amplio rango de pacientes (Kraus et al., 2016; Wampold y Brown, 2005). Contra la suposición de que ciertos clínicos son más expertos con unos pacientes que con otros, la evidencia empírica señala que los buenos clínicos suelen serlo en una amplia variedad de condiciones disfuncionales y situaciones clínicas. Recientemente, Barkham et al. (2017) reportan que alrededor del 15-20% de los terapeutas obtiene mejores resultados de forma significativa y generalizada, mientras que otro 15-20% muestran ser menos eficaces, dibujando la conocida *ley de la variabilidad*. Asimismo, se ha comprobado que los terapeutas más eficaces suelen obtener resultados un 50% superiores a los de aquellos que muestran una eficacia media, además de tener un porcentaje de aban-



Artículo en prensa

donos un 50% menor (Miller, Hubble, Chow y Seidel, 2013). Por otro lado, resultados similares ya habían sido obtenidos previamente por Okiishi et al. (2006) donde los terapeutas más eficaces (definidos como los que mostraban un desempeño que se encontraba en el 10% superior de la muestra) tenían resultados el doble de buenos que los menos eficaces (cuyos resultados se encontraban en el 10% inferior de la distribución de desempeño) y registraban la mitad de abandonos. Por su parte, Brown, Lambert, Jones y Minami (2005) estimaron que la cantidad de cambio producido en los pacientes de los terapeutas más eficaces era casi 3 veces mayor que la de la media.

Llegados a este punto, la pregunta obligatoria es *¿qué hacen o cómo son estos clínicos tan brillantes?* Antes de entrar de lleno en la cuestión, en la Tabla 1 se resumen las principales características de los clínicos eficaces, así como algunas variables que no han probado contribuir a un rendimiento superior o a una mejora de los resultados de los tratamientos que aplican.

Algunas variables sorprenderán más que otras al haberse considerado históricamente nucleares de la buena praxis y estar presentes en la mayoría de programas de formación en Psicología Clínica y Psicoterapia. Especialmente resulta llamativa la falta de apoyo empírico que presenta una herramienta tan fundamental en el trabajo de los clínicos como la supervisión. Rousmaniere, Swift, Babins-Wagner, Whipple y Berzins (2014) encontraron que los supervisores explican menos del 1% de la varianza de los resultados de la psicoterapia. Otras revisiones de la literatura disponible no han hallado resultados concluyentes que indiquen que la supervisión haga más eficaces a los terapeutas (Alfonsson, Parling, Spännargård, Andersson y Lundgren, 2018; Watkins, 2011). Algo parecido puede decirse acerca de los clínicos que realizan psicoterapia personal y la influencia en su rendimiento clínico posterior. Hasta la fecha, todo lo que podemos decir es que los datos no son concluyentes (Malikioski-Loizos, 2013).

**CARACTERÍSTICAS DE LOS CLÍNICOS MÁS EFICACES**

Wampold et al. (2017) han revisado los estudios disponibles sobre las variables distintivas de los clínicos más eficaces y han concluido que existe suficiente evidencia para considerar que, como mínimo, reúnen cuatro características (véase Tabla 1). Son capaces de establecer alianzas terapéuticas sólidas y cálidas con un amplio rango de pacientes, presentan en su repertorio personal habilidades interpersonales de facilitación (FIS, del inglés *Facilitative Interpersonal Skills*), dudan acerca de la calidad de su desempeño profesional y se implican en PD. Ésta última será objeto de un análisis más extenso en un epígrafe independiente, y en adelante se revisan las otras tres.

**Habilidad para establecer una sólida alianza terapéutica con un amplio rango de pacientes**

La alianza es el constructo más estudiado de la investigación sobre proceso psicoterapéutico. Cerca de 300 estudios dan cuenta de su robusta influencia en los resultados de los tratamientos psicológicos (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds y

Wampold, 2012; Flückiger, Del Re, Wampold y Horvath, 2018; Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds, 2011). Si bien se trata de una variable de encuentro entre las características del clínico y del paciente (Prado-Abril et al., 2016; 2017), diversos estudios sugieren que la calidad de la alianza se ve más influida por las aportaciones del terapeuta que por las del paciente (Baldwin y Imel, 2013; Baldwin, Wampold y Imel, 2007; Del Re et al., 2012). De hecho, Baldwin y Imel (2013) cifran en un 9% la contribución del terapeuta a la variabilidad de las puntuaciones de la alianza entre clínicos y pacientes. Además, respecto a los profesionales que obtienen de forma consistente mejores resultados que la media, la clave no sólo reside en la habilidad para formar sólidas y cálidas alianzas, sino en hacerlo a lo largo de un amplio rango de pacientes que presentan una importante heterogeneidad de características, rasgos de personalidad, problemas clínicos y niveles de gravedad. Lo cual hace que estemos en consonancia con Baldwin et al. (2007) cuando señalan que estos datos implican la importancia de incluir en los programas de formación el trabajo sobre cómo construir y mantener relaciones terapéuticas adecuadas y la cultura de monitorizar sistemáticamente el estado y calidad de la alianza mediante estrategias específicas (Gimeno-Peón et al., 2018b; Inchausti et al., 2018; Prado-Abril, García-Campayo y Sánchez-Reales, 2013). Entrenar a los residentes con el foco *en la relación*.

**Habilidades interpersonales de facilitación**

El constructo FIS engloba una serie de características o rasgos que se encuentran en grado variable en los clínicos: fluidez verbal, calidez, empatía, expresión emocional, capacidad persuasiva, capacidad para instilar esperanza, capacidad para la vinculación y para comprender el problema presentado por el paciente (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert y Vermeersch,

**TABLA 1  
POSIBLES VARIABLES MEDIADORAS DE LOS  
EFECTOS DEL TERAPEUTA**

<i>Variables relacionadas con la eficacia de los clínicos</i>
Habilidad para establecer una sólida alianza terapéutica con un amplio rango de pacientes (Del Re et al., 2012; Flückiger et al., 2018). Habilidades interpersonales de facilitación (Anderson et al., 2009; 2016a; 2016b). Dudas sobre el nivel de desempeño (Nissen-Lie et al., 2013; 2017). Práctica Deliberada (Chow et al., 2015).
<i>Variables no relacionadas con la eficacia de los clínicos</i>
Mera acumulación de experiencia (Beutler et al., 2004; Chow et al., 2015; Goldberg et al., 2016b; Wampold y Brown, 2005). Edad y género (Chow et al., 2015; Wampold et al., 2017). Habilidades interpersonales auto-evaluadas por el propio clínico (Wampold et al., 2017). Orientación teórica (Norcross y Wampold, 2018). Adherencia a un protocolo y competencia en aspectos específicos de un tratamiento (Webb, DeRubeis y Barber, 2010). Supervisión (Alfonsson, Parling, Spännargård, Andersson y Lundgren, 2018; Watkins, 2011). Psicoterapia personal (Malikioski-Loizos, 2013).



## Artículo en prensa

2009). En resumen, las FIS están relacionadas con la habilidad general que permite “*percibir, comprender y comunicar un amplio rango de mensajes interpersonales, así como la habilidad para persuadir a otras personas con problemas personales para que apliquen las soluciones sugeridas (...) y abandonen sus hábitos disfuncionales*” (Anderson et al., 2009, p. 759). Existe una relación significativa entre las FIS y el éxito del tratamiento (Anderson et al., 2009; 2016a; 2016b). Además, se ha comprobado que la edad de los profesionales correlaciona positivamente con las FIS (Anderson et al., 2009), lo cual sugiere que estas habilidades se pueden entrenar y desarrollar con esfuerzo a lo largo del tiempo. Otros grupos de investigación han estudiado habilidades similares obteniendo también un favorable impacto en los resultados de los tratamientos. Es el caso de las variables interpersonales claridad de la comunicación, empatía y sintonización comunicativa, respeto y calidez, gestión de las críticas y voluntad para cooperar (Schöttke, Flückiger, Goldberg, Eversmann y Lange, 2016).

#### **Dudas sobre el nivel de desempeño**

El hecho de que el clínico informe sobre sus propias dificultades con los pacientes (evaluadas a través de una escala que incluye ítems que hacen referencia a aspectos como no estar seguro acerca de la mejor manera de intervenir con un paciente, falta de confianza en que se le esté ayudando o sentirse incapaz de comprender la esencia de sus problemas, entre otros) se relaciona positivamente con los resultados cuando, además, las dudas van acompañadas de una valoración positiva de sí mismo (Nissen-Lie, Monsen, Ulleberg y Rønnestad, 2013; Nissen-Lie et al., 2017). Un terapeuta que muestre estas características obtendrá mejores resultados, especialmente cuando desarrolle un estilo de afrontamiento constructivo y activo frente a las dificultades encontradas en sus casos. Por ejemplo, buscando resolver las dificultades reflexionando sobre el problema, buscando supervisión experta, poniendo en marcha estrategias de solución de problemas o trabajando sobre sus áreas de mejora ensayando habilidades terapéuticas a través de PD. En definitiva, lo que estos autores señalan es que los efectos del terapeuta, en parte, residen en la compleja interacción entre características personales y profesionales del clínico.

#### **Otras características que requieren mayor investigación empírica**

Existen otros factores que han sido objeto de atención y que suponen prometedoras vías de estudio. Por ejemplo, se ha encontrado que terapeutas con apego seguro obtienen mejores resultados cuando tratan pacientes más graves (Schauenburg et al., 2010). Además del estilo de apego, otras características que han sido propuestas como elementos a considerar en el estudio de los efectos del terapeuta son la sensibilidad (*reponsiveness*), el estar presente y relajado en sesión (*presence*) o el manejo de la contratransferencia (Castonguay y Hill, 2017).

Hasta aquí, lo que la evidencia empírica disponible indica acerca de los efectos del terapeuta se puede resumir de la si-

guiente forma: existen clínicos que obtienen mejores resultados que otros y esto se hace especialmente evidente en el tratamiento de los pacientes más graves; las diferencias entre unos y otros residen en determinadas características; y se dispone de apoyo empírico consistente para la habilidad para formar alianzas terapéuticas sólidas con una amplia variedad de casos, la presencia de una serie de características interpersonales específicas (FIS) y la tendencia a dudar de forma constructiva acerca de la propia eficacia. Finalmente, la PD sería otra de las variables implicadas y nos ocuparemos de ella a continuación.

#### **PRÁCTICA DELIBERADA: LA EXPERIENCIA PRÁCTICA QUE SÍ MEJORA EL RENDIMIENTO**

La PD fue propuesta y definida originalmente por Ericsson et al. (1993) como el método que permite que un profesional se convierta en experto en su campo. La pericia no es algo innato, lo que diferencia a los expertos en un dominio concreto de actuación es la cantidad de esfuerzo y tiempo empleado en mejorar sus destrezas. En consonancia con los autores anteriores, Chow (2014) define la PD como aquellas actividades realizadas con esfuerzo sistemático que se focalizan en la mejora del rendimiento propio, que se realizan durante extensos períodos de tiempo, con la guía de un mentor que proporciona feedback inmediato sobre la ejecución, consiguiendo progresivamente una mejora de la práctica mediante la repetición y el refinamiento sucesivo. Estas actividades deben tener unas características específicas para que podamos considerarlas como parte de la PD. Para que la PD lleve al desarrollo y mejora del rendimiento profesional es necesario que el entrenamiento se centre en alcanzar algún tipo de objetivo que suponga cierto nivel de desafío; es decir, tiene que implicar una destreza cuya ejecución esté un paso por delante del actual nivel de ejecución del individuo. En el sentido clásico que establece la *zona de desarrollo próximo*. Además, es necesario que este tipo de entrenamiento se realice durante largos períodos de tiempo y que los resultados puedan monitorizarse, de manera que guíen la práctica sucesiva y la mejora subsiguiente. De este modo, la PD es necesaria tanto en el aprendizaje de nuevas destrezas y habilidades como en su mantenimiento y posterior perfeccionamiento (Chow, 2014; Ericsson et al., 1993; Rousmaniere, 2016; Rousmaniere et al., 2017).

La investigación pionera de Chow et al. (2015) encuentra, en una muestra compuesta por 69 terapeutas y 4580 clientes, que los efectos del terapeuta explican un 5,1% de los resultados de los tratamientos. Posteriormente, sobre una sub-muestra compuesta por 17 profesionales y 1632 clientes, analizan la relación entre ciertas variables asociadas a los clínicos y los resultados. En coherencia con la literatura previamente presentada en este trabajo (ver Tabla 1), no se encuentran como predictivas características como la edad, el género, los años de experiencia, la carga asistencial y el nivel de integración teórica. En cambio, la variable que sí mostró ser un predictor significativo de los resultados de los pacientes fue el tiempo que los



## Artículo en prensa

clínicos dedicaban a actividades de PD. Los clínicos del estudio contestaron un cuestionario cuyos ítems versaban sobre su desarrollo profesional y las actividades relacionadas con su trabajo. Para evaluar la PD se diseñó un instrumento *ad hoc*, el *Análisis retrospectivo de la participación de los psicoterapeutas en Práctica Deliberada* (RAPIDpractice; Chow et al., 2015), con el objetivo de medir el tiempo que los terapeutas dedicaban a actividades cuya finalidad era mejorar su rendimiento. Los resultados de la investigación mostraron que la cantidad de tiempo dedicado en solitario a la PD fue un predictor significativo de los resultados de los pacientes que acudían a tratamiento. Las diferencias entre clínicos se analizaron tras agruparlos en cuartiles en función de los resultados de sus pacientes tras los tratamientos. Los resultados revelaron que los clínicos del cuarto cuartil (aquellos cuyo rendimiento se sitúa por encima del 75% de la muestra), respecto a los clínicos de los otros tres cuartiles, destinaban una media de 2.81 veces más tiempo a la semana a actividades de PD ejecutadas en solitario.

### **Propuestas para implementar la Práctica Deliberada en el entrenamiento clínico**

Si bien el estudio de Chow et al. (2015) tiene limitaciones como el pequeño tamaño de la muestra, el uso de datos auto-informados con carácter retrospectivo y la necesidad de estudios de replicación, muestra que la PD es un método de entrenamiento y de trabajo prometedor para que los residentes y los psicólogos clínicos se acerquen a su mejor versión. Otro problema, no menos importante, es que no existe todavía una definición explícita, de consenso y operativa acerca de lo que significa la PD. Sin embargo, sí disponemos de propuestas y planteamientos sobre cómo implementarla en la formación y desarrollo profesional. En este punto, Rousmaniere (2016) ha sido el primer autor en dedicar un manual completo a la aplicación de la PD en el entrenamiento en psicoterapia. Partiendo de la propuesta de Ericsson (2006) propone un método que consta de diversos pasos. El primer paso consiste en grabar las sesiones de tratamiento. Las grabaciones de aquellos casos especialmente difíciles, en los que no se obtienen mejorías o se produce el fenómeno del estancamiento de la relación, serían los más propicios para ser visionados junto a un supervisor más experto. El rol del supervisor consistiría en proporcionar feedback al supervisado sobre su rendimiento y diseñar un plan con metas específicas a alcanzar mediante la práctica de habilidades. Dichas metas deben estar en la *zona de desarrollo próximo* del supervisado. Definidas las metas, se acordarán las actividades más adecuadas para alcanzarlas y el residente y/o el clínico tendrán que dedicar tiempo a ensayar y repetir conductas relacionadas con las habilidades terapéuticas hasta ir progresivamente alcanzando el desempeño fijado como objetivo. El último paso, consiste en evaluar y monitorizar sistemáticamente los resultados obtenidos en la práctica habitual para objetivar los avances. En la fuente original pueden encontrarse, si es del interés del lector, ejercicios específicos para implementarse en solitario en PD (Rousmaniere, 2016).

Por su parte, Chow y Miller (2015) han elaborado la *Taxonomy of Deliberate Practice Activities Worksheets*. Se trata de un instrumento que consta de dos versiones, una para el supervisor y otra para el supervisado, que describe cinco dominios en los que aplicar la PD en psicoterapia: estructura, esperanza y expectativas, alianza terapéutica, variables del paciente y variables del terapeuta. Para cada dominio se presenta una lista de actividades relacionadas susceptibles de evaluación en una escala *likert* de 10 puntos en función del grado de ejecución del clínico. El supervisor debe conocer el trabajo del clínico (por ejemplo, observando fragmentos de sus sesiones grabadas en vídeo), ayudarle a seleccionar de una a tres actividades en las que trabajar para mejorar y centrarse específicamente en una de ellas estableciendo metas específicas, medibles, alcanzables y para un período de tiempo concreto.

El *ciclo de excelencia* se ha definido como un plan individualizado en tres pasos específicamente dirigido a desarrollar la pericia y convertir a los supervisados en expertos en el campo de los tratamientos psicológicos (Miller et al., 2017; Prado-Abril et al., 2017; Rousmaniere et al., 2017). El ciclo se iniciaría obteniendo, en primer lugar, una línea base de la efectividad de partida del supervisado. Esto debe hacerse mediante una evaluación objetiva, rigurosa y sistemática. El segundo paso consiste en proporcionar feedback continuo e inmediato al supervisado con los objetivos de mejorar los resultados, reducir el número de abandonos, detectar los casos en los que se observa deterioro y, en definitiva, ayudar a evaluar finamente el proceso de aprendizaje del clínico y la evolución de sus tratamientos. En este punto, se diferencia entre feedback de ejecución (medidas de resultado) y feedback de aprendizaje (observaciones que el supervisor hace acerca de las destrezas del supervisado, errores a corregir, cuestiones técnicas, etc.). El último paso tiene que ver con el refinamiento sucesivo de las destrezas clínicas. Esta es la parte más propiamente asociada a la PD. Una vez detectadas aquellas habilidades que necesitan ser entrenadas, evaluado su nivel desempeño vigente y definidos los objetivos de mejora, se trata de dedicar tiempo a la PD. Se ha encontrado evidencia preliminar que apoya la eficacia de este método de entrenamiento. Por ejemplo, Goldberg et al. (2016a) realizaron un estudio a lo largo de 8 años en el que participaron 5.128 pacientes y 153 clínicos de una agencia de salud mental de Canadá. Durante este período se monitorizaron los resultados de los pacientes y a los clínicos se les proporcionó feedback de sus resultados, un espacio en el que compartirlos y recibir asesoramiento por parte de consultores externos expertos en la materia y, finalmente, sugerencias de PD para entrenar y trabajar con casos difíciles. Los resultados a la finalización del estudio consistieron en una mejora de los resultados globales de los tratamientos de la agencia de salud a lo largo del tiempo, observándose además cambios intra-sujeto en los clínicos.

Retomando la viñeta que inicia el presente artículo. Imagine mos que el residente hubiese realizado a solas la sesión y la hubiese grabado en vídeo. Supongamos que la entrega a un supervisor y éste le proporciona un feedback muy específico,



Artículo en prensa

centrado en habilidades y técnicas concretas. El supervisor, del mismo modo que sucedió en aquella experiencia, puede señalar debilidades como la ausencia de comentarios empáticos en momentos precisos. Así que ambos acuerdan que el objetivo de aprendizaje será mejorar el desempeño en el reconocimiento de las emociones de la paciente para realizar comentarios empáticos congruentes con el tono emocional de la sesión y monitorizar que, además, efectivamente la paciente se siente comprendida ante los comentarios del residente. Con esta meta en mente, el supervisor diseñará un plan específico de entrenamiento para el residente. Tal vez, como propone Rousmaniere (2016), podría volver a visionar la grabación de la última sesión y, silenciando el volumen o pausando el vídeo, repetir en voz alta aquellos comentarios que no hizo originalmente y que tienen que ver con las sugerencias del supervisor, quien revisará las grabaciones de las siguientes sesiones para valorar en qué medida el residente está mejorando en la habilidad-diana. Y así se procederá de manera sucesiva, automatizando los aspectos básicos de la habilidad y añadiendo metas progresivas de mayor complejidad hasta refinar la habilidad y dominarla. Es decir, práctica, práctica y más práctica, con un plan bien diseñado y una correcta supervisión, hasta desarrollar habilidades cada vez más precisas, cada vez mejor ejecutadas. Para aquellos profesionales interesados en el campo y en esta forma de trabajo, Miller et al. (2017) han realizado una interesante propuesta que se resume en la Tabla 2.

**El rol del supervisor en la Práctica Deliberada**

Un método de entrenamiento basado en la PD requiere de grandes esfuerzos por parte de la persona en formación, pero

**TABLA 2  
GUÍA PARA INICIAR LA PRÁCTICA DELIBERADA**

<p><b>Estructurar y automatizar la PD</b> Reservar una hora a la semana para PD, planificar cómo se va a emplear, preparar recordatorios en dispositivos electrónicos y grabar sesiones de terapia.</p>
<p><b>Establecer un punto de referencia</b> Fijarse en los resultados obtenidos, reflexionar y anotar lo aprendido, ver una grabación de una sesión representativa de tu mejor trabajo, hacer que la revise tu supervisor y obtener feedback.</p>
<p><b>Experimentar con entusiasmo</b> Revisar unos 5-10 minutos de vídeo de una sesión propia, pausarlo y pensar constructivamente de que otra manera podrías haberlo hecho, fijarte en el feedback del paciente y ver si te sorprende, etc.</p>
<p><b>Apoyo</b> Buscar hasta encontrar un supervisor que esté dispuesto a analizar fragmentos de las grabaciones, a incluir en la discusión información sobre resultados, alianza, variables del paciente, ... y que te ayude a establecer objetivos de aprendizaje que guíen tu desarrollo profesional; formar una pequeña comunidad de personas con el mismo interés en la PD y en alcanzar la excelencia. <i>A fin de cuentas, es un recorrido solitario y esforzado. Busca aliados.</i></p>

también por parte del supervisor. Anteriormente se ha señalado la falta de apoyo empírico consistente para la supervisión tradicional. No es casualidad que en la literatura sobre PD se utilice generalmente el término *coach* en lugar del habitual *supervisor*. Esta diferencia terminológica quiere resaltar que la persona que asume este rol tiene un papel activo con un claro componente motivacional y el objetivo de infundir entusiasmo a su supervisado. El supervisor en el formato de PD debe dedicar tiempo a conocer cómo se desenvuelve el supervisado, detectar las habilidades que precisan entrenamiento, ayudarle a organizar la práctica que requiere para mejorar, al tiempo que se muestra como una figura de apoyo consciente de que la PD es exigente y difícil.

En la propuesta de Rousmaniere et al. (2017) de integración de la PD en la supervisión clínica, brevemente, se recogen las siguientes funciones del supervisor: explicar y demostrar modelos para una práctica clínica eficaz; determinar la zona de desarrollo próximo de cada terapeuta; proporcionar feedback y guía al supervisado de forma congruente y accesible; ofrecer apoyo emocional para aumentar la moral del aprendiz y amortiguar los desafíos emocionales inherentes a la PD; y enseñar cómo trabajar de forma apropiada en diversos dominios profesionales y campos de actuación. El lector interesado en este asunto y en un modelo de supervisión dirigido con determinación a desarrollar la pericia de los supervisados puede obtener una visión más profunda en Goodyear y Rousmaniere (2017).

**DISCUSIÓN**

La pericia, convertirse en experto, el ciclo de la excelencia y, en definitiva, la Psicología Clínica, nuestro oficio, no es en absoluto sencillo. El esfuerzo que requiere es considerable y existen diversos obstáculos para su generalización como sistema de entrenamiento y de formación. Parte de la dificultad se ha relacionado con la falta de visibilidad y reconocimiento de los resultados por parte de la audiencia interesada (Chow et al., 2015). Por ejemplo, los músicos y los futbolistas están expuestos a un público que va a juzgar su desempeño y sus resultados. Esto, por más que nos duela tener que reconocerlo aquí, no sucede con los psicólogos clínicos ni en el ámbito de la salud mental de un modo mínimamente serio. Se trata de un campo de actuación, y una profesión, donde la monitorización de resultados y su exposición pública es un asunto claramente pendiente hace mucho tiempo. Probablemente, la falta de feedback objetivo e inmediato sea uno de los principales obstáculos para que los clínicos se impliquen en PD, desarrollen la pericia y persigan la excelencia a lo largo de su carrera profesional. Un aspecto tan relevante de la práctica clínica, insistimos, no puede quedar sin planificación por parte de las estructuras implicadas y al albur de las características personales de los profesionales (Prado-Abril et al., 2017). No obstante, el modo de abordar la cuestión es realmente complejo si atendemos a la experiencia del estudio de Goldberg et al. (2016a) que ejemplifica las resistencias que puede activar en los clínicos una propuesta de estas características. Anteriormente se señaló la parte del estudio que mostraba los bene-





## Artículo en prensa

ficios, para pacientes y profesionales, de implementar en una agencia de salud un sistema de feedback de resultados y entrenamiento en PD. Profundizando en el estudio, la citada agencia decidió implementar dicha investigación en el año 2008, de modo que fue obligatorio que los clínicos evaluaran objetivamente los resultados de sus tratamientos. A pesar de que la intención era mejorar el rendimiento y no juzgar o sancionar a los clínicos con peores resultados, tras la toma de esta medida, en los siguientes cuatro meses, el 40% de los clínicos decidió dejar su trabajo en la agencia.

Otro obstáculo es la profusión de modelos de psicoterapia con copyright que, en la actualidad, a pesar de existir cuatro grandes corrientes psicoterapéuticas, deja cerca de 500 formatos de tratamiento psicológico (Gimeno-Peón et al., 2018a). La sobrecarga de tratamientos basados (o no) en la evidencia y de protocolos de actuación desvía el foco de atención del clínico que a fin de cuentas es quien hace funcionar los tratamientos, del mismo modo que el pianista hace música, aunque necesite un instrumento para vehiculizar su talento. Obviamente, es necesario trabajar desde un modelo con directrices, parámetros y principios concretos, pero contemplando que la adherencia a un protocolo y la competencia en el mismo no es suficiente para obtener resultados positivos (Webb, DeRubeis y Barber, 2010). Es mucho más determinante la flexibilidad del psicólogo clínico (Norcross y Wampold, 2018). Es importante también recordar que la resolución de la APA (2013) establece la efectividad general de la psicoterapia y resalta que las pruebas disponibles muestran que los resultados de los tratamientos psicológicos se ven más influidos por las características de los pacientes, las variables contextuales y las características de los clínicos, que por el tipo de tratamiento o el modelo teórico de adscripción. El clínico debe tener en mente este orden de prioridades, pero al tiempo no entrar en un *anarquismo* psicoterapéutico ya que la psicoterapia lejos de no funcionar y ser inocua puede hacer daño (Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried y Hill, 2010). Existen mejores tratamientos que otros para determinadas circunstancias clínicas, así como existen clínicos que obtienen de manera consistente los mejores y los peores resultados (Baldwin y Imel, 2013; Barkham et al., 2017; Kraus et al., 2016; Okiishi et al., 2003; Wampold y Brown, 2005).

Enfatizados los principales obstáculos, la presente revisión muestra un hallazgo muy serio. No todos los clínicos obtienen el mismo rendimiento en su desempeño y, hasta cierto punto, los resultados del estudio de la agencia canadiense son perturbadores. Del mismo modo que el estudio de Imel, Sheng, Baldwin y Atkins (2015) que muestra, mediante una simulación, que retirando de una muestra de clínicos aquellos con peores resultados mejoraría significativamente la salud pública. Si bien este asunto es controvertido, necesitamos mejorar. Y en este trabajo presentamos una propuesta razonada, basada en la evidencia y, aunque esforzada, posible. Esta propuesta comparte parte de las recomendaciones de Castonguay et al. (2010) que señalan que quizá la prioridad en la formación de clínicos y psicoterapeutas, desde que inician sus primeros pa-

sos como residentes, sea hacerles conscientes de la posibilidad de que los pacientes empeoren y abordar los posibles efectos nocivos de los tratamientos psicológicos. En este sentido, la idea sería enseñar a los clínicos a utilizar intervenciones efectivas, pero de forma flexible y con sensibilidad respecto a las necesidades del paciente, de modo que se apliquen en el momento y contexto adecuados y no de manera acrítica e inflexible (Norcross y Wampold, 2018). En parte, la propuesta plantea virar el foco del tratamiento para redirigirlo y centrarlo en el PIR y/o el clínico. Existe evidencia suficiente y de suficiente calidad para tomarnos en serio que el buen psicólogo clínico es aquel capaz de formar alianzas terapéuticas que se ajustan a diferentes tipos de pacientes, tiene en su repertorio y usa adecuadamente habilidades interpersonales de facilitación, reflexión y duda sobre su propio desempeño y se esfuerza en mejorar sus puntos ciegos con mucho trabajo en solitario y exponiéndose al feedback de sus mentores. Quizás tenemos que empezar a contemplar cómo, cuándo y dónde vamos enseñar estas habilidades a nuestros residentes para que incuben la importancia de perseguir la excelencia a lo largo de sus carreras profesionales. Asimismo, una ordenación profesional secuencial de la Psicología Sanitaria (Grado-Máster-PIR) podría ser de utilidad para vertebrar la adquisición progresiva de habilidades y competencias de menor a mayor nivel de pericia, al tiempo que fomentaría un necesario espacio de entendimiento y colaboración entre académicos y clínicos (Prado-Abril, Sánchez-Reales y Aldaz-Armendáriz, 2014).

Aunque hemos revisado el controvertido estatus empírico de la supervisión en cuanto a su efecto en los resultados de los tratamientos, no se puede obviar su efecto positivo en la confianza y el bienestar emocional de los clínicos, así como su utilidad (Bennett-Levy, 2019). En consecuencia, pensamos que los datos nos advierten de la necesidad de revisar, modificar y actualizar los modelos de supervisión. En este sentido, la literatura sobre PD orienta en la efectividad de una supervisión individualizada, centrada en la práctica de habilidades relacionales y técnicas específicas, y que promueva el ejercicio consciente y sistemático entre sesiones (Goodyear y Rousmaniere, 2017). Quizás este sea el camino a seguir. Sin embargo, la PD requiere de la figura de un supervisor con determinadas características para que resulte eficaz en la mejora de los resultados de los supervisados. ¿Pero y si no se dispone de alguien que adopte dicho rol o no se dispone de los medios técnicos necesarios? Siguiendo con nuestra viñeta clínica la investigación disponible señala que uno de los predictores más importantes del desenlace de un tratamiento es la empatía del clínico percibida por el paciente (Norcross y Wampold, 2011; 2018) y ésta era una de las dificultades que el residente había mostrado en la sesión ejemplificada. Por consiguiente, el PIR autónomamente podría organizar su práctica clínica de tal modo que monitoree su propio rendimiento. Podría utilizar para ello, al final de cada sesión, instrumentos estandarizados que le permitan obtener feedback inmediato (e.g., la sub-escala de Empatía del Inventario de Relación de Barret-Lennard, 1962). Si se obtuviesen puntuaciones



## Artículo en prensa

más bajas de lo esperado, el residente podría buscar formas de mejorar su habilidad. Por ejemplo, estudiando y practicando el uso de reflejos empáticos, basándose en manuales que abordan específicamente esta cuestión, como es el caso de algunos apartados de la *Entrevista Motivacional* (Miller y Rollnick, 2015) u otros manuales de psicoterapia que ofrezcan ejercicios prácticos para mejorar esta y otro tipo de habilidades. Sucesivas aplicaciones de la escala le permitirán saber si su rendimiento está mejorando y los ajustes a realizar en su proceso de entrenamiento. Iniciarse en la cultura de la monitorización sistemática de variables como la empatía, la alianza y el resto de las variables clave de los resultados de los tratamientos, puede ser un buen punto de partida para los residentes interesados en la PD como vía para mejorar su rendimiento. No en vano, el periodo de residencia es un momento especialmente importante para asentar los fundamentos de la eficacia del futuro clínico (Budge et al., 2013).

Por último, en este análisis de los efectos del terapeuta y de la pericia, en esta *búsqueda de nuestra mejor versión*, es fundamental no caer en un indeseable terapeuta-centrismo (Norcross y Wampold, 2011). Hemos señalado críticamente algunos inconvenientes del modelo de los tratamientos basados en la evidencia (Gimeno-Peón et al., 2018a). La búsqueda de los clínicos basados en la evidencia no está exenta de los mismos riesgos sino se procede con cuidado. En este punto, se hace oportuno enfatizar que la variable más importante y que mayor influencia tiene en el desenlace de un proceso psicoterapéutico son las características del paciente (APA, 2013; Bohart y Wade, 2013; Wampold y Imel, 2015). El verdadero protagonista del tratamiento y el elemento que da sentido a nuestro oficio.

**CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener conflictos de interés

**REFERENCIAS**

- Alfonsson, S., Parling, T., Spännargård, Å., Andersson, G. y Lundgren, T. (2018). The effects of clinical supervision on supervisees and patients in cognitive behavioral therapy: A systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, *47*, 206-228.
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K. y Uhlin, B. D. (2016a). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, *26*, 511-529.
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X. y Patterson, C. L. (2016b). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *84*, 57-66.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., y Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, *65*, 755-768.
- American Psychological Association [APA] (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, *50*, 102-109.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, *61*, 271-285.
- Baldwin, S. A. y Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>th</sup> Ed., pp. 258-297). Hoboken, NJ: Wiley.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E. y Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, 842-852.
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J. y Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. En L. G. Castonguay y C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?* (pp. 13-36). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, *76*, 1-36.
- Beck, J. G., Castonguay, L. G., Chronis-Tuscano, A., Klonsky, E. D., McGinn, L. K. y Youngstrom, E. A. (2014). Principles for training in Evidence-Based Psychology: Recommendations for the Graduate Curricula in Clinical Psychology. *Clinical Psychology Science and Practice*, *21*, 410-424.
- Bennett-Levy, J. (2019). Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *62*, 133-145. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.004>
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. y Wong, E. (2004). Therapist variables. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> Ed., pp. 227-306). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Bohart, A. C. y Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>th</sup> Ed., pp. 219-257). Hoboken, NJ: Wiley.
- Brown, G. S., Lambert, M. J., Jones, E. R. y Minami, T. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in a managed care environment. *American Journal of Managed Care*, *11*, 513-520.
- Budge, S. L., Owen, J. J., Kopta, S. M., Minami, T., Hanson, M. R. y Hirsch, G. (2013). Differences among trainees in client outcomes associated with the phase model of change. *Psychotherapy*, *50*, 150-157.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R. y Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, *65*, 34-49.



Artículo en prensa

- Castonguay, L.G. y Hill, C.E. (Eds.) (2017). *How and why are some therapists better than others?* Washington, DC: American Psychological Association.
- Chow, D. (2014). *The study of supershrinks: Development and deliberate practices of highly effective psychotherapists* (Tesis Doctoral). Curtin University, Australia. Recuperado de: <https://espace.curtin.edu.au/handle/20.500.11937/45>
- Chow, D., y Miller, S. D. (2015). *Taxonomy of deliberate practice activities worksheets*. Chicago, IL: International Center for Clinical Excellence.
- Chow, D., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. y Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy, 52*, 337-345.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D. y Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*, 642-649.
- Ericsson, K. A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. En K. A. Ericsson, N. Charness, P. J. Feltovich y R. R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance* (pp. 685-705). New York, NY: Cambridge University Press.
- Ericsson, K. A., Charness, N., Feltovich, P. J. y Hoffman, R. R. (Eds.) (2006). *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T. y Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review, 100*, 363-403.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. y Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*, 316-340. <http://dx.doi.org/10.1037/psr0000172>
- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A. y Álvarez-Casariago, M. T. (2018a). Psicoterapia: Marca registrada [Psychotherapy: Trademark]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38*, 131-144.
- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A. y Prado-Abril, J. (2018b). Monitorización sistemática y feedback en psicoterapia [Routine outcome monitoring and feedback in psychotherapy]. *Papeles del Psicólogo, 39*, 174-182. doi: 10.23923/pap.psicol2018.2872
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J. L., ... y Wampold, B. E. (2016a). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy, 53*, 367-375.
- Goldberg, S., Rousmaniere, T. G., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. y Wampold, B. E. (2016b). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of real world outcome data. *Journal of Counseling Psychology, 63*, 1-11.
- Goodyear, R. K. y Rousmaniere, T. (2017). *Helping therapists to each day become a little better than they were the day before*. En T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller y B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (pp. 67-95). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Goodyear, R. K., Wampold, B. E., Tracey, T. J. y Lichtenberg, J. W. (2017). Psychotherapy expertise should mean superior outcomes and demonstrable improvement over time. *The Counseling Psychologist, 45*, 54-65.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. y Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 155-163.
- Hill y Knox (2013) Training and supervision in psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>th</sup> Ed., pp. 775-811). Hoboken, NJ: Wiley.
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan Jr, D. M., y Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist, 45*, 7-53.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*, 9-16.
- Imel, Z. E., Sheng, E., Baldwin, S. A., y Atkins, D. C. (2015). Removing very low-performing therapists: A simulation of performance-based retention in psychotherapy. *Psychotherapy, 52*, 329-336.
- Inchausti, F., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Vilagrà-Ruiz, R. y Fonseca-Pedrero, E. (2018). El trastorno de personalidad por evitación: Una propuesta de tratamiento especializado en la sanidad pública española [The avoidant personality disorder: A proposal for specialized treatment in the Spanish National Health System]. *Ansiedad y Estrés, 24*, 144-153. doi: 10.1016/j.anyes.2018.05.002
- Kraus, D. R., Bentley, J. H., Alexander, P. C., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Baxter, E. E. y Castonguay, L. G. (2016). Predicting therapist effectiveness from their own practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*, 473-483.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>th</sup> Ed., pp. 169-218). Hoboken, NJ: Wiley.
- Malikiosi-Loizos, M. (2013). Personal therapy for future therapists: Reflections on a still debated issue. *European Journal of Counselling Psychology, 2*, 33-50.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., y Chow, D. (2017). Professional Development. En T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller y B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (pp. 23-47). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. y Chow, D. (2018). The question of expertise in psychotherapy. *Journal of Expertise, 1*, 121-129.



## Artículo en prensa

- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D., y Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy, 50*, 88-97.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. y Duncan, B. L. (2007). Supershinks: Learning from the field's most effective practitioners. *Psychotherapy Networker, 31*, 26-35.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional: Ayudar a las personas a cambiar* (3ª Ed.). Barcelona: Paidós.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P. y Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research, 23*, 86-104.
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C. y Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*, 48-60. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*, 98-102.
- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology, 74*, 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D. y Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 1157-1172.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Nielsen, L. y Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*, 361-373.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica [Psychotherapy as a human science, more than technological one]. *Papeles del Psicólogo*, doi: 10.23923/pap.psicol2019.2877
- Prado-Abril, J., García-Campayo, J. y Sánchez-Reales, S. (2013). Funcionamiento de la terapia cognitivo-interpersonal en los trastornos de la personalidad: Estudio de dos casos [Efficacy of interpersonal-cognitive therapy in personality disorders: Two cases]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 18*, 139-149. doi: 10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12770
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S. y Aldaz-Armendáriz, J. A. (2014). Psicología Sanitaria: En busca de identidad [Health Psychology: In search of identity]. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 22*, 153-160.
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S. y García-Campayo, J. (2016). Dificultades en el manejo cognitivo-interpersonal del trastorno narcisista de la personalidad: Estudio de caso [Difficulties in interpersonal-cognitive management of narcissistic personality disorder: A case study]. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 25*, 317-325.
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S. y Inchausti, F. (2017). En busca de nuestra mejor versión: Pericia y excelencia en Psicología Clínica [Searching for our best version: Expertise and excellence in Clinical Psychology]. *Ansiedad y Estrés, 23*, 110-117. doi: 10.1016/j.anyes.2017.06.001
- Rousmaniere, T. (2016). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness*. New York, NY: Routledge.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D. y Wampold, B. E. (Eds.). (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Rousmaniere, T. G., Swift, J. K., Babins-Wagner, R., Whipple, J. L. y Berzins, S. (2014). Supervisor variance in psychotherapy outcome in routine practice. *Psychotherapy Research, 26*, 196-205.
- Saxon, D. y Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 535-546.
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F.,... y Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research, 20*, 193-202.
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J. y Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research, 27*, 642-652.
- Tracey, T. J., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W. y Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist, 69*, 218-229.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. y Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports, 110*, 639-644.
- Wampold, B. E. y Brown, J. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 914-923.
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Grosse-Holtforth y Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? En L. G. Castonguay y C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?* (pp. 37-54). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. y Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The research evidence for what works in psychotherapy* (2ª Ed.). New York, NY: Routledge.
- Watkins, C. E. (2011). Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering thirty years of research. *Clinical Supervisor, 30*, 235-56.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. y Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 200-211.