

El efecto de la experiencia y la supervisión clínica sobre el éxito terapéutico en la Clínica Universitaria de la Universidad Autónoma de Madrid (CPA-UAM)

The effect of experience and clinical supervision on therapeutic success at the University Clinic of the Autonomous University of Madrid

Alba Luque González
Ana Calero Elvira
María Cristina Guerrero Escagedo
Universidad Autónoma de Madrid

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es estudiar el efecto de la experiencia y la supervisión clínica sobre el éxito terapéutico. El estudio se desarrolla dentro del programa de formación impartido en la Clínica Universitaria CPA-UAM. El fin último es establecer unos criterios de entrenamiento en la capacitación profesional basados en la evidencia empírica. El programa de formación consta de cuatro años en el que los terapeutas realizan práctica clínica bajo la supervisión de terapeutas con mayor experiencia y pericia. Se estudia cómo influye el año de formación en el que se encuentre el/la terapeuta sobre el éxito terapéutico de su paciente con diferentes variables. Los resultados muestran que no existen diferencias entre los terapeutas en cuanto a su efectividad, todos mantienen una tasa de éxito similar. No obstante, se encuentran diferencias entre la eficiencia, es decir, el tiempo que se necesita para alcanzar el cumplimiento de los objetivos.

PALABRAS CLAVE

Éxito terapéutico; supervisión; experiencia; pericia

ABSTRACT

The aim of this research is to study the effect of experience and clinical supervision on therapeutic success. The study is developed within the training program offered at the University Clinic of Psychology of the Autonomous University of Madrid (CPA-UAM). The final aim is to establish training criteria in professional training based on empirical evidence. At CPA-UAM there is a four-year training program in which therapists perform clinical practice under the supervision of more experienced and skilled therapists. We study with multiple variables how the training year of the therapist influences the therapeutic success of his/her patient. Results show that there are no differences between therapists in terms of their effectiveness, they all maintain a similar success rate. However, there are differences between the efficiency, that is, in the time needed to achieve the objectives.

KEYWORDS

Therapeutic success; supervision; experience; expertise.

Recibido: 20/02/2020; aceptado: 24/08/2020

Correspondencia: Alba Luque González. Psicóloga clínica y doctoranda. Universidad Autónoma de Madrid.
alba.luque@estudiante.uam.es

Introducción

Durante muchos años se ha pretendido estudiar la influencia de la experiencia terapéutica en el éxito de la terapia psicológica.

Ericsson (2006) hace un repaso histórico sobre la literatura que existe acerca de la influencia de la experiencia en la pericia de la práctica. Este autor habla sobre las distintas fases de adquisición del conocimiento: por un lado, señala que en la primera fase las personas adquirimos las instrucciones necesarias y necesitamos mucho trabajo cognitivo para atender a no cometer errores. En cambio, en las últimas fases las personas tendemos a automatizar nuestras habilidades lo que dificulta el control sobre las mismas (porque ya no pensamos de forma deliberada sobre nuestra actuación) y, por lo tanto, el cambio o la mejora en nuestro trabajo no se propician. Esto significa que, en un momento dado, si no nos hacemos conscientes de esto, podemos estancarnos en la práctica habitual. Por otro lado, critica que durante muchos años se ha identificado a los 'expertos' por la reputación social, la educación formal recibida, el conocimiento acumulado y los años de práctica; sin embargo, es la práctica deliberada y no la experiencia *per se* el elemento fundamental del progreso. Es decir, la práctica en la que de forma consciente haces cambios dirigidos a mejorar y aprender. Otros autores expresan la misma crítica y proponen soluciones congruentes con la de Ericsson; por ejemplo, Goodyear, Wampold, Tracey y Lichtenberg (2017) proponen que el foco de evaluación se ponga en la propia mejoría del terapeuta en sus capacidades.

Otros autores, como Chow, Miller, Seidel, Kane y Thornton (2015), vuelven a estudiar este concepto de *práctica deliberada* y obtienen resultados que señalan que el tiempo empleado en la misma tiene efectos positivos sobre los resultados terapéuticos, mientras que las variables personales de los terapeutas no indican relación con el éxito de la terapia.

Budge et al. (2013) señalaban en su estudio que había diferencias, poco esperables, entre terapeutas de diferente experiencia. Los más experimentados no obtuvieron las mejores puntuaciones. Ellos justifican estos resultados por la supervisión que reciben los terapeutas menos experimentados, que es mayor que la que reciben los más experimentados. En cambio, Nyman, Nafziger y Smith (2010) no encuentran ninguna diferencia en función de la experiencia de los terapeutas, también ellos recalcan la importancia de la supervisión recibida por los más novatos. Igualmente, multitud de investigaciones que estudian la capacitación de los psicólogos y la adquisición de las habilidades terapéuticas, encuentran que no es tan importante la experiencia del profesional como haber tenido una buena supervisión que permita desarrollar, moldear y modelar las habilidades necesarias para la competencia terapéutica. Powell, Hunter, Beasley y Vernberg (2010) también encuentran resultados similares: la experiencia en el entrenamiento como terapeuta tiene resultados significativos en el éxito terapéutico. De igual forma, Driscoll et al. (2003) encuentran que la experiencia acumulada por sí sola no es una variable que mejore los resultados terapéuticos y sugiere que la supervisión de los terapeutas hacia una terapia

basada en manuales con apoyo empírico sea un factor determinante para obtener el éxito terapéutico. En la misma línea parece que Erekson, Janis, Bailey, Cattani y Pedersen (2017) encuentran que la experiencia y el nivel de formación no tienen efecto significativo sobre los resultados terapéuticos. Ellos mismos proponen como explicación la ausencia de supervisión de la práctica clínica. Asimismo, proponen como hipótesis que los terapeutas con mayor experiencia tienden a alejarse de la práctica deliberada para justificar los peores resultados obtenidos por éstos.

Por su parte, Stein y Lambert (1995) encuentran que no hay diferencias en las tasas de abandono entre terapeutas de la clínica universitaria (todos con un alto nivel de formación), pero sí los hay entre terapeutas más entrenados y menos; siendo la tasa de abandonos mayor cuanto menos entrenamiento haya recibido el terapeuta. En la misma línea, el meta-análisis de Gersh et al. (2017) estudia diferentes variables de los terapeutas, entre otros la experiencia terapéutica, y no encuentran efectos sobre el abandono terapéutico.

El estudio de Burlingame, Fuhrman, Paul y Ogles (1989) analiza las relaciones entre la experiencia y el entrenamiento del terapeuta con los resultados terapéuticos y encuentran que tanto los más experimentados como los menos experimentados mejoran sus resultados bajo la condición de entrenamiento.

Beck et al. (2014) señalan como claves para la formación de los psicólogos: (1) basar la práctica clínica en la investigación, (2) enseñar un pensamiento crítico que permita realizar una práctica deliberada y cambiante en función de

las características del contexto y del paciente, y que facilite la conciencia de los propios sesgos y limitaciones a la hora de hacer terapia, (3) enseñar a aprender, de forma que sea una práctica extendida en la vida profesional de la persona y no sólo una actuación puntual en el período de aprendizaje y (4) integrar el aprendizaje experiencial y el teórico para completar una formación exitosa. Especifica también que la tarea del supervisor debe ser importante y bien definida.

Sin embargo, Weissman et al. (2006) revelan que el 67% de los programas de entrenamiento para psicólogos másters (en Estados Unidos) no incluyen la didáctica y la supervisión en la práctica basada en evidencia (*Evidence Based Practice, EBP*), es decir, la mayoría de los programas de formación no tienen una base empírica que les respalde. Sería interesante poder conocer estos datos en los programas de capacitación que ofrece España. El término *EBP* comienza en el área de la medicina y más tarde en el área de la psicología de la mano de Woody, Beutler, Williams y McCurry (1996). La formación y la evidencia empírica son términos que deberían aunar fuerzas en la misma dirección, y que según este estudio están bastante alejados. Son muchos los autores que señalan como algo fundamental que se elimine la improvisación en la terapia psicológica y se establezcan actuaciones respaldadas empíricamente y adaptadas a las necesidades de la persona que acuda a consulta (Norcross, Hoggan, & Koocher, 2008; Beck et al., 2014) y para ello también es esencial que se elimine la improvisación de los programas de capacitación profesional. Sin embargo, aún parece que nos

queda mucho camino por recorrer para alcanzar un porcentaje válido que garantice que la práctica clínica actual está respaldada científicamente y en ese camino parece crucial que se haga especial hincapié en los programas formativos de los psicólogos.

Tanto Ericsson (2006) como otros autores (Henry, Schacht, Strupp, Butler, & Binder, 1993) señalan que para un buen desarrollo de las habilidades de los novatos es necesario que éstos dispongan de unos buenos entrenadores. Por lo tanto, la capacitación del profesional no depende enteramente de sus propias características y/o esfuerzo, sino también del supervisor/profesor que le acompañe en el proceso.

Existe cierta confusión terminológica en este campo, ya que en la traducción del término *expertise* al castellano se podrían utilizar dos conceptos con matices ciertamente diferentes: experiencia y pericia. En este artículo usaremos el término *experiencia* para hablar de la cantidad de práctica clínica que ha tenido el terapeuta y el término *pericia* para señalar la habilidad del terapeuta para realizar la práctica clínica. Utilizaremos ambos términos cuando queramos especificar la presencia de los dos componentes.

Tal y como señalan Tracey, Wampold, Lichtenberg y Goodyear (2014) la ausencia de acuerdo en la definición del término *expertise* es uno de los mayores problemas en la investigación en este ámbito. Estos mismos autores encuentran que este concepto ha sido definido en función de diferentes términos: (1) según la reputación; (2) según la cantidad de práctica terapéutica (es decir, experiencia); y (3) según los resultados del cliente. Cuando hablamos de

reputación incluimos el reconocimiento profesional que tenga ese terapeuta y el estatus de formación que haya conseguido. Aunque efectivamente son características deseables en un terapeuta, no son garantía de una buena práctica clínica, como critican, entre otros, Stein y Lambert (1995) y Ericsson (2006).

Por otro lado, al hablar de cantidad de práctica terapéutica o experiencia, muchos autores vuelven a discrepar sobre cómo valorar esto. La práctica terapéutica puede ser medida en horas de contacto con pacientes (Driscoll et al., 2003; Powell et al., 2010), según el número de pacientes tratados (Goldberg et al., 2016; Erikson et al., 2017) o según el número de meses/años de experiencia clínica (Burlingame et al., 1989; Driscoll et al., 2003; Goldberg et al., 2016). Además, algunos autores miden la práctica terapéutica en el momento de inicio del caso y otros en el momento de finalización del caso (es decir, miden la experiencia acumulada).

Por último, al hablar de los resultados terapéuticos también existen discrepancias sobre cómo evaluar. Se utilizan diversas medidas, algunos ejemplos de ellas son: (1) cuestionarios tipo autoinforme por parte del paciente al inicio y final de la terapia (algunos incluyen también medida de seguimiento) (Burlingame et al., 1989; Driscoll et al., 2003); (2) evaluación del cambio terapéutico por parte del propio terapeuta (ten Napel-Schutz, Abma, Bamelis, & Arntz, 2004); (3) satisfacción por parte del paciente (Powell et al., 2010); y (4) número de abandonos terapéuticos (Powell et al., 2010; Goldberg et al., 2016).

Norcross y Lambert (2018), pertenecientes a la Asociación Americana de Psicología (*Ame-*

rican Psychological Association, APA), instan a los investigadores a estudiar sobre los métodos de capacitación profesional de los terapeutas. Continuando este interés el objetivo del presente artículo, es estudiar el efecto de la experiencia sobre el éxito terapéutico, dentro de un programa de capacitación terapéutica. Se procurará tener en cuenta todas las variables terapéuticas mencionadas anteriormente, así como reducir las limitaciones planteadas por anteriores estudios para aportar claridad a este campo de estudio.

Las hipótesis que nos planteamos son: (1) que a mayor año de residencia/formación, menor número de abandonos; (2) que a mayor año de residencia/formación haya mayor porcentaje de objetivos; (3) que a mayor año de residencia/formación haya menor número de sesiones de evaluación/tratamiento/totales; (4) que a mayor año de residencia/formación haya peores puntuaciones en los cuestionarios iniciales; (5) que a mayor año de residencia/formación haya mayor cambio en puntuaciones de ansiedad, depresión, psicopatología y calidad de vida; y, por último, (6) que a mayor año de residencia haya menor puntuación final en los cuestionarios de ansiedad, depresión, psicopatología y mayor puntuación en el cuestionario de calidad de vida.

Método

Participantes. La muestra de la investigación se compone por 219 casos tratados entre 2016 y 2019 en la Clínica Universitaria de Psicología del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (CPA-UAM). Todos los casos son mayores de edad, de en-

tre 18 y 87 años, con una media de edad de 27,51 ($\sigma=11,72$). Todos han sido tratados por un único terapeuta, y son casos ya finalizados. La orientación psicológica que se utiliza en el centro es cognitivo-conductual.

El 63,5% de los casos son mujeres, mientras que el 36,5% restante son hombres. Los motivos de consulta son muy variados, y entre ellos los más frecuentes son bajo estado de ánimo, ansiedad y problemas de relación social.

Al ser casos tratados en el campus de la universidad la mayoría se encuentran estudiando (66,7%), el 27,4% trabajando, el 4,1% en el paro o con trabajos esporádicos y el 1,8% jubilados. Por el mismo motivo, el nivel de estudios alcanzado por la muestra es mayoritariamente de Bachillerato o BUP (53,7%), ya que la mayoría se encuentran cursando una carrera universitaria. El 25,2% ya tienen titulación de Grado, Licenciatura o Diplomatura, el 8,3% tienen nivel de posgrado o doctorado, el 7,3% han cursado una FP, el 3,7% han alcanzado los estudios de Secundaria, mientras que el 1,8% restante tiene estudios de Educación primaria o EGB. El 93,2% de la muestra es de nacionalidad española, el 6,8% restante de otras nacionalidades. El 54,8% de la muestra es soltero, el 26,5% con pareja y sin convivencia, el 8,7% están casados, el 6,4% conviviendo en pareja, el 3,2% divorciados y el 0,5% viudo.

La muestra de terapeutas se compone de 17 personas, 15 de las cuales son mujeres. Toda la muestra se caracteriza por ser terapeutas noveles y jóvenes. Al iniciar el programa de residencia normalmente acaban de finalizar el Máster de Psicología General Sanitaria (MPGS) y cuentan, por tanto, con poca trayectoria pro-

fesional. Todos ellos trabajan desde el modelo cognitivo-conductual.

En el CPA-UAM se desarrolla un Programa de Formación de Residentes de cuatro años. El primer año ingresan en el programa entre cuatro y seis terapeutas, de los cuales dos pasan al segundo año y completan el resto del Programa de Residencia. El objetivo del programa es completar la formación de los terapeutas, a través de una especialización en práctica clínica que los dota de las habilidades del terapeuta necesarias y refuerza sus conocimientos teóricos. Se asignan una media de 12 casos a cada terapeuta de forma progresiva.

De los 219 casos, 130 han sido tratados por terapeutas de primer año de residencia (R1); 37 casos tratados por R2; 25 tratados por R3; y 27 tratados por R4. El número de casos tratados por R1 es sustancialmente mayor debido a que, como hemos dicho, el número de residentes de primer año es muy superior al que después completa los cuatro años de residencia.

Durante todo el programa se supervisan los casos de los terapeutas. Los terapeutas R1 tienen ocho horas de reuniones semanales en grupo para la supervisión de casos. La supervisión de los R1 se lleva a cabo por los R2, así como por profesores de la Facultad de Psicología de la UAM expertos en intervención clínica. Los residentes de segundo año (R2), de tercer año (R3) y de cuarto año (R4) tienen una reunión grupal de dos horas de forma quincenal. La directora de la clínica, profesora experta en terapia y con amplia experiencia como clínica, coordina la supervisión de los R2, R3 y R4. Además, todos los terapeutas tienen acceso a supervisión individual cuando es necesario. La

supervisión se va reduciendo de forma que a la vez que van sintiéndose más seguros y confiados en su ejercicio profesional, sean profesionales más autónomos.

Instrumentos. Los casos han sido evaluados mediante cuestionarios que se administraron previamente al tratamiento y al finalizar el mismo: *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970). Se utilizó la versión española realizada por Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos Cumbero (2011). El STAI es un cuestionario de 40 ítems que comprende dos subescalas con 20 ítems cada una: La ansiedad rasgo y la ansiedad estado. El alfa de Cronbach en las subescalas de la versión españolas oscila entre 0,82 y 0,95.

Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996). Se utilizó la versión española realizada por Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún, y Vázquez (2005). El BDI-II es un cuestionario de 21 ítems que miden la severidad de la depresión según los criterios del DSM-IV. El Alpha de Cronbach para la versión española oscila entre 0,87 y 0,91.

“Inventario de Síntomas SCL-90-R” (Symptom Checklist 90 Revised, SCL-90-R; Derogatis, Rickels y Rock, 1976). Se utilizó la versión española realizada por González de Rivera et al. (1988). El SCL-90-Res un cuestionario de 90 ítems cuyo objetivo es la autoevaluación de un espectro de dimensiones de psicopatología. Contiene 9 escalas sintomáticas (Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo) y

tres índices de malestar psicológico. El alfa de Cronbach para las dimensiones de la versión española es de 0,85; 0,84; 0,77; 0,82; 0,79; 0,78; 0,69; 0,76; 0,81 para las respectivas escalas.

“Evaluación de la calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud (The World Health Organization’s quality of life assessment, WHOQOL-BREF, 1998)”. Es un cuestionario de 26 ítems que evalúa la calidad de vida en cuatro subescalas: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente. El Alfa de Cronbach para las dimensiones de la versión española es de 0,78; 0,79; 0,72; 0,77, respectivamente.

Los datos de estos cuestionarios, así como datos sociodemográficos y clínicos de los usuarios fueron introducidos en la Base de Datos del CPA-UAM. Esta base de datos recoge información de cada cliente mayor de edad que acude al CPA-UAM. Los datos recogidos se corresponden con: datos sociodemográficos, de diagnóstico, técnicas utilizadas durante la terapia, información sobre la adhesión a la terapia, información relativa a las fechas de las fases terapéuticas, así como el número de sesiones de cada fase, el número de objetivos propuestos y logrados y los datos de los distintos cuestionarios.

Procedimiento. Cuando los usuarios llegan al centro realizan una primera entrevista (pre-evaluación) donde un terapeuta recoge la información más importante para conocer cuál es la problemática del caso y así poder asignar a esa persona al terapeuta idóneo. Cuando la persona tiene la primera sesión con su terapeuta, éste le da la batería de cuestionarios para que los traigan completados antes

de la siguiente sesión (estos serán los cuestionarios PRE). Durante las primeras sesiones de la terapia el/la terapeuta realiza la evaluación del caso, donde además de plantear el Análisis funcional de cada persona establece, de forma conjunta con el/la usuario los objetivos a alcanzar. Cuando el terapeuta ya está en la fase de seguimiento, antes de dar el alta terapéutica, le pide al usuario que vuelva a completar los mismos cuestionarios que al inicio (estos serán los datos POST). En el momento del alta se le entrega un informe en el que se explicitan al usuario los objetivos alcanzados respecto al inicio, así como las técnicas utilizadas durante la intervención.

Como inconveniente, los datos de los usuarios que abandonan la terapia antes del alta se pierden, ya que no es posible que realicen los cuestionarios POST.

Una vez que el/la terapeuta ha finalizado la terapia con el usuario, completa todos los datos necesarios para la base de datos, que serán revisados por otro terapeuta de la clínica responsable de la base de datos.

Resultados

A continuación, expondremos los resultados obtenidos para cada hipótesis planteada. En la hipótesis 1 se realizó la prueba Ji-Cuadrado de Pearson (X^2). En el resto de hipótesis se realizó un Análisis de Varianza (ANOVA). En todos los resultados se especifican la significación y el tamaño del efecto.

Hipótesis 1: A mayor año de residencia/formación menor número de abandonos

Al estudiar la relación entre la experiencia y la proporción de abandonos observamos que

no existe una relación significativa, aunque el tamaño del efecto es mediano ($X^2= 2,00$, $p=0,573$, $\eta^2p=0,08$). Se observa en la Gráfica 1 una tendencia descendente a medida que aumenta la experiencia (año de residencia), aunque no existen diferencias estadísticamente significativas.

A partir de la hipótesis dos se selecciona una submuestra de 139 usuarios (es decir, para la hipótesis dos, tres, cuatro, cinco y seis) que hayan sido dados de alta, eliminando de la base de datos los usuarios que hayan abandonado la terapia.

Hipótesis 2: A mayor año de residencia/formación mayor porcentaje de objetivos cumplidos.

Respecto a la relación entre la experiencia y el porcentaje de objetivos cumplidos tampoco se observa una relación significativa entre dichas variables, aunque el tamaño del efecto vuelve a ser mediano ($F= 3,78$, $p=0,120$ y $\eta^2p=0,08$). Hay significación residual entre los R1 y R4 ($p=0,10$). Se observa también una tendencia descendente a medida que aumenta la experiencia, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas.

Hipótesis 3: A mayor año de residencia/formación menor número de sesiones de evaluación/tratamiento/totales.

En cuanto a la relación entre la experiencia y el número de sesiones necesarios para dar el alta se obtienen los siguientes resultados: (1) no hay relación significativa entre experiencia y sesiones de evaluación, si bien el tamaño del efecto es grande ($F=1,61$, $p=0,190$, $\eta^2p=0,35$). La tendencia es la misma que se observa en el resto de las fases de la terapia. Los R2 son los que más sesiones realizan y los R4 los que menos; (2) sí existe relación significativa entre la experiencia y las sesiones de tratamiento, y el tamaño del efecto es cercano a grande ($F=6,37$, $p<0,001$, $\eta^2p= 0,12$). Al aplicar Bonferroni encontramos diferencias significativas entre R2 y R1 ($p=0,003$), entre R2 y R3 ($p=0,011$) y entre R2 y R4 ($p=0,001$); (3) no existe relación significativa entre experiencia y sesiones de seguimiento, siendo además el tamaño del efecto pequeño ($F=2,50$, $p=0,062$, $\eta^2p= 0,05$), pero se mantiene la tendencia de los datos anteriores, los R2 son los que más sesiones realizan y los R4 los que menos; (4) sí hay relación significativa entre la experiencia y las sesiones totales, y el tamaño del efecto también es cercano a grande ($F=6,54$, $p<0,001$, $\eta^2p= 0,13$). Al

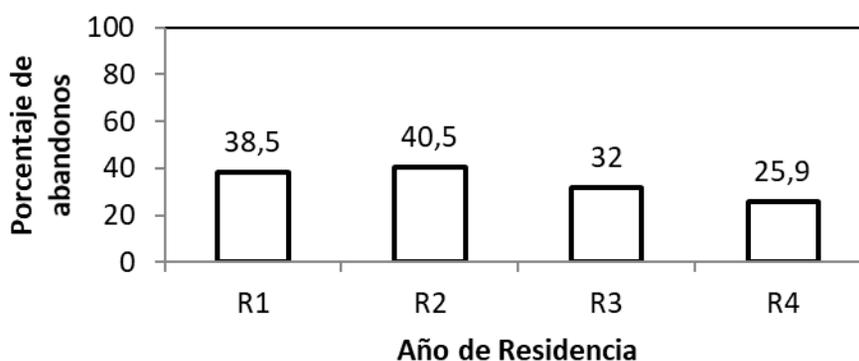


Figura 1. Porcentaje de abandonos por año de Residencia.

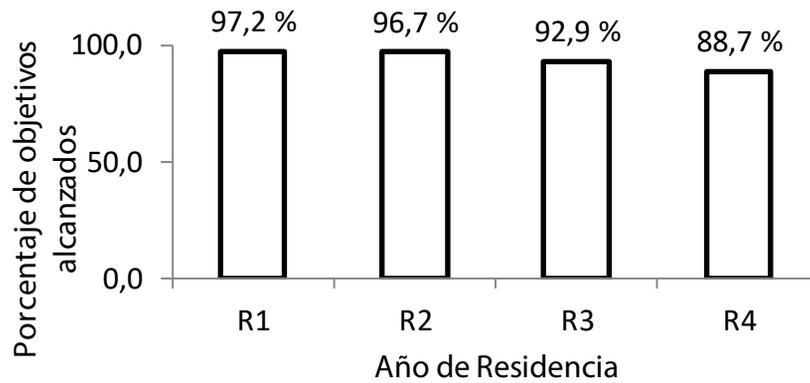


Figura 2. Porcentaje de Objetivos alcanzados por año de residencia.

aplicar Bonferroni obtenemos diferencias significativas entre R2 y R1 ($p=0,002$), entre R2 y R3 ($p=0,011$) y entre R2 y R4 ($p=0,001$).

Debido a que la muestra de terapeutas R1 era muy superior al resto de muestras de terapeutas de los demás años de residencia, se realizó una selección aleatorizada de 21 terapeutas R1 para compensar la desigualdad, y se repitieron los análisis. Los resultados se mantuvieron.

Hipótesis 4: A mayor año de residencia/formación mayor cambio en puntuaciones de ansiedad, depresión, psicopatología y calidad de vida.

Según muestra la Figura 4, no hay relación significativa entre la experiencia y la grave-

dad inicial de los síntomas de ninguno de los cuestionarios y el tamaño del efecto es pequeño: BDI-II ($F=0,44$, $p=0,724$, $\eta^2p=0,01$), STAI ($F=0,87$, $p=0,459$, $\eta^2p=0,02$), SCL-90 IGS ($F=0,39$, $p=0,760$, $\eta^2p=0,01$), SCL-90 PST ($F=0,94$, $p=0,422$, $\eta^2p=0,02$), SCL-90 PSDI ($F=0,05$, $p=0,986$, $\eta^2p<0,01$) y WHOQOL-BREF ($F=1,08$, $p=0,361$, $\eta^2p=0,03$).

Hipótesis 5: A mayor año de residencia/formación, mayor cambio en puntuaciones de ansiedad, depresión, psicopatología y calidad de vida.

Tampoco se obtienen resultados a favor de la relación entre experiencia y cambio terapéutico (los resultados no son estadísticamente significativos y el tamaño del efecto es

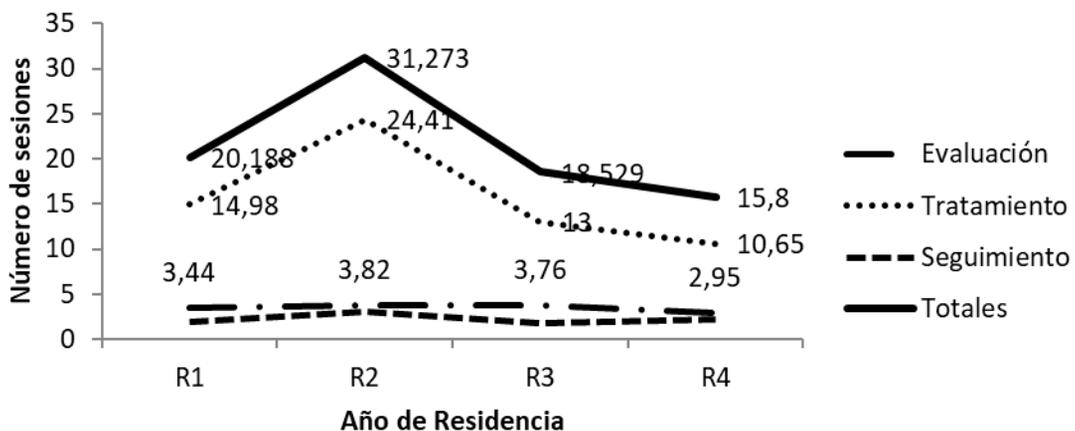


Figura 3. Número de Sesiones de cada fase de la terapia por cada año de Residencia.

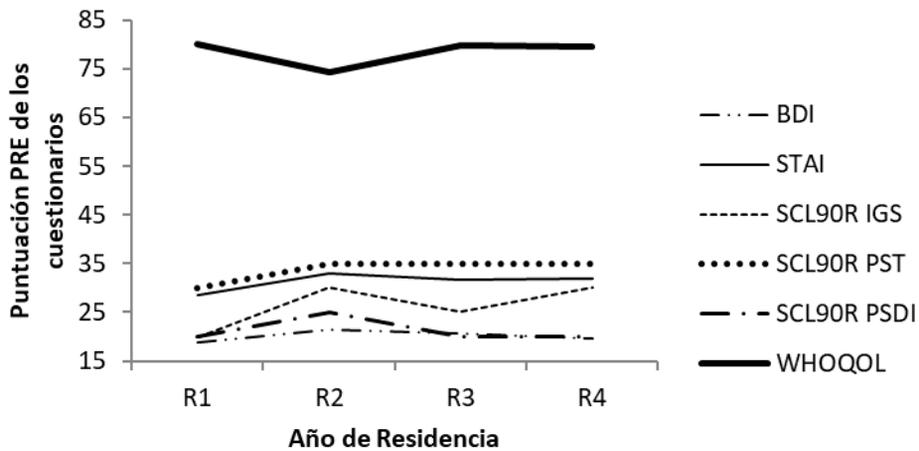


Figura 4. Relación entre las puntuaciones iniciales y el año de residencia.

pequeño o incluso nulo). Los datos obtenidos con el BDI-II son $F=0,70, p=0,554, \eta^2p= 0,02$; con el STAI $F=0,12, p=0,947, \eta^2p= 0,01$; con el SCL-90 IGS $F=0,19, p=0,904, \eta^2p= 0,01$; con el SCL-90 STP $F=0,34, p=0,796, \eta^2p= 0,01$; con el SCL-90 PSDI $F=0,11, p=0,957, \eta^2p= 0,01$; con el WHOQOL-BREF $F=0,58, p=0,633, \eta^2p= 0,02$ (ver figura 5).

Hipótesis 6: A mayor año de residencia, menor puntuación final en los cuestionarios de ansiedad, depresión, psicopatología y mayor puntuación en el cuestionario de calidad de vida.

Tampoco se mantiene la hipótesis de a mayor experiencia mejores puntuaciones en los

cuestionarios POST (los resultados no son estadísticamente significativos y el tamaño del efecto se considera pequeño o mediano). Se obtienen los siguientes resultados en función de los cuestionarios (ver figura 6): BDI-II $F=1,46, p=0,230, \eta^2p= 0,04$; STAI $F=2,39, p=0,072, \eta^2p= 0,06$; SCL-90 IGS $F=1,28, p=0,287, \eta^2p= 0,03$; SCL90 STP $F=1,75, p=0,162, \eta^2p= 0,05$; SCL-90 PSDI $F=0,20, p=0,894, \eta^2p= 0,01$; WHOQOL-BREF $F=0,63, p=0,600, \eta^2p= 0,02$.

Para controlar la variable del terapeuta en los ANOVAS previamente realizados, se realizaron ANCOVAS donde se analizó el efecto del terapeuta y se observó que se mantenían

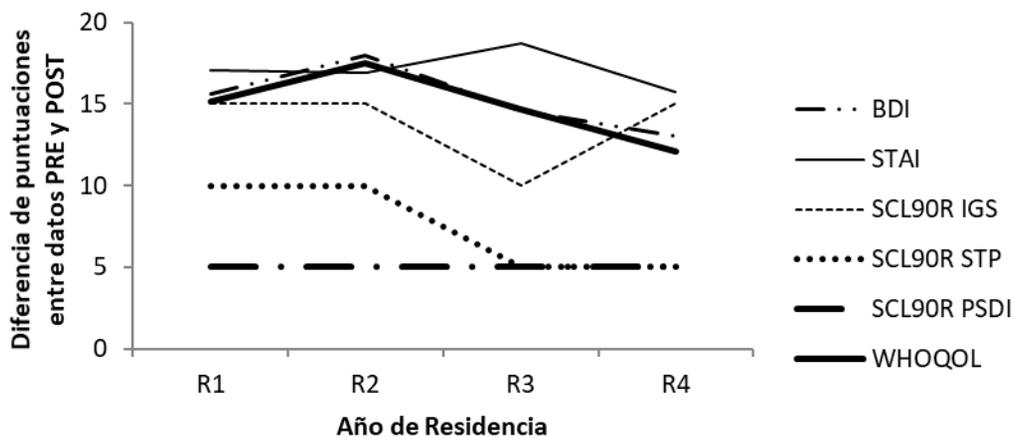


Figura 5. Relación entre el cambio en las puntuaciones PRE-POST de los cuestionarios y el año de residencia.

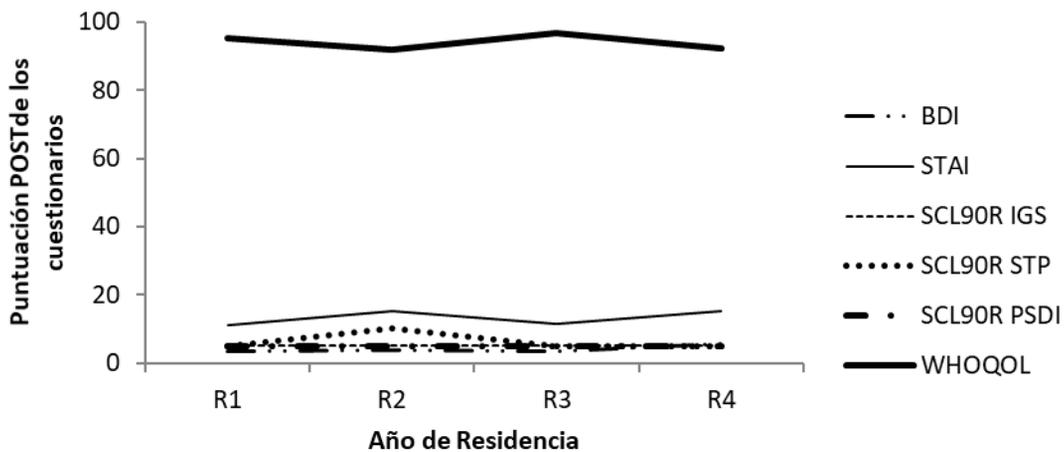


Figura 6. Relación entre las puntuaciones POST de los cuestionarios y el año de residencia.

los resultados (los resultados no son estadísticamente significativos y el tamaño del efecto es pequeño). Se obtienen los siguientes resultados de los ANCOVAS en función de las diferentes Variables Dependientes: Sesiones de Evaluación: $F=0,98$, $p=0,483$, $\eta^2p=0,18$; Sesiones de Tratamiento: $F=1,61$, $p=0,118$, $\eta^2p=0,27$; Sesiones de Seguimiento: $F=0,55$, $p=0,873$, $\eta^2p=0,11$; Sesiones Totales: $F=1,54$, $p=0,141$, $\eta^2p=0,26$.

Discusión

Por los resultados obtenidos, parece que el éxito terapéutico está igualado en todos los años de residencia, ya que el porcentaje de objetivos alcanzados, así como el cambio pre-post en los cuestionarios y el porcentaje de abandonos no tiene relación significativa con la experiencia. Además, en la misma línea, se observa que el tamaño del efecto en ninguna de las hipótesis es alto. Desde nuestro punto de vista, este hecho puede deberse a que en el CPA-UAM, donde se desarrolla la investigación, existe una alta supervisión de los casos, lo cual podría compensar la poca experiencia de algu-

nos de los terapeutas. Muchos autores (como Stein, & Lambert, 1995 y Budge et al., 2013) indican que no es tan importante la experiencia acumulada, sino la supervisión en la práctica profesional. Por eso hipotetizamos que sea la supervisión la que equipare la efectividad terapéutica de los cuatro años de residencia.

Esto podría suponer un cambio drástico en lo que tradicionalmente se había entendido como pericia. Las personas que acuden a terapia psicológica suelen desconfiar de los terapeutas jóvenes o noveles por la falta de experiencia y, sin embargo, los datos parecen apuntar a que seríamos más certeros si nuestra confianza fuera en base a la supervisión que están recibiendo, como señalaban Burlingame et al. (1989). Por su parte, Ericsson (2006) afirmaba que en las últimas fases de adquisición de conocimiento las personas tendemos a automatizar nuestra actividad, por lo que nos alejamos del cambio y la mejora en nuestra actuación; es decir, quizás terapeutas con más años de experiencia y sin supervisión clínica no ejerzan una práctica efectiva en comparación con terapeutas más jóvenes y con supervisión. Por su parte,

Goodyear et al. (2017) señalaban relevante el proceso de mejoría constante del terapeuta.

También esto tendría implicaciones para las clínicas que estén buscando profesionales de la psicología para incorporar a su equipo, parece relevante que no sólo haya una selección en función del currículo, sino que un criterio relevante para conocer la pericia del terapeuta podría ser la supervisión recibida. Por otra parte, sería fundamental que en las clínicas psicológicas también hubiera una supervisión de los casos por parte de los psicólogos con más experiencia, para preservar y mejorar el éxito terapéutico, algo que no suele estar al día en la mayoría de los centros sanitarios, por falta de tiempo y recursos.

Por otro lado, es importante destacar que en nuestro estudio sí hay diferencias significativas en el número de sesiones que se requieren en función del año de residencia. Parece que para dar el alta los terapeutas R2 utilizan mayor número de sesiones de tratamiento y totales que el resto de residentes. Esto puede deberse a que en el año de R2 se asume la mayor carga de trabajo de todo el programa, ya que los terapeutas se hacen cargo de la coordinación de la clínica, además de la asistencia clínica a los casos que tienen asignados. Puede que este aumento de carga les repercuta en su práctica profesional. Pero, por otra parte, es el año en el que se salta de tener una supervisión de ocho horas semanales a tener dos horas quincenales. Puede que este cambio genere inseguridad en los terapeutas y necesiten más tiempo para corroborar que los objetivos están consolidados y que se mantienen en el tiempo. Además, los tamaños del efecto de estos aná-

lisis son altos o cercanos a altos, dato que podría apoyar los resultados encontrados a pesar de la limitación del tamaño de la muestra. En definitiva, parece que es en el tercer año de residencia donde se mejora la eficiencia de los terapeutas.

Estos resultados pueden dar respuesta a la crítica de Weissman et al. (2006), que decía que la mayoría de programas de entrenamiento no están basados en la *EBP*. Los datos obtenidos podrían acercarnos a conseguir el apoyo empírico necesario para hacer buenos programas de entrenamiento. Por ejemplo, ayudarían a determinar cuántos años de residencia son necesarios para capacitar a un psicólogo clínico. Actualmente no parece haber ningún criterio con apoyo empírico que determine el número de años de formación que sería deseable en las clínicas universitarias. De hecho, cada clínica universitaria tiene un criterio diferente y dispone de programas de formación con diferente número de años. Inclusive, en el programa de Psicólogo Interno Residente que tenemos en el Sistema Nacional de Salud, el número de años de formación es de cuatro, pero tampoco parece haber una causa empíricamente justificada para ello.

Es necesario que tanto psicólogos generales sanitarios como psicólogos clínicos realicen una práctica con base empírica, que como señalan Echeburúa, Salaberría, de Corral y Cruz-Sáez (2012) "no es una moda, sino un requisito legal" (p.432). Por ello, parece relevante que la formación que éstos reciben esté también encuadrada en un marco científico.

En el caso concreto del CPA-UAM no parece que el cuarto año de residencia genere cam-

bios sustanciales en la efectividad o eficiencia de los terapeutas, por lo que, al menos a nivel formativo, no sería necesario mantener ese cuarto año de formación. Este dato, junto con otras justificaciones, ha hecho que el programa de capacitación del CPA-UAM se haya reducido a tres años de formación desde el curso 2019/2020. Tanto Norcross et al. (2008) como Beck et al. (2014) hablan de la relevancia de eliminar la improvisación en la terapia psicológica, y en este estudio abogamos porque se establezcan, desde los programas de entrenamiento, métodos de supervisión que dirijan a los terapeutas a realizar una práctica clínica basada en la evidencia y, por tanto, responsable con los usuarios que demandan nuestra ayuda profesional.

Algunas de las limitaciones de este estudio son compartidas con las que exponen Stein y Lambert (1995), como la ausencia de una asignación aleatoria de casos. La pre-evaluación del CPA-UAM tiene como objetivo asignar los casos de mayor gravedad a los terapeutas de mayor experiencia, sin embargo, los resultados indican que la gravedad de los síntomas medida por los cuestionarios es la misma para todos los años de residencia. Esto, aunque no elimina la limitación comentada, es una ventaja para nuestro estudio: aunque clínicamente se esté pretendiendo hacer un cribado de la gravedad de los casos, según los datos de los cuestionarios no se está consiguiendo y ello nos permite tener un cierto control sobre esta variable extraña que podría afectar a la relación entre experiencia y efectividad de los terapeutas.

Otra de las limitaciones sería la ausencia de protocolos en la supervisión de casos de los te-

rapeutas, no se establecen a priori los métodos de supervisión que se utilizan en cada supervisión: Role Play, modelado, discusión de casos, etc. Ello dificulta la comparación de las supervisiones y el control de variables extrañas. Por último, la limitación del tamaño muestral deteriora la potencia estadística de los análisis, por lo que como se ha ido comentando, es importante fijarse no sólo en el nivel de significación, sino también en el tamaño del efecto de los análisis. Por todo ello, en futuras líneas de investigación se sugiere realizar estudios que primero analicen y más adelante manipulen la variable de tipo de supervisión, para obtener datos acerca de la eficacia de cada método de supervisión; así como replicar el estudio con tamaños muestrales más grandes.

La APA insta a los investigadores a estudiar sobre los métodos de supervisión utilizados para la capacitación profesional. En la línea de la propuesta de la APA, de la mano de Norcross y Lambert (2018), también hacen alusión a la necesidad de estudiar los métodos de capacitación y supervisión profesional. Recalcamos la importancia de generar programas de formación competitivos que se basen en la evidencia empírica para formar a los psicólogos. Idealmente, estas investigaciones se deberían llevar a cabo en diferentes centros para comparar y consolidar conclusiones. Y si se pudiera incluir a los centros donde se forman los Psicólogos Internos Residentes, y no solamente a las Clínicas Universitarias de Psicología, tendríamos una perspectiva mucho más completa y unas conclusiones más sólidas.

En definitiva, esta investigación es pionera en España, ya que no se cuenta con ningún an-

tecedente en la literatura que haya estudiado los programas estatales de capacitación profesional. Además, en la literatura internacional tampoco existe un gran recorrido de investigación sobre los programas de capacitación. Por ello, se considera conveniente que estudios como éste sirvan de punto de partida para poder seguir haciendo investigación en este campo y conseguir así tener programas de capacitación profesional efectivos y eficientes con apoyo empírico. A su vez, así garantizaríamos conseguir un personal altamente cualificado capacitado para ofrecer unas prestaciones psicológicas de calidad a la población.

Referencias

- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- 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*(4), 410-424. <http://doi.org/f6s62b>
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos Cubero, N. (2011). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo: Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- 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*(2), 150-157. <http://doi.org/f42vk6>
- Burlingame, G. M., Fuhrman, A., Paul, S., y Ogles, B. M. (1989). Implementing a time-limited therapy program: Differential effects of training and experience. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 26*(3), 303-313. <http://doi.org/dxk7nh>
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., y Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy, 52*(3), 337-345. <http://doi.org/dc79>
- Derogatis, L. R., Rickels, K., y Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry, 128*(3), 280-289.
- Driscoll, K. A., Cukrowicz, K. C., Reitzel, L. R., Hernandez, A., Petty, S. C., y Joiner Jr, T. E. (2003). The effect of trainee experience in psychotherapy on client treatment outcome. *Behavior Therapy, 34*(2), 165-177. <http://doi.org/cz546v>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. D., y Cruz-Sáez, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: una primera reflexión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 20*(2), 423-435.
- Erekson, D. M., Janis, R., Bailey, R. J., Cattani, K. y Pedersen, T. R. (2017). A longitudinal investigation of the impact of psychotherapist training: Does training improve client outcomes?. *Journal of counseling psychology, 64*(5), 514-524. <http://doi.org/gcgsnb>
- Ericsson, K. A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. *The Cambridge handbook of expertise and expert performance, 38*, 685-705. <http://doi.org/dc78>
- Gersh, E., Hallford, D. J., Rice, S. M., Kazantzis, N., Gersh, H., Gersh, B., y McCarty, C. A. (2017). Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders, 52*, 25-33. <http://doi.org/gcnhb6>
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., y Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of counseling*

- psychology*, 63(1), 1-11. <http://doi.org/f77p7d>
- González de Rivera, J. L., Derogatis, L. R., De las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M., y Monterrey, A. L. (1988). *The Spanish version of the SCL-90-R*. Manuscrito no publicado.
- 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(1), 54-65.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F., y Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: mediators of therapists' responses to training. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(3), 441-447. <http://doi.org/dgk3q9>
- Lucas-Carrasco, R. (1998). *Versión Española del WHOQOL*. Madrid, España: Ergón, D.L.
- Norcross, J. C., Hogan, T. P., y Koocher, G. P. (2008). *Clinician's guide to evidence based practices: Mental health and the addictions*. Oxford University Press. <http://doi.org/ddpg>
- Norcross, J. C., y Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <http://doi.org/gfgsgz>
- Nyman, S. J., Nafziger, M. A., y Smith, T. B. (2010). Client outcomes across counselor training level within a multitiered supervision model. *Journal of Counseling & Development*, 88(2), 204-209. <http://doi.org/fzrbfv>
- Powell, J. L., Hunter, H. L., Beasley, L. O., y Vernberg, E. M. (2010). Using fine-grained indexes of therapists' experience and training to predict treatment outcomes in a university-based training clinic for children and families. *Training and Education in Professional Psychology*, 4(2), 138-144. <http://doi.org/c4t9gz>
- Sánchez, J. I. R., Rodríguez, J. M. A., y de la Peña Fernández, M. E. (2002). SCL-90: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología clínica legal y forense*, 2(1), 1-19.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud*, 16(2), 121-142.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. California: Consulting Psychologist Press.
- Stein, D. M., y Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 182-196. <http://doi.org/fkvjk5>
- tenNapel-Schutz, M. C., Abma, T. A., Bamelis, L. L., y Arntz, A. (2017). How to Train Experienced Therapists in a New Method: A Qualitative Study into Therapists' Views. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 359-372. <http://doi.org/f94g3m>
- Tracey, T. J., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., y Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69(3), 218-229. <http://doi.org/f5ztgj>
- Weissman, M. M., Verdelli, H., Gameroff, M. J., Bledsoe, S. E., Betts, K., Mufson, L. y Wickramaratne, P. (2006). National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Archives of general psychiatry*, 63(8), 925-934. <http://doi.org/bqq596>
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Woody, S. S., Beutler, L., Williams, D. A., y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist*, 49, 5-18.

