

PROGRAMA DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PSICOTERAPIA: FUNDAMENTOS TEÓRICOS E IMPLEMENTACIÓN

FORMATION AND TRAINING PROGRAM IN PSYCHOTHERAPY: THEORETICAL FOUNDATIONS AND IMPLEMENTATION

Pablo Rafael Santangelo

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología. Argentina

Fundación Aiglé, Argentina

CAPsi, Centro de Asistencia Psicológica

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5551-2923>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Santangelo, P. R. (2020). Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia: Fundamentos Teóricos e Implementación. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 331-346. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.377>

Resumen

La formación y entrenamiento en competencias terapéuticas es fundamental para mejorar los resultados de la psicoterapia. El Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia es una de las formas de capacitación con las que cuenta la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP). Entre sus metas se propone ofrecer un espacio de formación teórica y entrenamiento en psicoterapia gratuito, brindar atención psicoterapéutica no remunerada a personas con sus derechos vulnerados, como así también un servicio de consulta de problemáticas psicológicas que exceden el dispositivo psicoterapéutico y realizar tareas de supervisión para los graduados que cursan el programa. En dicho dispositivo se realiza un seguimiento de todos los pacientes a los que se les brinda atención y otro del desarrollo de cada uno de los profesionales en formación. El programa está articulado con el proyecto de investigación "Psicoterapia y Supervisión Clínica: habilidades, competencias terapéuticas y resultados de tratamiento", de la misma Universidad, el cual está encargado de hacer todas las evaluaciones de los pacientes y de los psicoterapeutas. El presente trabajo tiene por objetivo fundamentar teóricamente el programa y presentar su desarrollo.

Palabras claves: *Psicoterapia, Entrenamiento, Competencias terapéuticas, Supervisión, Argentina.*

Abstract

The teaching and training of therapeutic competences is essential to improve the outcomes of psychotherapy. The Teaching and Training Program in Psychotherapy is one of the resources available to the Faculty of Psychology of the National University of Mar del Plata (UNMdP). This program provides free theoretical formation and psychotherapy training, free psychotherapeutic care to people with violated rights, a consultation service for psychological problems that exceed the device, and includes supervisory tasks for the program students. This device includes a follow-up of all the patients to whom care is provided to, and of the development of each of the professionals in training. The program is articulated with the research project "Psychotherapy and Clinical Supervision: skills, therapeutic competencies and treatment outcomes", from the same University, which is in charge of the evaluation of the patients and psychotherapists. The objective of this study is to offer theoretic support to the program and present its development.

Keywords: *Psychotherapy, Training, Therapeutic Skills, Supervision, Argentina.*



El Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia es una de las formas de capacitación con que cuenta la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. En el mismo se forma y entrena en el ejercicio de la psicoterapia a psicoterapeutas nóveles, a partir de cursos de postgrado, supervisión clínica y la atención de pacientes. Se realiza un seguimiento sistemático de los psicoterapeutas como de los pacientes a lo largo de todo el proceso mediante la articulación con el proyecto de investigación “Psicoterapia y Supervisión Clínica: habilidades, competencias terapéuticas y resultados de tratamiento”, de la UNMdP, el cual está encargado de hacer todas las evaluaciones de los pacientes y de los psicoterapeutas. Se han desarrollado hasta este momento tres promociones de diez graduados cada una. La selección de los profesionales se realiza a partir del Curriculum Vitae de cada uno de los aspirantes, una carta de intención y una entrevista personal. El presente trabajo tiene por objetivo fundamentar teóricamente dicho programa y presentar su implementación. La base conceptual del mismo, su fundamentación, es producto de revisiones no sistemáticas realizadas a tal fin.

Fundamentos teóricos

Los cuatro métodos más utilizados para mejorar la efectividad del terapeuta son la supervisión, la educación continua, la difusión de tratamientos basados en evidencia y los sistemas de retroalimentación de resultados (Rousmaniere et al., 2017). El consenso general en la capacitación de psicoterapeutas apunta al menos a tres áreas: competencias en entrevistas; buen juicio ético informado por el código de ética existente; y competencia multicultural. Las competencias fundamentales en psicoterapia incluyen profesionalismo, práctica reflexiva, conocimiento validado, habilidades interpersonales, diversidad cultural, comportamiento ético y habilidades interdisciplinarias (Consoli et al., 2016).

Las recomendaciones de Norcross y Lambert (2018) para la capacitación de competencias son entre otras favorecer en los terapeutas el manejo de la relación terapéutica, adaptando la psicoterapia al paciente individual, valorando su patrimonio cultural, sus valores y creencias. Epstein y Hundert (2002) definen competencia al “uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria en beneficio del individuo y la comunidad que se atiende” (p. 226).

Psicoterapia

La psicoterapia implica una relación interpersonal, donde una o varias personas consultan y un profesional interviene evaluando y favoreciendo cambios. Esta relación está mediada por recursos psicológicos y tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de los consultantes. Todo proceso de psicoterapia incluye evaluaciones constantes, tanto objetivas como subjetivas. Se evalúa constantemente la alianza terapéutica, como sostiene Hatcher (2015), el ejercicio de la psicoterapia está anclado en las habilidades interpersonales y el valor de cualquier proceso

psicoterapéutico está indisolublemente unido al contexto relacional en el que se aplica. El modelo contextual de Wampold (2017) contiene tres vías a través de las cuales fluye el poder de la psicoterapia. Una vez iniciado el vínculo terapéutico las tres vías que explican por qué funciona la psicoterapia son: la relación real, la creación de expectativas a través de la explicación de lo que le pasa al paciente y del tratamiento y la tercera vía, promulgar acciones que promuevan la salud. El ejercicio de la psicoterapia implica el conocimiento y manejo de principios validados teniendo en cuenta que lo que funciona para un paciente puede no funcionar para otro. Como sostienen Norcross y Wampold (2018) ninguna psicoterapia es efectiva para todos los pacientes, sin importar lo buena que sea para algunos.

Se han encontrado cinco categorías de principios de cambio que correlacionan con los resultados en los procesos psicoterapéuticos: Principios de Pronóstico del Paciente; de Moderación del Paciente; Principios del Proceso del Paciente; Principios de Relación Terapéutica; y Principios de Intervención del Terapeuta (Beutler y Harwood, 2000; Castonguay et al., 2019; Fernández-Álvarez et al., 2008).

Módulos en el entrenamiento de competencias terapéuticas

El marco general del entrenamiento está basado en el modelo de Hill (2014, 2019) y en el modelo de Fernández-Álvarez (2008). Hill (2014, 2019) sostiene que el entrenamiento consiste en ejercitar las competencias e intervenciones y buscar el ajuste apropiado de estas a los pacientes. Este modelo está compuesto por tres elementos interdependientes: habilidades terapéuticas, conciencia de sí mismo y actitud de facilitación. En él, el desarrollo de las habilidades terapéuticas está pensado por etapas: 1) exploración; 2) comprensión; y 3) acción. Así, en la etapa de exploración las intervenciones a favorecer serían la escucha activa, las preguntas abiertas, el reflejo de sentimientos, las autorrevelaciones, el silencio intencional, la síntesis; dentro de la etapa de comprensión se facilita el desarrollo de intervenciones como la inmediatez, interpretaciones, autorrevelaciones, señalamiento, todas orientadas al insight y en la etapa de acción intervenciones como dar información, juego de roles y ensayos conductuales, orientación y tareas intersesión. La efectividad del modelo de entrenamiento en habilidades de ayuda de Hill, para estudiantes de pregrado, se ha replicado en distintos estudios (Chui et al., 2014; Jackson et al., 2014).

Las operaciones necesarias para activar los cambios terapéuticos y la formación teórica, son dos pilares fundamentales donde debe apoyarse el entrenamiento. La formación teórica implicaría una teoría de la mente, un modelo psicopatológico y un programa de cambios. Las operaciones a entrenar serían la entrevista, la realización del diseño de tratamiento, la aplicación de técnicas y la evaluación del proceso psicoterapéutico (Fernández-Álvarez et al., 2008).

Un psicoterapeuta cuenta con habilidades y competencias terapéuticas. Llegar a ser un terapeuta efectivo no depende solamente de la cantidad de teoría que hemos leído. Para llegar a tener buenos resultados en el ejercicio de la profesión se requiere, además de poseer conocimiento validado, de un entrenamiento en de-

terminadas competencias terapéuticas. Es decir, la formación y el entrenamiento serán dos caras de la misma moneda en el desarrollo de un psicoterapeuta. Miller et al. (2007) identificaron tres componentes críticos para un rendimiento superior: determinar un nivel básico de efectividad, incluyendo fortalezas y habilidades que necesitan mejorarse; obtener retroalimentación sistemática, continua y formal; y participar en una práctica deliberada. Para que se mantengan las habilidades deben ejercitarse y la instrucción, el modelado, la práctica y la retroalimentación son componentes útiles de la capacitación (Anderson et al., 2019; Hill y Knox, 2013).

Trabajo con material clínico

Son diversas las formas de trabajar con material clínico, Mackrill e Iwakabe (2013) enumeran distintas modalidades para la presentación de casos clínicos. Una de ellas consiste en las viñetas de casos, las cuales son descripciones breves de un paciente en particular y segmentos de sesiones. Se usan para ilustrar conceptos teóricos o clínicos particulares y para reflexionar sobre los mismos. El segundo tipo de materiales de estudio corresponde a los audios o videos de las sesiones. Estos implican una ganancia al poder escuchar y ver al paciente y al psicoterapeuta en acción. Un tercer tipo de materiales es el estudio de casos escritos que resume un curso completo de terapia con reflexiones sobre el proceso psicoterapéutico. Y por último la narración autobiográfica de terapeutas y de los pacientes. En estos informes se discuten las experiencias de los terapeutas por un lado y la de los pacientes por el otro en el proceso psicoterapéutico.

Formulación de casos

Eells (2015) propone cuatro razones por las cuales se deben formular los casos. Primero, una formulación guía el tratamiento y permite monitorear el progreso del mismo. En segundo lugar, aumenta la efectividad del tratamiento. Tercero, la formulación es personalizada, se adapta el tratamiento a las circunstancias específicas del paciente. Cuarto, una formulación bien diseñada debería mejorar la empatía del terapeuta, dado el terapeuta debe ponerse en el lugar del paciente para formular el caso.

La formulación de casos vincula el proceso de diagnóstico con el tratamiento, la psicopatología con la psicoterapia, la teoría clínica con el caso único y lo general con lo particular. Como tal, le brinda al terapeuta una oportunidad única para la toma de decisiones clínicamente apropiadas, personalizando la intervención y obteniendo información sobre la experiencia subjetiva del paciente (Kramer, 2019).

Capacidad de respuesta apropiada

Stiles (2009, 2013) define la capacidad de respuesta apropiada como la capacidad del psicoterapeuta para lograr un ajuste óptimo a las características y el estado del paciente, permitiendo un mayor beneficio para este. Esta capacidad puede ser entendida como una metacompetencia ya que es una variedad de funcionamiento

ejecutivo, que organiza y guía el uso de varias competencias (Hatcher, 2015). Es “saber cuándo hacer qué” para avanzar en el trabajo terapéutico. La empatía es una característica central de la capacidad de respuesta porque implica la percepción del otro para hacer los ajustes necesarios (Hatcher, 2015). Ayudar a los terapeutas en el entrenamiento a diferenciar la empatía como técnica y como recurso receptivo de información es crucial en el entrenamiento. Hay veces que los pacientes no necesitan un terapeuta empático, pero para darnos cuenta de ello necesitamos usar la empatía. Es decir, podemos usar la empatía para tomar distancia si notamos que es lo que necesita el paciente (Hatcher, 2015).

Autoras como Hill y Knox (2013) sostienen que las habilidades de ayuda son comportamientos del terapeuta que promueven buenos resultados en el paciente. Estas se aprenden y practican por medio del juego de roles. Muchas de estas habilidades de ayuda se pueden ver como herramientas que expanden las opciones para tener una mayor sensibilidad o capacidad de respuesta.

Práctica deliberada

La práctica deliberada (Rousmaniere, 2016, 2019), tiene por objetivo afinar las competencias de los terapeutas. La misma implica observar el rendimiento del psicoterapeuta, obtener una retroalimentación experta, establecer pequeños objetivos incrementables de aprendizaje más allá de la capacidad del graduado, ensayo repetitivo de habilidades y competencias específicas y una evaluación continua. Para Chow (2017) este tipo de práctica tiene cuatro componentes: objetivos de aprendizaje individualizados; un supervisor; retroalimentación inmediata sobre el desempeño; y refinamiento sucesivo a partir de la práctica y la retroalimentación. En cualquiera de las dos propuestas mencionadas la práctica y la retroalimentación por parte de un experto son fundamentales para el mejoramiento de las competencias terapéuticas.

Humildad

La humildad es una de las virtudes que facilitan las relaciones interpersonales y se puede construir a través de la práctica (Paine et al., 2015). Como sostienen Watkins y Mosher (2020) la humildad es central en el proceso de capacitación de los graduados que aprenden el ejercicio de la psicoterapia, enseñar a los aprendices sobre la humildad y como cultivarla puede contribuir a su desarrollo profesional y mejorar potencialmente su efectividad en los roles de terapeuta / supervisor (Hook et al., 2017).

Watkins y Mosher (2020) proponen que la humildad de los graduados que aprenden el ejercicio de la psicoterapia implica apertura, una autoevaluación precisa y una orientación centrada en los demás en las situaciones de tratamiento/supervisión. Además sostienen que la humildad puede contribuir a las mejores prácticas de tratamiento/supervisión en al menos cuatro formas: mejorando la competencia multicultural, fortaleciendo la alianza terapeuta-paciente y la alianza supervisorado-

supervisor, haciendo que los profesionales sean cada vez más receptivos a los comentarios de los pacientes y supervisores, y hacer más probable la participación de los graduados en la consulta entre pares. La humildad es totalmente necesaria para restablecer rupturas en la alianza tanto de psicoterapia como en supervisión.

Se ha planteado el potencial efecto de la humildad en los supervisores (Watkins et al., 2019) y se han identificado tres formas distintas de humildad: relacional, cultural e intelectual, las mismas han sido propuestas para los psicoterapeutas en formación (Watkins y Mosher, 2020). Las distintas formas de humildad están basadas en el respeto hacia el otro, variando en grados en el mismo psicoterapeuta (Watkins et al., 2019).

Entre las actividades que facilitarían el desarrollo de la humildad estarían: educar directamente a los graduados sobre la humildad y sus beneficios, el uso de tareas específicas que aumentan la conciencia de la misma, hacer de ella una parte integral de los materiales de capacitación / supervisión, crear un entorno de supervisión basado en una perspectiva humilde, utilizando preguntas reflexivas o socráticas para estimular la apertura y la autoevaluación de los graduados (Watkins y Mosher, 2020).

Competencia multicultural

Las competencias multiculturales se refieren a la capacidad del terapeuta para involucrarse activamente y trabajar efectivamente con una diversidad de pacientes (Chu et al., 2016). Existen tres componentes críticos en la formación de la competencia multicultural: la autoconciencia sobre el trasfondo cultural propio y su influencia; el conocimiento sobre la diversidad cultural y su impacto; y las competencias para implementar intervenciones multiculturalmente informadas (Hook et al., 2017). La humildad ayuda a crear una visión de la cultura del graduado, le permite ver el alcance y la realidad de las diferencias multiculturales en la vida diaria, tomar medidas para evaluarlas en el tratamiento, personalizando el mismo y aumentar la probabilidad de abordar y debatir cuestiones multiculturales en la supervisión (Hook et al., 2017; Paine et al., 2015; Watkins et al., 2019).

Una de las recomendaciones para mejorar la competencia multicultural del clínico a través de la capacitación es sintonizando con las experiencias culturales del paciente. La capacitación multicultural tiene como objetivo aumentar la conciencia y el conocimiento de las experiencias y visiones del mundo de otros. La capacitación debería fomentar la apertura explícita a todos los aspectos de las experiencias de los pacientes, reforzada por una buena dosis de humildad cultural. Otra manera de favorecer las competencias culturales es pedir a los profesionales que soliciten comentarios al paciente sobre consideraciones culturales. Solicitar comentarios durante el tratamiento es esencial para cerrar la brecha entre las percepciones del paciente y el terapeuta sobre las consideraciones culturales (Soto et al., 2019).

Supervisión

La supervisión es esencial en el desarrollo de competencias terapéuticas. Bernard y Goodyear (2019) sostienen que cuando una persona practica intervenciones, estas se van volviendo más arraigadas. Esto es tan cierto para las intervenciones ineficaces como para las efectivas. Por lo tanto, a menos que la persona involucrada en esa práctica haya estado recibiendo orientación y retroalimentación, el repertorio conductual que se está integrando incluirá respuestas ineficaces y, en algunos casos, incluso dañinas.

La supervisión ha sido reconocida durante mucho tiempo como un factor importante en el proceso de capacitación de los psicoterapeutas y ha sido identificada como el mecanismo más relevante para desarrollar sus competencias durante el entrenamiento (Bernard y Goodyear, 2019; Fernández-Álvarez, 2016; Stoltenberg, 2005). Facilitar y mejorar el desarrollo profesional de los supervisados y proteger el bienestar de los pacientes son dos de los principales objetivos de la misma (Falender y Shafranske, 2014).

El impacto de la supervisión sobre los supervisados es un área donde la investigación tiene un gran desarrollo y con buenos resultados. Hasta ahora, los estudios han sugerido que la supervisión tiene una serie de resultados beneficiosos para los supervisados, que incluyen mayor autoconciencia, conocimiento, adquisición y uso de habilidades, mayor autoeficacia, fortalecimiento de la relación entre supervisor y paciente y disminución de la ansiedad del profesional (Bambling, 2014; Bernard y Goodyear, 2019; Inman et al., 2014; Gibson et al., 2009; Holloway, 2012; Ladany e Inman, 2011; Wheeler y Richards, 2007). Sin embargo, también se ha reportado que puede tener efectos adversos, como eventos contraproducentes que se producen en la supervisión afectando la manera en que el supervisado se acerca al supervisor, dejando sin revelar información en el espacio de trabajo (Gray et al., 2001; Mehr et al., 2010). Se ha definido la supervisión dañina como una práctica de supervisión que resulta en daño psicológico, emocional y / o físico o trauma para el supervisado (Ellis et al., 2013).

Se han realizado varias revisiones sobre los efectos de la supervisión en los resultados de los procesos psicoterapéuticos (Goodyear y Rousmaniere, 2017; Milne et al, 2011; Rousmaniere et al., 2014; Watkins, 2011; Whipple et al., 2020) encontrando algunas relaciones pero con resultados contradictorios e inconcluyentes.

La definición de supervisión de la cual se parte en el Programa de Formación y Entrenamiento es la que postulan Bernard y Goodyear (2019, 2014), la cual afirma que la misma es una intervención provista por un miembro más antiguo de una profesión a un colega o colegas más jóvenes. Esta relación es evaluativa y jerárquica, se extiende en el tiempo y tiene el propósito simultáneo de mejorar el funcionamiento profesional y monitorear la calidad de los servicios profesionales ofrecidos a los pacientes. La supervisión tiene como objetivo desarrollar nuevas habilidades y conocimientos, se rige por las necesidades del supervisado particular y sus pacientes, lo que implica que cualquier trabajo con un supervisado debe ser

para aumentar la efectividad en el trabajo con los pacientes y ayudar al supervisado a desarrollar sus competencias terapéuticas.

Módulos del Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia en Acción

Formación teórica

El programa cuenta con diferentes dispositivos donde los graduados adquieren conocimiento. Hasta la fecha se han realizado distintos cursos de postgrado con variadas temáticas relacionadas con la clínica. Todos los cursos son obligatorios y con la evaluación correspondiente. Otra manera de adquirir información es la presentación de temas teóricos. Esta modalidad consiste en la elección de temas de interés de los cursantes del programa, la búsqueda bibliográfica correspondiente y guía de la misma por parte del director del programa y la presentación oral del mismo a todo el equipo. El espacio de ateneos clínicos también implica búsqueda bibliográfica y articulación de la misma con la práctica clínica. En todos los espacios se recomienda bibliografía de consulta si es necesario. Así, el tránsito por el programa requiere una lectura continua a lo largo de los dos años.

Desarrollo de habilidades y entrenamiento de competencias terapéuticas

El entrenamiento consiste en ejercitar a través de distintas actividades las habilidades, competencias e intervenciones y buscar el ajuste apropiado de estas a los pacientes.

Juego de roles

El entrenamiento en el programa implica la realización de juegos de roles, en los cuales se ilustran pacientes con distintas características y problemáticas. Uno de los graduados hace el papel de paciente y otro el de psicoterapeuta, el resto son observadores no participantes. En este ejercicio buscamos, siguiendo a Hill (2019), el desarrollo de intervenciones orientadas a la exploración, el insight y la acción. Teniendo en cuenta favorecer el ajuste de las intervenciones a las necesidades y características del paciente, es decir, fomentando la capacidad de respuesta apropiada.

Como se mencionó anteriormente, formación y entrenamiento son dos caras de la misma moneda, articular el conocimiento que se va adquiriendo y hacerlo carne es el principio rector del juego de roles. Los psicoterapeutas, a partir del ejercicio, muestran distintas maneras de hacer la misma intervención demostrando su sello personal al realizar las mismas. El juego de roles favorece la adquisición de habilidades, pero las mismas siempre van a tener la marca personal de cada uno.

Práctica deliberada

Son distintas las actividades que se han realizado para que los graduados ejerciten y mejoren sus competencias terapéuticas, por ejemplo, ante la dificultad

de realizar una devolución explicando a los pacientes en qué consiste el programa se diseñó la siguiente actividad: todos los graduados debían grabarse haciendo una devolución, las veces que ellos consideraran hasta que les salga como ellos esperaban. Luego esa grabación se trabajó con uno de los supervisores brindándole retroalimentación respecto a cómo lo habían hecho para que luego puedan realizar otra grabación teniendo en cuenta los comentarios recibidos.

La práctica deliberada mejora el rendimiento de los terapeutas, es una de las principales actividades que permiten, a partir de la retroalimentación por parte de un experto, el refinamiento de las intervenciones. El que se trabaje de manera grupal, por ejemplo, que todos los integrantes escuchen la grabación de la devolución permite también que los demás profesionales se beneficien de la actividad. Así, la formación, el juego de roles y la práctica deliberada se van articulando para un ejercicio más efectivo de nuestra práctica.

Competencias multiculturales y humildad

En el programa favorecemos el desarrollo de la humildad, pensada desde lo relacional, lo cultural y lo intelectual. Estamos continuamente facilitando el poder ponerse en el lugar del otro y en que no se realicen juicios de valor, respetando las creencias de los pacientes y de los graduados. El trabajo con la humildad habilita el pulido de las competencias culturales, aumentando los grados de conciencia de los profesionales respecto a sus prejuicios y favoreciendo intervenciones de exploración que permitan entender visiones y experiencias distintas. Se hace un trabajo en supervisión y en los ateneos clínicos sobre los prejuicios de los graduados y de los mismos supervisores, se facilita la implementación de intervenciones con sus pacientes que les permitan entender el bagaje cultural de los consultantes.

Así, otro de los componentes fundamentales que hacen que un terapeuta sea más efectivo es la toma de conciencia respecto de la diferencia entre él y los pacientes, es decir, facilitar la apertura mental del reconocimiento del otro como distinto, con valores, pensamientos y creencias diferentes, es otro requisito para un buen ejercicio de la psicoterapia. Formación, juego de roles, práctica deliberada son condiciones necesarias, pero no suficientes, ya que la falta de humildad obstaculizaría el desempeño en el ejercicio de la psicoterapia.

Psicoterapia

En este proceso se realizará una evaluación minuciosa de la persona que consulta y se ponderará si contamos con los recursos para ayudar al paciente o si tenemos que derivarlo. Si la consulta es pertinente, es decir si el motivo de consulta implica generar cambios en el paciente y que esos cambios se puedan lograr con un proceso psicoterapéutico, el mismo se orientará de una manera general a mejorar la calidad de vida del paciente teniendo en cuenta lo que le pasa y lo que espera de la psicoterapia, la motivación para el cambio, los recursos psicológicos con los que cuenta, las variables psicopatológicas y las transdiagnósticas, sus preferencias

y el contexto cultural en el cual está inmerso (Fernández-Álvarez et al., 2008). Los graduados que forman parte del programa brindan atención psicoterapéutica en distintos lugares de la ciudad de Mar del Plata. A partir de la consulta se realiza el siguiente trabajo:

Proceso de admisión

Todos los procesos de admisión cuentan con entrevistas abiertas y una entrevista donde se toman los siguientes cuestionarios:

La adaptación del Cuestionario de Resultados (OQ-45.2) de Lambert et al. (1996) realizada por Von Bergen y De la Parra (2002). La escala de resultados (ORS, Miller et al., 2003), adaptación realizada desde el proyecto de investigación mencionado anteriormente, artículo no publicado.

El Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID 5, por sus siglas en inglés) (Krueger et al., 2012).

Al finalizar la entrevista en la cual se administran los cuestionarios se le da al paciente el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II, por sus siglas en inglés) (Millon, 1999) para que lo conteste en su casa y lo traiga a la semana siguiente.

Una vez terminado el proceso de admisión, si consideramos que tenemos los recursos para brindar atención al paciente y no derivarlo, contamos con el acuerdo sobre los objetivos a alcanzar y los recursos a utilizar; y siempre que podamos con un tiempo estimado de duración del proceso terapéutico.

Proceso psicoterapéutico

Una vez terminada la evaluación inicial comenzamos con el tratamiento propiamente dicho. En la tercera y en la octava entrevista de tratamiento evaluamos si ha habido cambios desde el inicio del proceso respecto a la sintomatología presentada en la admisión y también ponderamos la alianza terapéutica. Es una evaluación que lleva no más de 20 minutos. Administramos los siguientes instrumentos:

El Inventario de Alianza de Trabajo breve - versión paciente (WAI-SR-A, por sus siglas en inglés) (Gomez Penedo et al., 2015). Esta es una adaptación de la versión abreviada del inventario de alianza de trabajo (WAI, Hatcher y Gillaspay, 2006).

La Escala de evaluación de Sesión (SRS V.3.0, por sus siglas en inglés) (Duncan et al., 2003). Adaptación realizada desde el proyecto de investigación mencionado anteriormente, artículo no publicado.

El OQ 45.2 y el ORS nombrados anteriormente.

Al finalizar el tratamiento administramos nuevamente todos los instrumentos. El PID 5 y el MCMI – II se vuelven a administrar solo si es tratamiento duró más de 15 sesiones.

Es decir, además de hacer las evaluaciones clínicas que se realizan sesión a sesión y también durante las sesiones para ir ajustando las intervenciones, realizamos un seguimiento sistemático con instrumentos que nos brindan información

objetiva sobre cómo va el progreso del paciente. Todos los pacientes tienen una ficha de admisión (Fernández-Álvarez et al., 2008) y un registro de lo que se trabaja en cada sesión del tratamiento.

Es en el ejercicio de la psicoterapia dónde los profesionales ponen a prueba todo lo que se fue trabajando en el proceso de formación y entrenamiento. Es aquí donde se ven los resultados de la formulación del caso, de los juegos de roles realizados, de la práctica deliberada y del desarrollo de las competencias multiculturales. La formación y el entrenamiento ejerce un efecto sobre el ejercicio de la psicoterapia, es decir el profesional realizará intervenciones a partir del conocimiento que fue adquiriendo y de las competencias que fue desarrollando; y el ejercicio de la psicoterapia también tendrá un efecto sobre el mismo terapeuta al ir dándose cuenta de que problemáticas le resulta más fácil trabajar, con que pacientes se siente mejor y sobre todo de sus limitaciones.

Supervisión

Siendo la supervisión clínica la estrategia de instrucción que más caracteriza la preparación de los profesionales de la salud mental (Bernard y Goodyear, 2019) es que en el programa contamos con un espacio de supervisión semanal de una hora y media. La misma se realiza en pequeños grupos. Estos van cambiando a lo largo de los dos años, es decir, todos los supervisados rotan por todos los supervisores y también van compartiendo la experiencia de supervisión con distintos compañeros. Son varios los modelos de supervisión existentes, entre ellos los basados en la teoría de la psicoterapia, los basados en el desarrollo, modelos de procesos, combinados, transteóricos de supervisión, basados en problemas y de factores comunes (Bernard y Goodyear, 2019). Sostenemos desde el programa, siguiendo a Bernard y Goodyear (2019) que el buen ejercicio de la supervisión transita por todos los modelos nombrados e intentamos la difícil tarea de no perder de vista ninguno de ellos. Es decir, en el ejercicio de esta, estamos atravesados por todos ellos debido a que tenemos en cuenta el nivel de desarrollo de los supervisados, los distintos modelos teóricos, que realizamos una supervisión basada en objetivos y atendiendo a las dificultades que tienen con los pacientes que están atendiendo, y además tenemos en cuenta los factores comunes de los distintos modelos como la relación de supervisión. Realizamos una supervisión adaptada a las características del psicoterapeuta y del paciente, basada en la retroalimentación que se brindan el supervisor y supervisado, y en la que se brindan paciente y psicoterapeuta. Según Hatcher (2015) la supervisión clínica es probablemente un lugar particularmente valioso para la capacitación en respuesta apropiada. En este sentido Friedlander (2015) sostiene que uno de los elementos destacados de la supervisión es demostrar el valor de la capacidad de respuesta al utilizarla uno mismo con los supervisados.

Comenzamos el proceso de supervisión ajustando expectativas respecto a los roles de cada uno. Indagar al inicio de la supervisión qué es lo que los supervisados esperan de la misma nos brinda elementos para una buena relación de supervisión,

nos da información respecto a si tenemos que trabajar sobre esas expectativas. Es crucial que cada uno sepa cuál es el rol que cumple en la misma. Ellis et al. (2015) encontraron que la inducción de roles es efectiva para ajustar los roles de cada uno.

También es importante que los supervisores continúen monitoreando la calidad de la relación de manera regular. Esto incluye permitir a los supervisados discutir la calidad de la relación de supervisión, tanto explícitamente como implícitamente haciendo consultas directas al respecto (Bernard y Goodyer, 2019).

Las características mencionadas recientemente en el ejercicio de la supervisión y la humildad de los supervisores (Watkins et al., 2019) entendida como una competencia de los mismos, facilitarían maximizar los beneficios de la supervisión y minimizar los posibles perjuicios de la misma.

Como mencionamos, la supervisión es la estrategia que más caracteriza la instrucción de los profesionales, es mediante el monitoreo del ejercicio de la psicoterapia que vamos evaluando el desarrollo del terapeuta y la calidad del servicio que implementa. El espacio de supervisión brinda al terapeuta el trabajo en equipo de las dudas que tiene sobre el paciente y de cómo se va sintiendo en el ejercicio de la psicoterapia. La supervisión nos permite tener información de las competencias de los terapeutas y de cuan refinadas están. El terapeuta nos brinda información de su paciente y esta es enriquecida por los resultados de los cuestionarios administrados, que nos dan de una manera más objetiva cual es su evolución. En la supervisión evaluamos las intervenciones de los profesionales, intervenciones que fueron entrenadas a partir de las actividades mencionadas anteriormente, las reforzamos cuando es pertinente o brindamos comentarios para la corrección de las mismas. Así, como sostenemos que es en el ejercicio de la psicoterapia dónde los profesionales ponen a prueba todo lo que se fue trabajando en el proceso de formación y entrenamiento, es en la supervisión donde evaluamos las habilidades y competencias de los psicoterapeutas.

Aunque algunas de las recomendaciones para una supervisión que favorezca el desarrollo de competencias terapéuticas son la observación directa (en vivo o en video) de las competencias demostradas para proporcionar retroalimentación precisa (Falender y Shafranske, 2014; O'Donovan et al., 2011); y que hay investigaciones con buenos resultados sobre métodos de capacitación que brindan retroalimentación basada en video para mejorar las competencias terapéuticas (Miller et al., 2004; Weck et al., 2017), es un recurso que todavía no utilizamos.

Seguimiento de los Psicoterapeutas

A lo largo de la formación y el entrenamiento realizamos un seguimiento de los terapeutas aplicando continuamente evaluaciones de proceso, en el día a día. Pedimos información verbal sobre cómo se van sintiendo, sobre qué cosas necesitan y qué deberíamos cambiar para que todo funcione mejor. Además, los cursos que realizan tienen su evaluación correspondiente.

Utilizamos tres escalas para evaluar a los terapeutas, una que pondera la

autopercepción de habilidades terapéuticas, otra que evalúa el estilo personal del terapeuta y otra que mide la relación de supervisión. Las administramos cada cuatro meses. Las escalas son: Counselor Activity Self-Efficacy Scales (Lent et al., 2003), utilizamos la adaptación a nuestro contexto (Santangelo et al., n.d., artículo no publicado); la Short Version of the Supervisory Relationship Questionnaire S-SQR (Cliffe et al., 2016), utilizamos la adaptación a nuestro contexto (Santangelo y Conde, en prensa) y El Estilo Personal del Terapeuta EPT-C (Fernández-Álvarez y García, 1998).

Sintetizando, realizamos un seguimiento de todos los pacientes como de todos los psicoterapeutas en formación.

Conclusión

El Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia de la Facultad de Psicología, UNMDP, sigue los lineamientos de la psicoterapia basada en la evidencia, sostenemos que la formación continua y el entrenamiento de competencias es fundamental para mejorar los resultados de la psicoterapia. Como comentamos anteriormente, no alcanza con leer información actualizada para ser un terapeuta efectivo, sino que además requiere de un entrenamiento que implica el juego de roles, el trabajo con viñetas, la escucha de sesiones, la formulación de casos y presentación de los mismos, la práctica deliberada y fundamentalmente la supervisión clínica. A su vez, cualquier dispositivo que intente formar y entrenar terapeutas debe incluir procesos de evaluación de los profesionales. Esta evaluación implicaría evaluar los contenidos a partir de los exámenes de los cursos y de la presentación de casos en los ateneos; una evaluación de competencias terapéuticas que se realiza en los juegos de roles, en la práctica deliberada y en la supervisión; evaluación de habilidades terapéuticas a partir de instrumentos objetivos y finalmente, la evaluación más importante, que es la que brindan los pacientes a partir de la administración de cuestionarios que evalúan los resultados de la psicoterapia.

Referencias

- Anderson, T., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., y McClintock, A. S. (2019). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 659-675. <https://doi.org/10.1002/jclp.22911>
- Bambling, M. (2014). Creating positive outcomes in clinical supervision. En C. E. Watkins y D. L. Milne (eds.), *The Wiley International Handbook of Clinical Supervision* (pp. 445-457). WileyBlackwell.
- Bernard, J. M. y Goodyear, R. K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5ª ed.). Allyn & Bacon.
- Bernard, J. M. y Goodyear, R. K. (2019). *Fundamentals of clinical supervision* (6ª ed.) Pearson.
- Beutler, L. E. y Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. Oxford University Press on Demand.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J. y Beutler, L. E. (2019). *Principles of Change: How Psychotherapists Implement Research in Practice*. Oxford University Press.
- Chow, D. (2017). The practice and the practical: Pushing Your clinical Performance to the next level. En D. S. Prescott, C. L. Maeschalck y S. D. Miller (eds.), *Feedback-informed treatment in clinical practice: Reaching for excellence* (pp. 323-355). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000039-017>

- Chu, J., Leino, A., Pflum, S. y Sue, S. (2016). A model for the theoretical basis of cultural competency to guide psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(1), 18–29. <https://doi.org/10.1037/pro0000055>
- Chui, H., Hill, C. E., Ain, S., Ericson, S., Del Pino, H. G., Hummel, A., Merson, E. S. y Spangler, P. T. (2014). Training undergraduate students to use challenges. *The Counseling Psychologist*, 42(6), 758-777. <https://doi.org/10.1177%2F0011000014542599>
- Cliffe, T., Beinart, H. y Cooper, M. (2016). Development and validation of a short version of the Supervisory Relationship Questionnaire. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(1), 77-86. <https://doi.org/10.1002/cpp.1935>
- Consoli, A. J., Fernández-Álvarez, H. y Corbella, S. (2016). The Training and Development of Psychotherapists: A Life- Span Perspective. En A. J. Consoli, L. E. Beutler y B. Bongar (eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 462-479). Oxford University Press.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J. y Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of brief Therapy*, 3(1), 3-12.
- Eells, T. D. (2015). *Theories of psychotherapy. Psychotherapy case formulation*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14667-000>
- Ellis, M. V., Berger, L., Hanus, A. E., Ayala, E. E., Swords, B. A. y Siembor, M. (2013). Inadequate and harmful clinical supervision: Testing a revised framework and assessing occurrence. *The Counseling Psychologist*, 42(4), 434–472. <https://doi.org/10.1177/0011000013508656>
- Epstein, R. M. y Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Journal of the American Medical Association*, 287(2), 226–235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
- Falender, C. A. y Shafranske, E. P. (2014). *Clinical supervision: A competency-based approach*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10806-000>
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *Integración y salud mental: el proyecto Aiglé, 1977-2008*. Desclee de Brouwer.
- Fernández-Álvarez, H. (2016). Reflections on supervision in psychotherapy. *Psychotherapy research*, 26(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014009>
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. En S. Gril, A. Ibáñez, I. Mosca y P. L. R. Sousa (eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Educat.
- Fernández-Álvarez, H., Kirszman, D. y Vega, E. (2008) en Fernández-Álvarez, H. (Ed.). (2008). *Integración y salud mental: el proyecto Aiglé, 1977-2008*. Desclee de Brouwer
- Friedlander, M. L. (2015). Use of relational strategies to repair alliance ruptures: How responsive supervisors train responsive psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(2), 174-179. <https://doi.org/10.1037/a0037044>
- Gibson, J. A., Grey, I. M. y Hastings, R. P. (2009). Supervisor support as a predictor of burnout and therapeutic self-efficacy in therapists working in ABA schools. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1024–1030. <https://doi.org/10.1007/s10803009-0709-4>
- Gomez Penedo, J. M., Waizmann, V. y Roussos, A. J. (2015). Propiedades psicométricas de la adaptación argentina del Inventario de Alianza de Trabajo breve - versión paciente. *Investigaciones en Psicología*, 20(1), 49-62.
- Gray, L. A., Ladany, N., Walker, J. A. y Ancis, J. R. (2001). Psychotherapy trainees’ experience of counter-productive events in supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 371–383– 383. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.4.371>
- Goodyear, R. K. y Rousmaniere, T. (2017). Helping therapists to each day become a little better than they were the day before: The Expertise-Development model of supervision and consultation. En T. Rousmaniere, S. D. Miller, R. K. Goodyear y B. E. Wampold (eds.), *Supervision from competence to expertise: Using deliberate practice for career-long professional development* (pp. 67-95). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119165590.ch4>
- Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist*, 70(8), 747–757. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039803>
- Hatcher, R. L. y Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised Short Version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-15. <https://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Hill, C. E. (2014). *Helping skills: Facilitating exploration, insight and action* (4ª ed.). American Psychological Association.
- Hill, C. E. (2019). *Helping skills: Facilitating exploration, insight and action* (5ª ed.). American Psychological Association.
- Hill, C. E. y Knox, S. (2013). Training and Supervision in Psychotherapy. En M. J. Lambert (eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.775-812). John Wiley & Sons.

- Hook, J. N., Davis, D., Owen, J. y DeBlaere, C. (2017). *Cultural humility: Engaging diverse identities in therapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000037-000>
- Holloway, E. L. (2012). Professional competence in supervision. En J. N. Fuertes, A. Spokane y E. L. Holloway (eds.), *The professional competencies in counseling psychology* (pp. 165–181). Oxford University Press.
- Inman, A. G., Hutman, H., Pendse, A., Devdas, L., Luu, L. y Ellis, M. V. (2014). Current trends concerning supervisors, supervisees, and clients in clinical supervision. En C. E. Watkins y D. Milne (eds.), *Wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 61–102). Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/9781118846360.ch4>
- Jackson, J., Hill, C. E., Spangler, P. T., Ericson, S., Merson, E., Liu, J., Wydra, M. y Reen, G. (2014). Training undergraduate students to use interpretation. *The Counseling Psychologist*, 42(6), 778-799. <https://doi.org/10.1177/0011000014542600>
- Kramer, U. E. (2019). *Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual client*. Elsevier Academic Press.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. y Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(9), 1879-1890. <https://dx.doi.org/10.1017%2FS0033291711002674>
- Ladany, N. e Inman, A. G. (2011). Training and supervision. En E. Altmaier y J. C. Hansen (eds.), *Oxford handbook of counseling psychology* (pp. 179–207). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342314.013.0007>
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umpruss, V., Lunnen, K., Okiishi, J. y Burlingame, G. M. (1996). *Administration And Scoring Manual for the OQ45.2*. American Professional Credentialing Services LLC.
- Lent, R. W., Hill, C. E. y Hoffman, M. A. (2003). Development and validation of the Counselor Activity Self-Efficacy Scales. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 97-108. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.97>
- Mackrill, T. e Iwakabe, S. (2013). Making a case for case studies in psychotherapy training: A small step towards establishing an empirical basis for psychotherapy training. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(3-4), 250-266. <https://doi.org/10.1080/09515070.2013.832148>
- Mehr, K. E., Ladany, N. y Caskie, G. I. L. (2010). Trainee nondisclosure in supervision: What are they not telling you? *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(2), 103–113. <https://doi.org/10.1080/14733141003712301>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A. y Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. y Duncan, B. L. (2007). Supershrinks: Learning from the field's most effective practitioners. *Psychotherapy Networker*, 31(6), 26–35, 56.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J. y Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1050–1062. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1050>
- Millon, Th. (1999). MCMII-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon. Manual. (2ª edición Revisada). TEA.
- Milne, D., Sheikh, A., Pattison, S. y Wilkinson, A. (2011). Evidence-based training for clinical supervisors: A systematic review of 11 controlled studies. *The Clinical Supervisor*, 30(1), 53–71. <https://doi.org/10.1080/07325223.2011.564955>
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- O'Donovan, A., Halford, W. K. y Walters, B. (2011). Towards best practice supervision of clinical psychology trainees. *Australian Psychologist*, 46(2), 101–112. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2011.00033.x>
- Paine, R. P., Sandage, S. J., Rupert, D., Devor, N. G. y Bronstein, M. (2015). Humility as a psychotherapeutic virtue: Spiritual, philosophical, and psychological foundations. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 17(1), 3–25. <https://doi.org/10.1080/19349637.2015.957611>
- Rousmaniere, T. (2016). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315472256>
- Rousmaniere, T. (2019). *Mastering the Inner skills of psychotherapy: A deliberate practice manual*. Gold Lantern Books.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D. y Wampold, B. E. (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119165590>
- Rousmaniere, T. G., Swift, J. K., Babins-Wagner, R., Whipple, J. L. y Berzins, S. (2014). Supervisor effects on client outcome in routine practice. *Psychotherapy Research*, 26(2), 196–205. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.963730>

- Santangelo, P. R. y Conde, K. (en prensa). Relación de Supervisión: Adaptación de la escala S-SQR en Psicoterapeutas Argentinos.
- Santangelo, P. R., Curatti, J. y Vanni, V. (n.d.). Habilidades de Ayuda: Adaptación de la escala CASES en Psicólogos Argentinos (artículo no publicado).
- Soto, A., Smith, T. B., Griner, D., Rodríguez, M. A. y Bernal, G. (2019). Cultural Adaptations and Multicultural Competence. En J. C. Norcross y W. Wampold (eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 2: Evidence-based therapist contributions* (pp. 86-132). Oxford University Press.
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 86-91. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01148.x>
- Stiles, W. B. (2013). The variables problem and progress in psychotherapy research. *Psychotherapy*, 50(1), 33-41. <https://doi.org/10.1037/a0030569>
- Von Bergen, A. y de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Terapia psicológica*, 20(2), 161-176.
- Wampold, B. E. (2017). What Should We Practice?: A Contextual Model for How Psychotherapy Works. 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. 49-65). Wiley.
- Watkins, C. E. (2011). Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering thirty years of research. *The Clinical Supervisor*, 30(2), 235-256. <https://doi.org/10.1080/07325223.2011.619417>
- Watkins, C. E., Hook, J. N., Mosher, D. y Callahan, J. L. (2019). Humility in clinical supervision: Fundamental, foundational, and transformational. *The Clinical Supervisor*, 38(1), 58-78. <https://doi.org/10.1080/07325223.2018.1487355>
- Watkins, C. E. y Mosher, D. K. (2020). Psychotherapy trainee humility and its impact: Conceptual and practical considerations. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50, 187-195. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09454-8>
- Weck, F., Kaufmann, Y. M. y Höfling, V. (2017). Competence feedback improves CBT competence in trainee therapists: a randomized controlled pilot study. *Psychotherapy Research*, 27(4), 501-509. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1132857>
- Wheeler, S. y Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counselors and therapists, their practice and their clients: A systematic review of the literature. *Counselling & Psychotherapy Research*, 7(1), 54-65. <https://doi.org/10.1080/14733140601185274>
- Whipple, J., Hoyt, T., Rousmaniere, T., Swift, J., Pedersen, T. y Worthen, V. (2020). Supervisor Variance in Psychotherapy Outcome in Routine Practice: A Replication. *SAGE Open*, 10(1). <https://doi.org/10.1177%2F2158244019899047>