

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**Trabajo Final Integrador**

Título: Las dificultades al implementar por primera vez el modelo de terapia cognitivo  
conductual

Alumna: Cosentino, Mayra

Tutora: Bordón, Giselle

Buenos Aires, 13 de diciembre de 2021

## ÍNDICE

<b>1. Introducción.....</b>	<b>03</b>
<b>2. Objetivos .....</b>	<b>03</b>
2.1. Objetivo General.....	03
2.2. Objetivos Específicos .....	03
<b>3. Marco Teórico .....</b>	<b>04</b>
3.1. Historia de la terapia cognitivo conductual .....	04
3.2. Características de la terapia cognitivo conductual .....	10
3.3. Intervenciones en terapia cognitivo conductual .....	12
3.4. Formación de terapeutas en terapia cognitivo conductual.....	17
3.5. Dificultades al implementar la terapia cognitivo conductual .....	20
3.6. Herramientas para afrontar las dificultades al implementar la terapia cognitivo conductual .....	24
<b>4. Metodología.....</b>	<b>27</b>
4.1. Tipo de Estudio.....	27
4.2. Participantes.....	28
4.3. Instrumentos .....	28
4.4. Procedimiento .....	29
<b>5. Desarrollo .....</b>	<b>29</b>
5.1. Determinar las dificultades que enfrentan los terapeutas que se encuentran realizando un posgrado en una institución de formación en terapias cognitivas contemporáneas para implementar el modelo de terapia cognitiva conductual por primera vez en los tratamientos que llevan a cabo .....	29
5.2. Analizar las herramientas brindadas por una institución de formación en terapias cognitivas contemporáneas a los terapeutas que se encuentran cursando un posgrado para implementar el modelo de terapia cognitiva conductual por primera vez y afrontar las dificultades que esto conlleva.....	35
5.3. Indagar cómo son utilizadas las herramientas brindadas por una institución de formación en terapias cognitivas contemporáneas a la hora de implementar el modelo de terapia cognitiva conductual y afrontar las dificultades que esto conlleva por los terapeutas que se encuentran realizando dicha formación.....	40
<b>6. Conclusiones .....</b>	<b>44</b>
<b>7. Referencias .....</b>	<b>51</b>

## **1. Introducción**

El Trabajo de Integración Final que se propone realizar surge en el contexto de una práctica profesional brindada por la Universidad de Palermo para la carrera de Psicología. Dicha práctica se realiza en una institución que brinda formación, asistencia, prevención e investigación en salud mental desde la psicología cognitiva. Esta institución cuenta con un equipo de psiquiatras y psicólogos especializados en diversos trastornos y terapias dentro del modelo de psicología cognitiva, integrando los diversos equipos que la componen. Sus prácticas clínicas se fundamentan en la investigación y sus terapias se encuentran basadas en la evidencia. A su vez, sus alumnos de posgrado integran un equipo de atención a la comunidad de menores recursos como parte de su formación, contando con la guía y el respaldo de terapeutas más experimentados.

En este trabajo se propone indagar acerca de las dificultades que afrontan estos alumnos al implementar por primera vez el modelo de terapia cognitiva conductual y cuáles son las herramientas que la institución les brinda para poder llevarlo a cabo. Se selecciona esta temática debido al interés que genera cómo los alumnos que se reciben de la licenciatura en psicología enfrentan por primera vez el tratamiento de pacientes al implementar un modelo de terapia de tipo cognitivo conductual, cuáles son las dificultades más comunes a las que se enfrentan y cómo las resuelven. Este interés surge debido a la falta de formación práctica en el ámbito de la psicología clínica a lo largo de la licenciatura tal como es instruida por las universidades de Argentina, a diferencia de lo que ocurre con otras carreras tales como psiquiatría, o bien con la carrera de psicología en otros países, que cuentan con una cierta cantidad de años destinados a la realización de prácticas dentro de lo que se conoce como residencias. A esto se suma la cantidad reducida de información existente en Latinoamérica acerca de cómo formar terapeutas que se encuentren atravesando la transición entre la universidad y el consultorio, las dificultades que enfrentan y cómo hacerles frente.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Determinar las dificultades que enfrentan los terapeutas que se encuentran realizando un posgrado en los tratamientos basados en el modelo de terapia cognitiva conductual y analizar las herramientas con las que cuentan para afrontarlas.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Determinar las dificultades que enfrentan los terapeutas que se encuentran realizando un posgrado en una institución de formación en terapias cognitivas contemporáneas para implementar el modelo de terapia cognitiva conductual por primera vez en los tratamientos que llevan a cabo.

2. Analizar las herramientas brindadas por una institución de formación en terapias cognitivas contemporáneas a los terapeutas que se encuentran cursando un posgrado para implementar el modelo de terapia cognitiva conductual por primera vez y afrontar las dificultades que esto conlleva.

3. Indagar cómo son utilizadas las herramientas brindadas por una institución de formación en terapias cognitivas contemporáneas a la hora de implementar el modelo de terapia cognitiva conductual y afrontar las dificultades que esto conlleva por los terapeutas que se encuentran realizando dicha formación.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1. Historia de la terapia cognitivo conductual**

Dentro del modelo de terapia cognitivo conductual se han desarrollado diversos abordajes a través de distintas generaciones u “olas”, conformando a partir de las mismas un modelo integrativo que reúne diversos modelos específicos de tratamiento (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2017). De esta forma, se plantea que la primera generación se originó a principios del siglo XX, compuesta por las terapias de la conducta de la mano de los psicólogos conductistas, quienes se oponían a los modelos mentales de la época tales como el planteado por el psicoanálisis (Mañas, 2007). De acuerdo a este autor, esta primera generación surge a partir de los planteos realizados por Watson, padre del conductismo, y por Skinner, con su conductismo radical. Así, el foco se encontraba en el análisis aplicado del comportamiento, como una alternativa basada en principios y leyes que pudieran ser comprobados científicamente, utilizando variables que fuesen observables (Mañas, 2007). De acuerdo a lo planteado por Gardner (1985), los conductistas consideraban toda la actividad psíquica como reducible al conjunto de conductas que el humano realiza, por lo cual no había necesidad de acudir a misteriosas entidades mentales para poder explicarla. Este tipo de terapias abarcó los principios del condicionamiento y el aprendizaje, cuyos paradigmas planteaban, por un lado, el condicionamiento clásico de Pavlov y, por el otro, el condicionamiento operante de Skinner (Pérez Álvarez, 2006). A partir del primero, se desarrollarían técnicas como la planteada por Wolpe de desensibilización sistemática y la de exposición de Eysenck, las cuales responden al esquema de E-R (estímulo-respuesta). Por otro lado, a partir del segundo paradigma, se suma

a este esquema aquel estímulo que sigue a la respuesta, es decir, la consecuencia, surgiendo de esta forma las técnicas operantes (Pérez Álvarez, 2006). De este modo, la conducta dependía completamente del medio, el cual tenía un poder determinante sobre los actos de las personas (Gardner, 1985).

En 1948 se celebró, en septiembre, el simposio de Hixon en el cual se proponía tratar la temática acerca de cómo el sistema nervioso controla la conducta (Gardner, 1985). En el mismo, el matemático Von Neumann realizó una analogía entre el cerebro y la computadora, la cual había sido recientemente inventada. A su vez, McCulloch y Pitts comenzaron un debate acerca de cómo el cerebro procesaba la información, proponiendo diversos paralelismos entre el sistema nervioso y los procedimientos lógicos a partir de su modelo de la neurona (Gardner, 1985). Finalmente, el psicólogo Lashley se opuso al modelo predominante de la época, expresando que este había dejado de lado aspectos de suma importancia, entre los cuales se encontraban las conductas organizadas complejas, como jugar al tenis o expresarse en cualquier lenguaje, ya que el esquema E-R no era capaz de explicar ningún tipo de conducta ordenada en forma secuencial, siendo necesario recurrir a organizaciones jerárquicas internas para poder explicarlas (Gardner, 1985). Por otra parte, en 1956 se realizaron las Jornadas sobre la Teoría de la Información en el Massachusetts Institute of Technology (MIT), a lo largo de las cuales se presentaron Chomsky, Newell, Simon y Miller (Miller, 2003). De acuerdo a este autor, Chomsky desarrolló un modelo de gramática generativo-transformacional a partir del uso de la teoría de la información, planteando que cualquier explicación cognitiva debe encontrarse basada sobre representaciones simbólicas. Gardner (1985), a su vez, agrega que en esa jornada Chomsky fue capaz de demostrar que el lenguaje posee todas las precisiones formales de la matemática. Por otra parte, Newell y Simon presentaron su “máquina lógica”, utilizada para simular el razonamiento humano a partir de una partida de ajedrez, siendo el primer teorema en ser comprobado en una computadora (Gardner, 1985; Miller, 2003). Finalmente, Miller expone en esta jornada que la memoria de corto plazo posee una capacidad limitada compuesta por aproximadamente siete ítems (Miller, 2003). Miller instaura de esta forma la fecha en la cual nacen las ciencias cognitivas, constituyéndose así una revolución cognitiva (Gardner, 1985; Miller, 2003). Esta primera revolución llevó a plantear la mente como un dispositivo de procesamiento de la información, asemejándose a modelos de pensamiento computacionales (Harré, 2009).

Sin embargo, en los 80 comienza a hacerse notar la necesidad de realizar modificaciones al nuevo paradigma, sumando aspectos que habían sido dejados de lado como, por ejemplo, la influencia de los elementos sociales (Harré, 2009). Este autor utiliza al

lenguaje como un claro ejemplo de aquello que se estaba dejando de lado, planteando que la concepción de la mente debe incluir aspectos históricos, culturales, interpersonales y contextuales, ya que no puede ser definida en aislamiento. Los seres humanos no piensan como dispositivos computacionales abstractos, sino que utilizan sistemas simbólicos de diversos tipos que, a su vez, dependen del contexto (Harré, 1994). En relación a esto, Bruner va a exponer que la necesidad de reorientar la revolución cognitiva se da debido a que las reglas que rigen la mente humana incluyen obligatoriamente aspectos contextuales y culturales, agregando que cualquier práctica humana debe, a su vez, incluir la intencionalidad con la que es realizada, la cual vincula a la emoción además del contexto (Martel Jhonson & Erneling, 1997). De este modo, luego de haber sido deslumbrados por los avances obtenidos a partir de las nuevas tecnologías, comenzó un período de reflexión crítica que cuestionaba el uso del modelo computacional como la clave para explicar los comportamientos humanos (Fernández Álvarez, 1988). De acuerdo a este autor, uno de los principales críticos fue Neisser, quien planteaba la necesidad de que existiera una validación ecológica de los enunciados que dicha revolución proponía, ya que no eran capaces de describir de forma efectiva y concreta los hechos de la vida cotidiana. A esto se sumaba la incapacidad de los modelos de procesamiento de la información para dar cuenta de cómo los seres humanos operan, siendo que, a diferencia de las computadoras, los humanos despliegan conductas recursivas y procesan la información recibiendo influencias de las esferas sociales (Fernández Álvarez, 1988). Así, Neisser y Riviere van a proponer alternativas al modelo de procesamiento de la información existente, prestando especial atención a la capacidad de los seres humanos para autoprogramarse y anticiparse (Fernández Álvarez, 1988). Finalmente, este autor va a plantear que otros como Bandura van a proponer la importancia de los aspectos sociales como determinantes de la conducta, formulando modelos cognitivo-sociales que integran aspectos personales, contextuales y cognitivos.

Puede decirse entonces que a partir de la primera revolución cognitiva se produce un impacto en diversas áreas académicas de modo que surgen las seis ciencias cognitivas, las cuales son la filosofía, las neurociencias, la inteligencia artificial, la lingüística, la antropología y la psicología (Gardner, 1985). En cuanto a esta última, la misma es definida por Hoffman y Deffenbacher (1992) como el área de estudio que utiliza métodos y teorías experimentales con el objetivo de obtener un entendimiento científico acerca de los fenómenos cognitivos y cómo se relacionan con la experiencia y comportamiento humanos en sus diversas áreas de funcionamiento. Estos autores marcan el nacimiento de la psicología cognitiva a partir del escrito de Neisser, *Psicología Cognitiva*, en el año 1967. Fernández

Álvarez (1988) va a plantear que la psicología cognitiva va a reaccionar ante el reduccionismo del conductismo planteando la necesidad de centrar una vez más el estudio del sujeto dentro del ámbito de la psicología. De este modo, el sujeto volvería a ocupar un lugar central y un rol activo, pasando de ser sometido a las exigencias del medio para volverse capaz de influir y modificar ese mismo medio de acuerdo a su voluntad, donde sus actos construyen realidades (Fernández Álvarez, 1988). En el área clínica de la psicología cognitiva, Aaron Beck va a desarrollar en la década del 60 la terapia cognitiva como una alternativa para el tratamiento de los pacientes depresivos (Beck, 1995). Este tipo de terapia se pensó como una alternativa estructurada y breve, centrada en las problemáticas que el paciente presentaba y destinada a resolver esos problemas actuales modificando el pensamiento y las conductas disfuncionales (Beck, 1995). De acuerdo a Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), la terapia cognitiva se trata de un procedimiento activo, directivo y estructurado que cuenta con un tiempo limitado destinado a realizar diversos cambios psiquiátricos. Esta terapia tiene como supuesto teórico base que tanto los efectos como las conductas de los pacientes se encuentran determinados en gran parte por la forma en que los mismos estructuran el mundo, basando sus cogniciones tanto en actitudes como en supuestos que desarrollan a partir de experiencias previas. De esta forma, Beck et al. (1983) plantean que las técnicas que serán utilizadas dentro de este modelo de terapia se encontrarán encaminadas a identificar y modificar las cogniciones distorsionadas junto con las falsas creencias, pertenecientes a los esquemas que son el soporte de dichas cogniciones. El terapeuta cognitivo entonces va a asistir al paciente para que él mismo pueda modificar su forma de pensar y actuar para hacerlo de un modo más realista y adaptativo, sirviéndose de una amplia gama de técnicas cognitivas (Beck et al., 1983).

A partir de este modelo de terapia, otros autores comienzan a adaptar diversas formas de la misma, de modo que fuese aplicable a un mayor conjunto de trastornos psiquiátricos y poblaciones, manteniendo siempre sus postulados teóricos (Beck, 1995). Así, en el año 1955, Ellis va a crear la terapia racional emotiva (RET) basándose en un conjunto de supuestos que giran en torno a la fluidez y la complejidad de la existencia humana tales como los objetivos, propósitos y la racionalidad, el énfasis en lo humanístico, la interacción entre procesos psicológicos y la cognición, diversas tendencias biológicas básicas y diferentes perturbaciones humanas fundamentales (Ellis & Dryden, 1987). La RET utiliza una estructura muy simple para conceptualizar los problemas psicológicos de los consultantes, a la cual denominan "ABC". De acuerdo a este esquema, la "A" refiere al acontecimiento desencadenante/activador, la "B" refiere a lo que la persona cree de dicho acontecimiento y la "C" refiere a las respuestas tanto emocionales como conductuales que se derivan a partir de

las creencias explayadas en “B” (Ellis & Dryden, 1987). Este tipo de esquemas tenían como principal ventaja su simplicidad, aunque ésta, a su vez, es su mayor desventaja a la hora de diferenciar los tipos de actividad cognitiva (Ellis & Dryden, 1987).

De esta forma, y a modo de resumen, puede decirse que la primera ola va a tratarse entonces de una generación marcada por la terapia de la conducta, basada principalmente en los procesos de aprendizaje como un modo de abordar las problemáticas que presentan los pacientes a través de, por ejemplo, la desensibilización sistemática. Mientras que, por otro lado, la segunda generación va a añadir a la terapia de la conducta elementos pertenecientes al modelo cognitivo, a partir del cual la terapia deja de basarse sólo en los procesos de aprendizaje, sumando a estos otras fuentes de otras áreas alternativas al modelo E-R (Diaz et al., 2017). Así, en 1970 comienza a hablarse de un tipo de terapia que era capaz de evaluar sus resultados del mismo modo en que lo hacía la terapia conductual, lo que luego produjo un giro en esta última, legitimando los aspectos cognitivos dentro de una terapia de la conducta, pudiendo hablar así de la terapia cognitivo-conductual (Pérez Álvarez, 2006). La convergencia entre la terapia cognitiva y los métodos conductistas se dio casi de forma natural, como el resultado de un movimiento integrativo que buscaba unir diversos aspectos de las psicoterapias (Fernández Álvarez & Fernández Álvarez, 2017). De acuerdo a estos autores, las técnicas comportamentales y, específicamente la exposición, se convirtieron casi inmediatamente en elementos centrales de los tratamientos que se realizaban a partir de la terapia cognitiva, que luego pasaría a ser conocida como TCC, por sus siglas. De esta forma fueron resurgiendo diversos componentes de las terapias comportamentales que habían sido opacados por el surgimiento de las revoluciones cognitivas (Fernández Álvarez & Fernández Álvarez, 2017). Actualmente, nos encontramos en la tercera generación de la TCC donde se pone el énfasis en la función que cumplen los pensamientos (Mias, 2018). Hayes y Hofmann (2017) plantean que esta tercera generación surge hace un poco más de 13 años, añadiendo a los conceptos relacionados a aspectos conductuales y cognitivos de otras generaciones, aquellos que provenían del contexto y las emociones del sujeto, sacando el foco del contenido. Las estrategias implementadas por esta nueva generación hacen uso de nuevos métodos tales como el mindfulness, la aceptación, las emociones, las relaciones, las metas y los valores, lo que no significa que los aportes realizados por las generaciones anteriores se hayan perdido, sino que los nuevos conceptos, estrategias, métodos, intervenciones y técnicas se han integrado a los planteados en la primera y segunda generación, formando parte actualmente de la tradición de forma permanente.

En Argentina la psicología ocupa un lugar muy importante a nivel cultural, contando con una gran cantidad de psicólogos en relación a la cantidad de habitantes del país. La misma se convierte en una carrera universitaria en el año 1956 en Rosario, siendo el psicoanálisis la corriente que mayor impacto tuvo. Es debido a esto que se plantea que el mismo se encuentra íntimamente ligado con la historia del desarrollo de la TCC en Argentina (Enciclopedia Argentina de Salud Mental, 2018). De la mano de la corriente psicoanalítica, los psicólogos fueron capaces de ocupar cada vez más puestos en diversos ámbitos de la salud mental que, hasta ese momento, habían sido ocupados por doctores. Por otra parte, cuando en los años 70 el análisis de la conducta comenzó a llegar a Latinoamérica, los sectores académicos del país criticaron fuertemente esta nueva corriente, debido a que consideraban que la misma se encontraba asociada a los sistemas capitalistas (Enciclopedia Argentina de Salud Mental, 2018). Debe tenerse en cuenta que en esa época Argentina se encontraba atravesando una de las peores dictaduras militares de su historia. Cuando finalmente se vuelve a la democracia, comienzan a surgir diversas corrientes alternativas dentro de la psicología y la psiquiatría, aunque manteniendo al psicoanálisis en el centro de la escena (Enciclopedia Argentina de Salud Mental, 2018). Es entre la década del 70 y el 80 cuando algunos de los profesionales pertenecientes al campo de la psicología comienzan a interesarse por modelos con orientación cognitiva (Korman & Sarudiansky, 2008). De esta forma, estos autores plantean que, en los 80, Fernández Álvarez y su fundación, a la cual llama Aiglé, traen estos modelos a colación, al mismo tiempo que Baringoltz crea el Centro de Terapia Cognitiva en 1988. Comienza de esta forma un proceso de cambio en la psicología en Argentina, empezando por las instituciones privadas que se oponían al modelo hegemónico del momento, las cuales comenzaron a crear programas de posgrado y especializaciones propias en TCC (Enciclopedia Argentina de Salud Mental, 2018). Este modelo comienza a expandirse aún más en los 90, a partir de una revolución cognitiva que se dio tanto en lo académico como en el sistema de salud público y privado. Es a partir de ese año que comienzan a darse las primeras jornadas nacionales donde se harían presentaciones para tratar este modelo de terapia, buscando su identidad teórica y posicionamiento institucional (Enciclopedia Argentina de Salud Mental, 2018). Así, la TCC ingresaría dentro de los programas de formación de las universidades nacionales llegando, por ejemplo, a instalarse en la Universidad de Buenos Aires a cargo de Eduardo Keegan (Korman & Sarudiansky, 2008). Esto se vio replicado en las universidades e instituciones tanto privadas como públicas de todo el país y en el ámbito científico, realizándose diversas investigaciones mayoritariamente dentro del ámbito privado (Enciclopedia Argentina de Salud Mental, 2018).

### **3.2. Características de la terapia cognitivo conductual**

La TCC cuenta con aproximadamente 60 años como una orientación específica de intervención en salud mental (Díaz et al., 2017). De acuerdo a lo planteado por estos autores, en las últimas décadas, la TCC se ha convertido en la orientación psicoterapéutica que ha recolectado la mayor cantidad de evidencia empírica y experimental respecto a su efectividad en una gran diversidad de trastornos y problemas pertinentes a la salud mental. Es debido a esto que, según Pérez Álvarez (2006), este modelo de terapia es el que actualmente se encuentra más representado en el ámbito clínico. No obstante, la TCC no se encuentra aún sustentada con una base de principios teórico-conceptuales y técnicas que estén consensuados de forma generalizada (Díaz et al., 2017). De acuerdo a Londoño Salazar (2017), el modelo de TCC surge a partir de la integración resultante entre dos modelos de psicología diferentes, el modelo cognitivo y el modelo conductual. Según el mismo, la unión de ambos modelos da como resultado un enfoque que se centra en el aquí y ahora, trabajando mediante el cambio conductual, cognitivo y emocional, basándose en las conexiones subjetivas y conductuales de las diversas creencias, sentimientos y acciones del paciente. Este enfoque plantea un abordaje que se destaca por tener una perspectiva de resolución de problemas acotada a un tiempo limitado, el cual se organiza a partir del planteo de objetivos específicos, que se fijan junto con el consultante y a partir de la indagación e identificación de aquellos pensamientos, comportamientos, creencias o emociones que dificultan el desarrollo de la vida cotidiana de los consultantes (Del Mónaco, 2020).

Este tipo de terapia comprende a las cogniciones, es decir las creencias, los pensamientos, las atribuciones y las expectativas, como las causas de aquellos problemas conductuales y emocionales que presentan los pacientes (Pérez Álvarez, 2006). A su vez, este autor explica que cada trastorno va a presentar un tipo de déficit cognitivo característico que va a requerir un tipo de tratamiento específico. La TCC, entonces, va a sostener que las cogniciones de los seres humanos se encuentran organizadas dentro de una estructura jerárquica coherente, lógica y accesible a través de la conciencia (Leder, 2016). Este autor va a decir que el contenido específico de las cogniciones (pensamientos automáticos) se compone por un contenido que es aún más general (esquemas). De este modo, cuando los consultantes son capaces de identificar los pensamientos automáticos, se puede acceder a los esquemas que subyacen estos pensamientos, para ser desafiados y, de esta forma, ser susceptibles de ser modificados (Leder, 2016). La TCC implementa con este fin una serie de técnicas que se centran en el cambio por contingencias o de primer orden, que se centran en la

modificación de los eventos cognitivos que, a su vez, influyen en el comportamiento (Mañas, 2007).

La TCC va poner el énfasis en el rol activo y directivo que ocupa el terapeuta, de modo que es este quien decide cuál será la dirección que se tomará en la terapia, proponiendo aquellas tareas que considere necesarias a realizar dentro de la sesión y marcando cuáles son las estrategias que serán utilizadas a lo largo de la terapia (Whitfield & Davidson, 2007). Sin embargo, esto no significa que el consultante quede en un rol pasivo, sino que tanto el terapeuta como el consultante trabajarán en conjunto dentro de lo que se denomina una alianza terapéutica, en la cual ambos podrán sugerir aquellos aspectos que consideren importantes discutir en los encuentros a realizar, los cuales serán acordados al principio de cada sesión. De acuerdo a Whitfield y Davidson (2007), de esta manera se creará una agenda planificada de las sesiones que le brindará una estructura a las mismas y que se encontrará influenciada por el entendimiento que comparten terapeuta y consultante de la problemática a tratar, diferenciando este tipo de terapia de otras. A su vez, según estos autores, una de las formas de trabajar en conjunto con el consultante es la realización de tareas para la casa, las cuales servirán para testear las hipótesis que se han ido formulando a lo largo de las sesiones de modo que puedan ser analizadas junto con el paciente en el siguiente encuentro. Según Whitfield y Davidson (2007), la realización de tareas para la casa es una estrategia utilizada para medir la eficacia de las técnicas utilizadas, a la vez que es una de las muchas formas que tiene la TCC para poner en práctica aquello que se va trabajando sesión a sesión, lo cual constituye uno de los principios de este modelo de terapia.

Sin embargo, la TCC presentaba una serie de limitaciones que vendrían a ser modificadas a partir de la tercera generación de psicoterapias. Se volvió necesario realizar programas más flexibles que vayan caso a caso, y no protocolos completamente estáticos de acuerdo a la patología que se presente (Pérez Álvarez, 2006). Así, uno de los aspectos principales que se modifica es el compromiso a usar casi exclusivamente intervenciones que produjeran cambios de primer orden (Mañas, 2007). De esta forma, a partir de la tercera generación, se debe sumar a la lista de estrategias implementadas dentro de la terapia, la habilidad de re-contextualizar conductas, recuerdos, pensamientos y sentimientos (eventos privados), siendo los mismos la principal causa de malestar y ansiedad en los consultantes, debido a sus intentos por controlarlos (Mias, 2018). De acuerdo a este autor, los principales exponentes de esta nueva generación dentro de las terapias cognitivas conductuales son la terapia de aceptación y compromiso (ACT) de Hayes y Wilson, el mindfulness de Jon Kabat-Zinn, la terapia dialéctico conductual (DBT) de Linehan y, finalmente, la terapia funcional-

analítica (FAP) de Kohlenberg. Según Mias (2018), todas las nuevas terapias pertenecientes a este modelo coinciden en el supuesto de que los consultantes han intentado controlar sus pensamientos, sentimientos, recuerdos y/o conductas de forma inapropiada, lo cual termina resultando de forma desventajosa para ellos mismos. Así, se propone que quienes consultan deben entrar en contacto con sus eventos privados y evaluar cómo han reaccionado ante ellos a lo largo de su historia de modo que puedan, a partir del uso de diversas estrategias propuestas por el terapeuta, elegir de forma más consciente y libre una mejor respuesta ante los mismos junto a la elección de conductas que resulten más eficaces (Mias, 2018). Por su parte, Hayes y Hofmann (2017) proponen que, dentro de los consultorios, los terapeutas utilicen de forma indistinta elementos de la primera, segunda y tercera generación, según sea conveniente y de acuerdo a cuál resulte más eficaz para determinado problema y paciente.

### **3.3. Intervenciones en terapia cognitivo conductual**

Las intervenciones en TCC se desarrollan en base a protocolos basados en la evidencia, aquellos que resulten más efectivos para el tratamiento de determinados diagnósticos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (Del Mónaco, 2020). Para poder llevar esto a cabo, de acuerdo a Diaz et al. (2012), la TCC implementa una forma de evaluación conductual que proporciona una metodología coherente con sus supuestos básicos. Este paradigma de evaluación enfatiza el uso de múltiples métodos y fuentes fundamentados empíricamente, que serán implementados para evaluar conductas específicas, observables y actuales, así como también variables causales pertenecientes al contexto natural, asumiendo que las variables socio-ambientales, fisiológicas y cognitivas explican un porcentaje importante de la varianza conductual. A su vez, Diaz et al. (2012) plantean que la evaluación conductual otorga un entramado teórico-práctico para la formulación de casos mediante el análisis funcional. El mismo funciona como una integración de los datos obtenidos de la evaluación, donde se realiza una síntesis de los problemas del paciente y las variables con las que estos correlacionan, afectando hipotéticamente dichos problemas (Diaz et al., 2012).

Existe una gran variedad de abordajes y técnicas de intervención que componen el modelo de TCC. De acuerdo a Diaz et al. (2012), uno de los pilares del mismo son las técnicas de intervención basadas en el condicionamiento operante, desarrolladas para aprender conductas nuevas, incrementarlas, mantenerlas, reducirlas o para eliminarlas. Siguiendo lo expuesto por Skinner (1988), este tipo de intervenciones se pueden dar a través del modelado, pero también a través de instrucciones verbales, ya sea en forma de órdenes del tipo “hace

esto” o “no hagas esto”, o bien describiendo las contingencias de refuerzo que dichas conductas llevan en sí mismas, de modo que se le explica al consultante que frente a determinada situación, al responder éste con determinada conducta, lo más probable es que el resultado sea un refuerzo positivo/negativo o un castigo positivo/negativo. De acuerdo a este autor, las consecuencias que actúen, ya sea para aprender una conducta, incrementarla, mantenerla, reducirla o eliminarla, se encontrarán fuera del consultorio (Skinner, 1988). Por otra parte, uno de los tratamientos mejor estudiados dentro de este modelo es el de intervenciones basadas en la exposición y, ligados a este tipo de intervenciones, los procesos de desensibilización sistemática (DS) y las técnicas de relajación (Diaz et al., 2012). Estas técnicas son aplicables a la mayoría de los problemas, siendo muy pocos los trastornos que no obtienen algún beneficio de su implementación (Diaz et al., 2012). Vallejo-Slocker y Vallejo (2016) se refieren a la DS como una técnica de exposición que contribuye a reducir la ansiedad mediante diversos mecanismos tales como la relajación, la presentación gradual de estímulos y el aprendizaje de respuestas alternativas que pueden ser utilizadas por el sujeto ante un contexto que suele tender hacia la generalización de la respuesta. De acuerdo a estos autores, la DS sirve para modificar la conducta, mayormente utilizada para el tratamiento de fobias. Esta técnica se destaca debido a su flexibilidad, a que cuenta con bases teóricas consolidadas y que, a su vez, suele ser bien recibida por los consultantes. Por otra parte, los autores refieren que las técnicas de relajación son complementarias a la DS, ya que estas permiten generar un contexto en el cual resulten más favorables nuevos aprendizajes (Vallejo-Slocker & Vallejo, 2016). A su vez, de acuerdo a lo planteado por Ramírez Sanchez, Espinosa Calderón, Herrera Montenegro, Espinosa Calderón y Ramírez Moyano (2014), las técnicas de relajación son uno de los procedimientos que más se utilizan a la hora de disminuir la ansiedad. Dentro de estos se destaca, por ejemplo, la relajación progresiva, cuyas indicaciones son tensar y relajar de forma secuencial diversos músculos del cuerpo, mientras se presta atención a la sensación que esto genera (Ramírez Sanchez et al., 2014).

De acuerdo a lo planteado por Diaz et al. (2017), otro tipo de procedimientos de extinción son las técnicas de exposición que se encuentran dentro del modelo de TCC, las cuales pueden dividirse en exposición en vivo, exposición simbólica y exposición en grupo. Estas técnicas proponen exponer al consultante al estímulo temido por periodos de tiempo determinados con el fin de que se produzca el fenómeno de la habituación a dicho estímulo, extinguiendo así la respuesta de miedo. De este modo, se genera un nuevo aprendizaje en relación al estímulo a partir de la creación de nuevas asociaciones (Diaz et al., 2017). La exposición en vivo trata de exponer al sujeto a una situación temida en la vida real, sin

necesidad de recurrir a técnicas de relajación, a la imaginación o a una jerarquía de temores progresivos, como mediadores dentro del proceso de extinción de la respuesta. La exposición simbólica requiere del uso de la imaginación sin el estímulo real, de modo que pueden utilizarse representaciones visuales o mentales, estímulos físicos o auditivos, o bien darse a través de la realidad virtual. Finalmente, la exposición en grupo hace referencia a un conjunto de exposiciones individuales que se dan dentro de un contexto grupal, donde cada consultante experimenta su propia situación temida o entra en contacto con su propio estímulo temido (Diaz et al., 2017).

Diaz et al. (2012) también plantean que la TCC integra dentro de sus intervenciones la técnica de mindfulness, la cual surge a partir de la tercera generación, caracterizada por un enfoque terapéutico más experiencial. Miller, Fletcher y Kabat-Zinn (1995) definen la técnica de mindfulness como consciencia plena. Estos autores explican que el mindfulness puede describirse como el esfuerzo que se realiza para concentrar la atención en el presente, sin juzgar y manteniendo está atención por un cierto periodo de tiempo. Esta técnica ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de dolor crónico, la disminución de síntomas emocionales, físicos y del estrés (Miller et al., 1995). Por otra parte, Alsubaie et al. (2017) plantean que la misma se encuentra conformada por al menos tres componentes, a los cuales denominan el control atencional, la intención de realizar un control atencional -es decir, la volición de dejar pasar aquellos pensamientos que sean negativos- y finalmente las actitudes que se entrenan.

Otras técnicas que se mencionan como parte de este modelo son las técnicas de modelado (Diaz et al., 2012). De acuerdo a Carroll y Bandura (1987), las mismas funcionan de modo que los individuos tienden a copiar aquellas acciones que se encuentran siendo modeladas, ya sea mientras el modelo está siendo desarrollado, o bien luego de que haya sido demostrado, mientras que monitorean a su vez sus propias producciones. Según este autor, de este modo se genera una representación cognitiva que determinará la habilidad de las acciones modeladas produciendo un cambio en la conducta. Entonces, puede decirse que dentro de los procesos de aprendizaje observacional propuestos por Bandura se encuentran actuando diversos procesos cognitivos básicos, a saber: la atención -a los aspectos relevantes de la conducta-, la retención -debe encontrarse en la memoria la información pertinente para la posterior ejecución de la conducta-, la reproducción -la práctica de la conducta- y, finalmente, la motivación -aquello que sigue a la conducta modelo deben ser consecuencias que la refuercen- (Diaz et al., 2017). Este tipo de técnicas serán utilizadas por los terapeutas para lograr cambios en la conducta de los pacientes, ya sea para aprender nuevas conductas, para

promoverlas, inhibirlas, motivarlas o bien modificar ciertos aspectos de las mismas (Díaz et al., 2017).

La activación conductual (AC) es otra de las técnicas que pertenecen a la TCC (Díaz et al., 2012). La misma, de acuerdo a lo que expone Pérez Álvarez (2007), se trata de un modelo de tratamiento para la depresión que tiene su origen en la TCC. Según este autor, la AC propone la realización de actividades que se encuentren vinculadas con las necesidades y valores del consultante, realizando un análisis funcional tanto de la conducta depresiva como de aquellas que han sido propuestas. Estas actividades deben ser realizadas sin importar el estado de ánimo de la persona, ni los pensamientos negativos que pueda llegar a presentar. El paciente es un sujeto activo y operante que debe llevar a cabo las acciones propuestas con el fin de salir de un lugar pasivo, donde también se le prestará especial atención a los aspectos contextuales que lo rodean (Pérez Álvarez, 2007).

Según Kazantzis et al. (2018), la TCC, a su vez, va a proponer al descubrimiento guiado y el diálogo socrático dentro de sus formas de intervención más recomendadas. De acuerdo a estos autores, el diálogo socrático favorece el desarrollo de la conceptualización del caso, la estructuración de la sesión y la utilización de diversas técnicas. Este tipo de diálogo hace referencia a cómo se dan las interacciones entre el terapeuta y el consultante, y puede ser aplicado en cualquier momento de la sesión, dependiendo de lo que el terapeuta considere necesario. A su vez, el diálogo socrático puede ser utilizado como una técnica en sí misma, favoreciendo la reevaluación cognitiva, la regulación de las emociones y el procesamiento de la información (Kazantzis et al., 2018). Así, el diálogo socrático, junto con el descubrimiento guiado, busca que sea el consultante quien encuentre la evidencia que apoye o contradiga sus pensamientos, mientras que el terapeuta lo ayuda a buscar explicaciones alternativas o le explica los efectos que tienen ese tipo de pensamientos, ayudando, a su vez, a que se los cuestionen ellos mismos.

Por otra parte, Díaz et al. (2017) plantean una serie de intervenciones a las cuales consideran como las principales dentro de este modelo terapéutico, haciendo referencia a una serie de técnicas conductuales, emotivas y cognitivas. Dentro de las técnicas conductuales se mencionan la programación de actividades, donde el terapeuta trabaja en conjunto con el paciente organizando las diversas actividades que el último llevará a cabo a diario, de forma que se encuentren jerarquizadas de acuerdo a la dificultad con las que él mismo las percibe, el grado de dominio y el grado de agrado al realizarlas, siendo utilizada mayormente para poner a prueba la creencia de que no puede hacer nada. Otra técnica conductual que se describe es el role-playing, a partir del cual se realizan diversos ensayos de conducta o bien un modelado de

la misma, buscando a la vez que el paciente pueda evaluar de forma crítica sus pensamientos y creencias ya sea para confirmarlos o refutarlos por sí mismo. Finalmente, la última técnica presentada dentro de las técnicas conductuales incluye un grupo de técnicas de afrontamiento, algunas de las cuales ya han sido mencionadas, tales como las técnicas del control de los estímulos -que busca reducir algunos estímulos e incrementar otros, especialmente relacionado con el sueño-, de relajación, de exposición, de control de la respiración y de entrenamiento asertivo -entrenamiento de estrategias para gestionar de forma adecuada diversos vínculos o situaciones- (Díaz et al., 2017).

Dentro de las técnicas emotivas se menciona la inducción de la auto-compasión, la cual suele ser utilizada cuando la persona es incapaz de liberar sus emociones negativas, a partir de lo cual el terapeuta puede pedirle que detalle esos estados negativos que no es capaz de liberar, relatar una historia de un sujeto que se encuentre atravesando algo similar buscando que el paciente se identifique, la realización de un role-play ocupando el papel del paciente o bien, proporcionar información personal acerca de sí mismo modelando en el paciente la experiencia de auto-compasión (Díaz et al., 2017). Otras técnicas son la inducción de la cólera controlada -se señalan diversos aspectos que pueden generar enojo, de modo que se pueda salir de la tristeza-, la distracción externa, hablar de forma limitada de los sentimientos y el análisis de la responsabilidad -análisis de las razones por las cuales el paciente se adjudica responsabilidades y culpas, buscando evidencia que lo compruebe o lo refute- (Díaz et al., 2017).

Finalmente, dentro de las técnicas cognitivas se plantea el uso de autorregistros, los cuales sirven para recoger información acerca de los pensamientos, las conductas y el estado emocional del paciente en los diversos momentos del día, observando a partir de qué conductas, situaciones y/o contacto con personas incrementa o disminuye su malestar (Díaz et al., 2017). Otra técnica cognitiva es el descubrimiento guiado, del cual se habló anteriormente haciendo referencia al proceso a partir del cual el terapeuta acompaña al consultante en la búsqueda de alternativas que desafíen las creencias que resultan disfuncionales a través del diálogo socrático (Díaz et al., 2017). A su vez, la técnica de la reestructuración cognitiva plantea la posibilidad de modificar el aprendizaje emocional y cognitivo que los consultantes desarrollan a lo largo de sus vidas y experiencias pasadas, posicionándolos en un lugar activo para realizar un reaprendizaje (Dongil-Collado, 2008). De acuerdo a esta autora, el terapeuta deberá brindarle al consultante toda la información necesaria acerca del papel que tienen los pensamientos y la relación que existe entre sus pensamientos y sus emociones, de modo que sea capaz de identificar sus sesgos cognitivos y modificarlos.

### **3.4. Formación de terapeutas en terapia cognitivo conductual**

Bravo González y Ordaz Carrillo (2019) plantean que la formación de quienes deseen desarrollarse dentro de este modelo pondrá énfasis en cuatro características esenciales. La primera de ellas es el establecimiento de una relación de colaboración con el consultante, donde el terapeuta ocupa el rol de un compañero que adapta y comparte sus habilidades y conocimientos a las circunstancias, características, recursos y lenguaje del paciente (Bravo González & Ordaz Carrillo, 2019). La segunda característica plantea que la formulación del caso se realizará a partir de la recolección de información pertinente junto con su posterior análisis, siguiendo un modelo de conceptualización y realizando un análisis funcional. Esta información dará lugar a diversas hipótesis que serán compartidas con el paciente, junto con una teoría tentativa que busque explicar la causa de aquello que lo aqueja y un posible tratamiento. La tercera característica es la estructura de la terapia, la cual se encontrará fundamentada en diversos objetivos a cumplir, habiendo sido pactados anteriormente con el paciente. Dentro de la estructura se van a encontrar diversas tareas a realizar con el paciente y una retroalimentación continua acerca de cómo avanzan las sesiones. Finalmente, la cuarta característica trata sobre el empleo de técnicas cognitivo-conductuales, las cuales deben ser empleadas de forma hábil para poder ayudar al consultante a atravesar la situación por la cual ha venido a consulta (Bravo González & Ordaz Carrillo, 2019).

Impala, Burn y Kazantzis (2019) realizaron un estudio en Australia, en el cual se entrevistó a 28 directores de diversos posgrados con programas clínicos en TCC. En dicho estudio se buscó determinar en qué grado la formación que reciben los terapeutas dentro del modelo de TCC impacta en la efectividad que tendrán los tratamientos realizados con esta orientación, para lo cual se recolectó información acerca de la influencia, el contenido, la disponibilidad y la administración de cursos y formaciones. Este estudio va a concluir que los programas de formación en TCC incluyen en su mayor parte el desarrollo de competencias básicas de TCC -conocimientos básicos de sus principios, capacidad de explicar el modelo a los consultantes/psicoeducación, capacidad de realizar acuerdos a la hora de instalar los objetivos de la terapia, capacidad de estructurar una sesión, capacidad para mantener una agenda en la sesión, capacidad para enviar y evaluar tareas para el hogar, capacidad de darle un feedback al paciente, capacidad para resolver problemas, capacidad para programar el final de la terapia-, competencias más específicas -aprendizaje de técnicas de exposición, técnicas de relajación, descubrimiento guiado y diálogo socrático, uso de autorregistros, ser capaz de identificar y ayudar al paciente a reconocer pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas, ser capaz de ayudar al paciente a modificar creencias, ser capaz de implementar

programas para el cambio conductual, ser capaz de realizar una adecuada conceptualización del caso junto con un adecuado tratamiento-, y, en menor medida, competencias dirigidas a problemáticas específicas -tratamiento de fobias específicas, fobia social, trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, depresión, la terapia cognitiva de Beck y activación conductual- (Impala et al., 2019). En relación a esto, Bravo González y Ordaz Carrillo (2019) van a decir que debido a la complejidad de este modelo de terapia, se vuelve una necesidad que la formación de los terapeutas incluya, no solo el conjunto de técnicas de intervención características, sino que también se imparta dentro de los programas un nivel teórico y metodológico que asegure que quienes se encuentran en formación sean capaces de desarrollarse como expertos en la modificación de la conducta, para lo cual deben de forma casi obligatoria contar con las competencias y habilidades necesarias que le permitan intervenir y realizar tratamientos que resulten eficaces.

A su vez, debe tenerse en cuenta que existe muy poca información acerca de la formación de los terapeutas en TCC, lo cual dificulta que se lleven a cabo intervenciones basadas en la evidencia de forma adecuada (Frank, Becker-Haimés & Kendall, 2020). Gyani et al. (2014) plantean que quienes se desarrollan dentro de este modelo de terapia utilizan fuentes tales como ensayos controlados, estudios empíricos y de caso, libros populares, observaciones clínicas, guías clínicas y supervisiones a la hora de informarse y formarse. Por su parte, Kazantzis et al. (2018) van a plantear que existen diversos tipos de formaciones, dentro de las cuales ellos describen el uso de guías clínicas, en las cuales se dan, por ejemplo, recomendaciones acerca del uso del diálogo socrático y el descubrimiento guiado. A su vez, Kazantzis et al., (2018) se expresan acerca de otro tipo de formación, la cual es impartida por un panel de expertos quienes brindan respuestas a diversos tópicos a tratar, tales como temáticas relacionadas a la definición de conceptos clave de la TCC y el correcto uso de dichos conceptos en las sesiones, siendo consultados a su vez por ejemplos específicos y la supervisión de los mismos.

Específicamente en Argentina, desde 1970 en adelante, se desarrollaron cambios de gran importancia tanto en la educación de los terapeutas como en la práctica clínica al surgir diversos modelos tales como el sistémico, el cognitivo y la TCC que desafiaban la eficacia del psicoanálisis como corriente principal del país, sumándose dentro de los programas impartidos por instituciones tanto públicas como privadas (Fierro, Fernández Álvarez & Manzo, 2018). De esta forma, actualmente existen diversas instituciones de formación en este modelo de terapia, contando tanto con universidades que realizan especializaciones en forma de cursos de posgrado, como con asociaciones terapéuticas especializadas en TCC que, a su

vez, brindan jornadas de actualización gratuitas, simposios, o bien, participan de diversos congresos (Baringoltz, 2000). De acuerdo a esta autora, el objetivo de estas instituciones es formar profesionales capaces desde los aportes del modelo de TCC, articulando aspectos teóricos y clínicos. Muchas de las mismas incluyen prácticas profesionales supervisadas por otros terapeutas más experimentados, seminarios, talleres y espacios de supervisión donde pueden presentarse tanto casos de los docentes como de los alumnos. A lo que se apunta en estas formaciones es al desarrollo de habilidades y competencias terapéuticas, el ser capaz de llevar a cabo una entrevista, poder realizar indicaciones que sean efectivas, diseñar un tratamiento que se encuentre basado en los objetivos de la terapia y ser capaz de realizar intervenciones y evaluaciones que resulten pertinentes al proceso terapéutico (Baringoltz, 2000). De acuerdo a esta autora, el contenido temático puede incluir las características del modelo de TCC, el modelo conductista y cognitivo, los aportes realizados por estos modelos, el modelo de tratamiento de la depresión de Beck, la presentación de diversas escalas de evaluación y tests, protocolos de suicidio, psicofarmacología, diversos trastornos y sus abordajes de tratamiento, la planificación de objetivos y el empirismo colaborativo. Siguiendo lo planteado, Anchin, Fernández-Álvarez, Botella e Iwakabe (2016) van a decir que en la formación de los terapeutas debe incluirse el desarrollo de habilidades y conocimientos que les permitan establecer y mantener la alianza, conducir tareas que resulten significativas, realizar una adecuada conceptualización del caso que, a su vez, lleve a la elección adecuada de intervenciones que sean pertinentes, el uso de estrategias terapéuticas que sean acordes al plan de tratamiento trazado, evaluar y monitorear el correcto avance de la terapia, siendo capaces de modificar su rumbo cuando sea necesario y, finalmente, ser capaces de llevar a cabo el proceso terapéutico de forma ética.

Por otra parte, Muller, Zammito, Oberholzer e Iglesias (2008) plantean que, en Argentina, la formación realizada a lo largo de la carrera universitaria de los terapeutas tendrá una gran influencia a la hora de definir qué orientación teórica se mantendrá en el ámbito de la práctica clínica. De acuerdo a estos autores, quienes asisten a las universidades públicas del país suelen adherir a un único modelo teórico -el cual es en su mayoría el modelo psicoanalista-, mientras que quienes asistieron a universidades privadas refieren, en su mayor parte, considerarse integracionistas. Esto quiere decir que quienes asisten a instituciones de formación en psicología privadas suelen optar por combinar diversos modelos poniendo el foco en sus teorías y metateorías (Muller et al., 2008). Estos autores también van a decir que la razón detrás de este tipo de orientación integracionista se debe a factores pragmáticos, teóricos e institucionales, haciendo especial referencia a los múltiples recursos que brindan, la

flexibilidad de las intervenciones, la importancia de que los tratamientos se ajusten a cada paciente, la cantidad de variables que intervienen en el tratamiento y las demandas de las instituciones a las que pertenecen.

### **3.5. Dificultades al implementar la Terapia Cognitivo Conductual**

La formación en TCC, a su vez, implica diversas dificultades ya que la mayoría de los terapeutas no cuentan con una formación de base en este tipo de terapias a lo largo de sus licenciaturas y, de tenerlo, nunca llegan a la práctica (Bravo González & Ordaz Carrillo, 2019). A su vez, Lappalainen et al. (2007) plantean que a esto se suma que el aprendizaje de nuevos modelos suele resultar dificultoso para terapeutas sin experiencia, sobre todo cuando sus estudios anteriores presentan grandes diferencias con el modelo de terapia que buscan aprender. Es debido a esto que una especialización en TCC se vuelve necesaria, ya que para poder implementar este modelo debe contarse con un conocimiento más profundo, que no implique simplemente las diversas técnicas de intervención existentes, sino que el terapeuta sea capaz de fundamentar una práctica a nivel teórico y metodológico que sea coherente y congruente con lo que el enfoque representa (Bravo González & Ordaz Carrillo, 2019).

Muchas veces sucede que el terapeuta debe autoevaluar sus propias competencias para determinar si necesita realizar más formaciones o supervisiones al implementar este modelo de terapia, lo cual puede llevar a una sobreestimación o una subestimación de las capacidades (McManus, Rakovshik, Kennerley, Fennell & Westbrook, 2011). De acuerdo a estos autores, esto sucede ya que los terapeutas que se encuentran formándose tienen poco acceso a supervisiones y/o a los entrenamientos necesarios para poder llevar a cabo este tipo de terapias, lo cual termina desencadenando errores que podrían haber sido evitados, o bien lleva a un mal uso de las intervenciones, afectando en última instancia a los pacientes (McManus et al., 2011). A su vez, Fairburn y Cooper (2011) refieren que los tipos de formaciones que sí se reciben, muchas veces no se encuentran bien evaluadas y terminan por no ser lo suficientemente adecuadas para enseñar a los alumnos acerca del proceso terapéutico que deben llevar a cabo. De acuerdo a estos autores, el principal problema se encuentra en que los nuevos terapeutas no cuentan con la posibilidad de observar cómo se debe llevar un tratamiento en vivo de principio a fin, refiriendo que, si bien pueden leer sobre los casos o escuchar a terapeutas más experimentados hablar sobre los mismos, esto no sería equivalente a observar dichos casos en vivo y la forma de intervenir de quienes se consideran expertos en el modelo. Por otra parte, entre los elementos que deben ser evaluados a la hora de tomar en cuenta las dificultades que enfrentan los terapeutas novatos dentro de este modelo deben

considerarse el nivel de habilidad que los terapeutas creen poseer, miedos, ansiedades y tensiones, el nivel de competencia que consideran que poseen con respecto a la implementación de técnicas específicas del modelo, cuánto consideran que son capaces de ayudar al consultante y qué tan confiados y preparados se sienten para utilizar este tipo de abordajes (Lappalainen et al., 2007).

Según lo planteado por Vethencourt D'Escrivan (2018), llevar a cabo una terapia es especialmente difícil para quienes se encuentran en las primeras etapas del entrenamiento práctico. De acuerdo a esta autora, los alumnos de la especialización experimentan sensaciones mixtas en relación a sus primeros pasos en el tratamiento de pacientes, encontrándose emocionados, pero abrumados a la vez. Los alumnos de posgrado suelen presentar expectativas poco realistas y dudan de sus capacidades, conocimientos y competencias como profesionales, encontrando especialmente dificultoso el establecimiento de una alianza terapéutica y la integración de los diversos esquemas teóricos junto con sus componentes evaluativos (Vethencourt D'Escrivan, 2018). Al comienzo de la práctica los terapeutas en formación carecen de competencias y habilidades que les permitan desempeñarse adecuadamente en la tarea psicoterapéutica, lo cual se debe a que aún son inexpertos acerca de cómo aplicar sus conocimientos teóricos-prácticos con los consultantes. Según Vethencourt D'Escrivan (2018), esto lleva a que los psicoterapeutas se encuentren sobrecargados emocionalmente, atravesando sus primeras experiencias llenos de ansiedad, inseguridad, sentimientos de incompetencia y estrés, lo cual conlleva a su vez un riesgo para la terapia, ya que esto impacta directamente en la capacidad de concentrarse, prestar atención y tomar decisiones efectivas, reduciendo la eficacia y las probabilidades de éxito. Odyniec, Probst, Margraf y Willutzki (2017) realizaron un estudio en referencia a estas dificultades, donde se tomó en cuenta cómo las experiencias que atraviesan los terapeutas novatos en relación a las dudas que los mismos presentan acerca de sus capacidades como terapeutas y las reacciones personales negativas que pueden llegar a sentir por sus pacientes (por ejemplo, falta de empatía), impactan en los síntomas y problemas de sus pacientes. De acuerdo a este estudio, los terapeutas que mostraban mayores dudas acerca de sus propias competencias llevaban adelante terapias menos efectivas, llegando incluso en algunos casos a poner en riesgo la probabilidad de éxito de dichos tratamientos. Sin embargo, las reacciones personales negativas no demostraron afectar de ningún modo el tratamiento (Odyniec et al., 2017).

De esta forma, los terapeutas describen que las dificultades a las cuales se enfrentan mayormente se relacionan con la dificultad de ejercer el rol del psicoterapeuta, ser capaz de desarrollar las habilidades con los consultantes, saber cómo y cuándo intervenir, ser creativo

en las intervenciones, ser capaz de aplicar el modelo de forma apropiada, poder trabajar de forma colaborativa con el consultante, establecer una buena alianza, ser capaces de manejar las técnicas de forma adecuada, ser capaces de llevar la carga de encontrarse formándose y a la vez desarrollarse en el ámbito en el cual se están formando, poder enfrentar la afectación emocional que implica la conexión con el consultante y evitar sobre-involucrarse, evitar la posición de experto o salvador del paciente, dudar de sus conocimientos, no saber qué hacer, qué preguntar, cómo actuar frente a dificultades tales como las ausencias o el fin abrupto del tratamiento, y el comenzar a cuestionar sus conocimientos con respecto a las técnicas o procedimientos que han aprendido a lo largo de su formación (Vethencourt D'Escrivan, 2018).

A esto, Waltman, Hall, McFarr, Beck y Creed (2017) suman diversas dificultades que consideran comunes para todos los terapeutas que se encuentran formándose en TCC. De acuerdo a estos autores, estas dificultades se encontrarían en la habilidad para crear una agenda y seguirla, presentando una clara dificultad en dirigir cada sesión, pasando también en varias ocasiones de un estilo directivo a uno semiestructurado sin definir bien ninguno, no pudiendo seguir con el hilo de la sesión o sin saber cuándo interrumpir a sus consultantes para poder así orientar la terapia. Otra dificultad, que surge comúnmente, refiere al feedback que piden los terapeutas a sus pacientes para evaluar qué se llevan estos últimos de la terapia. De acuerdo a Waltman et al. (2017), a muchos terapeutas novatos se les complica solicitar estas devoluciones cayendo en preguntas generales como, por ejemplo, “¿Cómo estuvo la sesión?”, en vez de preguntar acerca de las intervenciones realizadas, las reacciones producidas, entre otros temas de importancia. Al igual que lo planteado anteriormente, estos autores también refieren la presencia de dificultades en relación al establecimiento de la alianza y el entendimiento empático, elementos que consideran claves dentro de la TCC. Esto se relaciona, a su vez, con los problemas relacionados a la efectividad personal de los terapeutas, presentando una gran falta de confianza en sus decisiones (Waltman et al., 2017). Otro problema que se plantea se encuentra vinculado al aspecto colaborativo de la terapia, no sabiendo cuándo ser más directivos y cuándo más permisivos, o bien a qué velocidad ir a la hora de proponer intervenciones e implementar técnicas. Esto último es de gran importancia dentro de la TCC ya que el terapeuta debe ser capaz de interrumpir, proponer, guiar, reorientar y redirigir a los consultantes para que se siga la agenda propuesta. Muchas veces los terapeutas quedan enganchados con temas que van surgiendo en la sesión y terminan “yéndose por las ramas”, perdiendo de vista el objetivo a trabajar (Waltman et al., 2017). También, se da una gran importancia a las dificultades asociadas al descubrimiento guiado, ya

que se plantea que esta es una de las competencias más difíciles de alcanzar. Los autores refieren que los errores más comunes son brindar consejos o decirle al paciente qué debe hacer o cómo debe pensar, lo cual muchas veces se relaciona con la impaciencia del terapeuta por generar un cambio (Waltman et al., 2017). A esto, se le suma la dificultad que presentan algunos terapeutas para encontrar las conductas o pensamientos problema, que resultan de un buen análisis funcional y que determinan, en muchos casos, si será posible o no que se produzca un cambio real. A su vez, para generar este tipo de cambios, los terapeutas deben seleccionar una serie de intervenciones y herramientas que se encuentren basadas en la conceptualización del caso y la agenda organizada, por lo cual esto constituye otro problema a la hora de llevar a cabo una terapia cuando quienes la implementan son principiantes. Lappalainen et al. (2007) añaden las dificultades que presenta la asignación de tareas para el hogar, tales como los autorregistros, en relación a conseguir que los consultantes se comprometan con la terapia y cumplan con las asignaturas requeridas por el terapeuta.

Otra dificultad existente en quienes se encuentran formándose en el modelo de TCC, se relaciona con la orientación teórica con la cual ingresan a los programas de formación (Freiheit & Overholser, 1997). De acuerdo al estudio realizado por estos autores, aquellos terapeutas novatos que comenzaron su formación con una orientación en otros modelos de terapia obtenían evaluaciones que resultaban más negativas que aquellos que adherían a este modelo de terapia. Sin embargo, plantean que, a lo largo de su entrenamiento, esto pudo mejorarse cambiando también sus actitudes hacia las técnicas e intervenciones que se encuentran dentro de este modelo (Freiheit & Overholser, 1997). Por otra parte, Echeburúa, Salaberría, de Corral y Polo-López (2010) plantean la existencia de diversas limitaciones y retos a futuro en relación a la TCC en Argentina. En relación a los terapeutas y sus dificultades, estos autores van a plantear que los mismos deberán ser capaces de comprender a sus pacientes, ser capaces de observar y escuchar mientras empatizan, comprenden y analizan aquello que sus consultantes presentan dentro de la terapia. Los terapeutas no deben simplemente aplicar las técnicas de forma mecánica, sino que deben, a su vez, obtener las herramientas adecuadas para poder establecer un vínculo con sus pacientes, uno que pueda servir como un apoyo que alivie el sufrimiento de quien consulta (Echeburúa et al., 2010). Estos autores van a decir que los terapeutas deberán contar a su vez con la capacidad de obtener información, ordenarla y realizar un feedback al consultante de modo que resulte comprensivo para este último, para luego poder aplicar las técnicas e intervenciones que resulten más eficaces de acuerdo al caso. A su vez, a esto se suma la dificultad que presentan las nuevas demandas terapéuticas, incluyendo problemas menores que no necesariamente

constituyen trastornos o patologías en sí mismas, sino formas de infelicidad o sufrimientos (Echeburúa et al.2010). Los terapeutas deben ser capaces de identificar cuándo se trata de uno o de otro, es decir, deben ser capaces de diferenciarlos de modo que no sean reducidos a categorías diagnósticas, ya que la mayoría de las veces se trata de personas que no cuentan con una adecuada red de apoyo, o bien no cuentan con las herramientas de afrontamiento adecuadas.

### **3.6. Herramientas para afrontar las dificultades al implementar la terapia cognitivo conductual**

Sin importar qué orientación psicoterapéutica se mantenga, la mayoría de los autores y terapeutas coinciden en que es absolutamente necesaria la realización de una formación que brinde habilidades, competencias y conocimientos para poder llevar a cabo una terapia desde el modelo que sea (Anchin et al., 2016). Así, Baringoltz (2000) va a plantear que una forma de obtener este tipo de herramientas va a ser través de clases teóricas que den lugar a la pregunta del alumno, el uso de role-playings, el análisis de entrevistas, la planificación de estrategias supervisadas por terapeutas más experimentados, la discusión de casos clínicos, la supervisión de casos, entre otras. Por otra parte, Anchin et al. (2016) van a explicar que al igual que la formación, es de suma importancia que quienes se encuentran a cargo de las mismas tengan en cuenta la individualidad de cada alumno, de modo que los planes de entrenamiento deben incluir un set de herramientas que permita a los futuros clínicos manejarse de forma correcta dentro del proceso terapéutico. Por ejemplo, en un estudio realizado por Lappalainen et al. (2007), se plantea el uso de PowerPoint, técnicas de modelado y ejemplos de caso como parte de la formación de terapeutas novatos con el objetivo de realizar un correcto tratamiento desde el modelo de TCC. En este estudio se les otorgó, a su vez, a los terapeutas en formación diversos manuales que contenían conceptos básicos de TCC y guías de habilidades junto con manuales que especificaban los diversos tipos de intervenciones existentes dentro de este modelo y cómo debían ser implementadas. A su vez, durante el periodo en que se realizaban los tratamientos, los terapeutas en entrenamiento recibían supervisiones semanales individuales y en grupo consistentes con el modelo de terapia que se encontraban tratando (Lappalainen et al., 2007). En dichas supervisiones se solicitaba que los terapeutas realizaran listas de los problemas que enfrentaban sus consultantes, seguidos de un análisis funcional de los mismos, a partir de lo cual se realizaba un gráfico relacionando cada problema entre sí. Finalmente, luego de cada tratamiento, el terapeuta novato debía presentar aquellas intervenciones que habían sido

utilizadas, haciendo especial énfasis en el cumplimiento de las directivas planteadas por los supervisores a lo largo de las supervisiones, de modo que se asegurara el bienestar del consultante (Lappalainen et al., 2007). A su vez, otro estudio realizado por Weck, Kaufmann y Höfling (2016) evaluó si las competencias de los terapeutas en formación mejoraban a partir del uso del feedback por parte de terapeutas más experimentados, utilizando para la evaluación de las mismas la Escala de Terapia Cognitiva (CTS, por sus siglas en inglés). De acuerdo a este estudio el feedback es una herramienta muy efectiva para lograr aumentar las competencias terapéuticas, tratándose de una intervención que ocupa un lugar de gran importancia dentro de las formaciones de terapeutas en el modelo de TCC. Esto es especialmente así cuando los terapeutas novatos se encuentran atravesando dificultades para evaluar sus propias competencias (Weck et al., 2016).

En esta misma línea, Vethencourt D'Escrivan (2018) plantea que una herramienta fundamental para poder afrontar las problemáticas que puedan surgir al implementar por primera vez el modelo de tratamiento es la supervisión. Aunque los alumnos que se encuentran en formación también presentan dificultades en relación a ellas debido al sentimiento de que no cuentan con la información suficiente o la experiencia necesaria para poder recibir y/o dar sugerencias (Vethencourt D'Escrivan, 2018). De acuerdo a Bearman, Bailin y Sale (2019), las supervisiones son críticas a la hora de implementar de forma correcta el modelo de TCC y realizar intervenciones eficaces. Las supervisiones aseguran una adecuada implementación de este modelo, proporcionando a los terapeutas instrucciones teóricas, aprendizajes experienciales y activos, aplicando actividades que incluyen el moldeado a partir del role-play, junto con un feedback acerca de la actuación terapéutica y un monitoreo de los casos que se encuentran en tratamiento (Bearman et al., 2019). A su vez, de acuerdo a Frank et al. (2020), otra herramienta de gran importancia para que la implementación de tratamientos basados en la evidencia sea eficaz y los terapeutas puedan desempeñarse adecuadamente, son un entrenamiento y formación óptimos en estos modelos. De acuerdo a estos autores, la evidencia demuestra que el simple hecho de leer manuales acerca del modelo y sus tratamientos es ineficaz y que, si bien esto mejora cuando se utilizan en clases online o cara a cara con un profesional más experimentado, aún no es suficiente para producir mejores resultados con los consultantes, por lo cual deben tenerse en cuenta otras herramientas tales como los workshops, las estrategias de entrenamiento activas -por ejemplo, los role-plays-, consultas con expertos y métodos de “entrenar al entrenador” -un entrenador entrena a otros para que actúen como entrenadores generando una cadena-, entre otros (Frank et al., 2020).

Como puede observarse a partir de lo anteriormente descrito, las supervisiones son una de las herramientas predilectas a la hora de acompañar a los terapeutas novatos en las dificultades que se presentan a lo largo de sus formaciones y primeros tratamientos dentro de la TCC. De acuerdo a Keegan (2012), las supervisiones son parte del proceso de formación de los terapeutas ya que las mismas aseguran que los tratamientos sean eficaces y que los terapeutas sean eficientes, compasivos y, sobre todo, que sean éticos con sus consultantes. Según este autor, son los supervisores quienes determinarán cuándo un terapeuta se encuentra capacitado, al mismo tiempo que lo aconsejarán y guiarán, por ejemplo, haciéndole ver cómo sus propias creencias se encuentran funcionando dentro del proceso terapéutico que se esté llevando a cabo. Es un hecho comprobado que la supervisión mejora el rendimiento y las competencias de los terapeutas al igual que los resultados clínicos que los mismos obtienen, siendo uno de los mejores modos de difusión de estrategias que sirven para el entrenamiento de profesionales dentro de la TCC (Keegan, 2012). A su vez, este autor va a decir que las supervisiones tienen por objetivo justamente ayudar a los terapeutas a trabajar en sus competencias y, a veces, a adquirirlas, de modo que los mismos sean capaces de realizar tratamientos que se encuentren dentro de lo que dictaminan los protocolos como correcto. Así, los supervisores van a cumplir el rol de modelos que enseñarán a los terapeutas más inexpertos diversas competencias básicas y específicas para que estos últimos sean capaces de llevar a cabo terapias de forma que resulten competentes (Keegan, 2012). Finalmente, en relación a este tema es importante mencionar que en Argentina las supervisiones suelen ser utilizadas como una alternativa a las formaciones propiamente dichas, reemplazando a veces a la actualización necesaria de los modelos y el entrenamiento en los mismos (Fierro et al., 2018). Sin embargo, Keegan (2012) sostiene que la formación en psicoterapia no debería ser subestimada ya que las intervenciones que se realicen dentro de una terapia impactarán en la salud y el bienestar público, de modo que ya no se trata de un interés privado que queda a cargo del terapeuta. Hoy en día, las formaciones implican muchas dificultades que van más allá del proceso personal del terapeuta en supervisión, volviendo necesario otro tipo de formaciones que lo vuelvan competente para llevar a cabo procesos terapéuticos exitosos que no pongan en riesgo la salud y el bienestar de la comunidad (Keegan, 2012).

Cabe decir que el uso de estas herramientas fue estudiado en una formación con formato online, en un estudio que buscó evaluar los efectos del entrenamiento en el modelo de TCC para terapeutas midiendo a su vez los conocimientos, las habilidades y la confianza que mostraban quienes habían participado de dicha formación. De acuerdo a los investigadores, la utilización de lo aprendido a lo largo del programa de formación resultó en una mejora en

cuanto al desempeño de los terapeutas (Bennet-Levy, Hawkins, Perry, Cromarty & Mills, 2012). Por otra parte, en un estudio realizado por Milne, Baker, Blackburn, James y Reichelt (1999) se encontró que los programas de entrenamiento junto con las supervisiones llevaron a un grupo de terapeutas novatos a mejorar sus competencias a la hora de desarrollar el modelo de TCC con sus consultantes, llevando a la realización de una terapia eficaz que resultara en una mejora en la salud mental de estos últimos. De acuerdo a este estudio, si bien existe limitada información acerca de la efectividad de las formaciones y el entrenamiento de terapeutas dentro de este modelo, la evidencia con la que se cuenta demuestra que la formación en TCC mejora las competencias y habilidades de quienes se entrenan en este modelo, especialmente cuando los modelos teóricos y clínicos se combinan con supervisiones realizadas por terapeutas con mayor experiencia que modelen y guíen a los terapeutas novatos a partir del uso de técnicas tales como el role-play. De esta forma, quienes comenzaron como terapeutas novatos se convirtieron en terapeutas competentes, obteniendo cambios significativos en las áreas de efectividad personal, facilitación de expresión emocional, carisma, descubrimiento guiado, conceptualización de caso y aplicación de técnicas e intervenciones cognitivo-conductuales (Milne et al., 1999). A su vez, Sholomskas et al. (2005) realizaron un estudio comparativo donde se evaluaron tres estrategias de formación en TCC, donde a cada grupo se le daba acceso a una de las tres. Las estrategias utilizadas fueron el estudio de un manual de TCC, el estudio de un manual en conjunto con un sitio web de formación de TCC, y el estudio de un manual junto con un seminario didáctico acompañado por supervisiones. El resultado de este estudio demostró que la técnica que mayor eficacia presentaba era aquella que incluía el seminario junto con las supervisiones, implicando una mejora en las competencias del terapeuta y la apropiada realización de tratamientos basados en este modelo de terapia (Sholomskas et al., 2005). Finalmente, Waltman et al. (2017) plantean que a partir de las herramientas que se brindan en las formaciones, la mayoría de los terapeutas son capaces de superar las dificultades a las cuales se enfrentan y mejoran notoriamente sus competencias. De acuerdo a estos autores, las consultas, el feedback, la experiencia y el irse familiarizando con la teoría y la práctica progresivamente son de gran importancia para poder implementar una terapia desde el modelo de TCC siendo un terapeuta novato, poniendo de relieve la necesidad de una continua formación en este tipo de terapias.

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de Estudio**

Estudio descriptivo cualitativo.

## **4.2. Participantes**

Se contó con la participación de dos de los psicólogos a cargo de los espacios de supervisión de los terapeutas que se encuentran realizando el posgrado. Uno de ellos es el Lic. J., de nacionalidad argentina, recibido de la Universidad de Palermo y formado en DBT, TCC, entrenamiento de Habilidades de DBT y diversos workshops en ACT, MDR y activación conductual. Es parte de la institución desde el año 2008. Por otra parte, también se contó con la participación de la Lic. A., de nacionalidad argentina, recibida de la Universidad de Palermo y formada en TCC. Es parte de la institución desde el año 2015, encontrándose actualmente a cargo del otro espacio de supervisión de los posgrados.

A su vez, se contó con la participación de dos terapeutas que se encuentran realizando el posgrado, que se encuentran actualmente asistiendo a los espacios de supervisión antes mencionados. Los mismos son el Lic. R. de nacionalidad peruana, recibido de la Universidad de Lima y quien se encuentra cursando actualmente la formación en TCC, y el Lic. T., de nacionalidad argentina, recibido de la Universidad de Buenos Aires, y quien se encuentra realizando actualmente la formación en TCC.

## **4.3. Instrumentos**

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a dos terapeutas que se encuentran cursando actualmente la especialización en terapias cognitivas contemporáneas brindada por la institución, y a dos psicólogos que se encuentran a cargo de los espacios que los supervisan. Los ejes de las entrevistas realizadas a los terapeutas que realizan el posgrado incluyeron datos sociodemográficos, tipo y duración de la formación, dificultades percibidas al momento de implementar por primera vez el modelo de terapia cognitiva conductual, herramientas que consideren necesarias para implementar por primera vez el modelo de terapia cognitiva conductual, herramientas que la institución les brinda para implementar por primera vez el modelo de terapia cognitiva conductual y el uso que le dan a dichas herramientas. Por otra parte, las entrevistas realizadas a los psicólogos a cargo de las supervisiones de alumnos de posgrado contaron con ejes acerca de datos sociodemográficos, las consultas más frecuentes acerca de la implementación del modelo de terapia cognitiva conductual y las dificultades que esto conlleva recibidas por parte de los terapeutas novatos, y las herramientas que la institución y ellos mismos brindan ante las consultas que los terapeutas que se encuentran cursando la especialización realizan.

A su vez, se realizaron observaciones no participantes en el marco de las “supervisiones de alumnos de posgrado” y del taller de “terapias cognitivas contemporáneas”.

#### **4.4. Procedimiento**

Las observaciones no participantes realizadas en el marco de las “supervisiones de alumnos de posgrado” se llevaron a cabo los días martes y jueves, contando con una duración de 3 horas y media semanales, mientras que las observaciones realizadas del taller de “terapias cognitivas contemporáneas” se llevaron a cabo los días jueves, contando con una duración de 3 horas semanales. Todas las observaciones no participantes se realizaron desde el 5 de abril hasta el último día de junio.

Por otra parte, se realizaron un total de cuatro entrevistas, de las cuales dos fueron realizadas a los psicólogos a cargo de los espacios de supervisión de alumnos y dos fueron realizadas a terapeutas que se encuentran cursando el posgrado, y que asisten a estos espacios. Las entrevistas han sido realizadas de forma online a través de Whatsapp. Las mismas se realizaron entre mayo y junio, con una duración aproximada de 40 minutos a una hora.

### **5. Desarrollo**

#### **5.1. Determinar las dificultades que enfrentan los terapeutas que se encuentran realizando un posgrado en una institución de formación en terapias cognitivas contemporáneas para implementar el modelo de terapia cognitiva conductual por primera vez en los tratamientos que llevan a cabo**

De acuerdo a lo obtenido a través de las diversas entrevistas y observaciones realizadas, especialmente aquellas que se hicieron a lo largo de los espacios de supervisión, se han determinado cuatro grupos de dificultades comunes a la mayoría de los terapeutas en formación a la hora de implementar por primera vez el modelo de TCC. La conformación de estos grupos se da a partir de los elementos que han sido mencionados repetidas veces, tanto por quienes fueron entrevistados como por los terapeutas que participan del posgrado en los diversos espacios de observación no participante a los cuales se asistió. De este modo, estos grandes grupos se componen por: a) la dificultad para obtener la información necesaria de modo que sea posible realizar un adecuado análisis funcional y diagnóstico (Echeburúa et al., 2010; Waltman et al., 2017); b) ser capaces de posicionarse como terapeutas (Vethencourt D’Escrivan, 2018; Waltman et al., 2017; Whitfield & Davidson, 2007); c) ser capaces de definir una agenda y qué hacer ante faltas de pago o ausencias (Vethencourt D’Escrivan, 2018; Waltman et al., 2017); y d) ser capaces de desarrollar las intervenciones cómo y cuándo corresponda (Vethencourt D’Escrivan, 2018; Waltman et al., 2017).

Así, dentro del primer grupo de dificultades que se mencionaron mayormente tanto en las entrevistas como en los espacios de supervisión -es decir, obtener la información necesaria

para realizar un buen análisis funcional y diagnóstico-, en una de las entrevistas realizadas, el Lic. J refiere que si bien las consultas dentro de las supervisiones se enfocan en cuestiones de aplicación del tratamiento, los supervisores suelen encontrar que la dificultad real se encuentra en una inadecuada conceptualización del caso, lo cual se relaciona con lo planteado por Waltman et al. (2017). De acuerdo al licenciado, es debido a esto que la mayoría de las consultas terminan enfocándose en la realización de un correcto diagnóstico diferencial y una adecuada organización de la información brindada por el paciente, lo cual se condice con lo referido por los autores Echeburúa et al. (2010) y Waltman et al. (2017). Esto pudo verse en las observaciones llevadas a cabo en los espacios de supervisión donde, por ejemplo, los terapeutas de la especialización no habían realizado preguntas tales como si el paciente consumía drogas o alcohol, a lo que los psicólogos a cargo de estos espacios les explicaban que les faltaba información y que lo ideal sería que en las próximas sesiones pudieran averiguarlo. Por otra parte, de acuerdo al licenciado, y en relación a lo expresado por Echeburúa et al. (2010), muchas veces los terapeutas novatos diagnostican patología cuando no la hay, o bien, no realizan un diagnóstico certero, por lo que terminan aplicando tratamientos que no resultan eficaces. Esto fue observado en los espacios de supervisión cuando, por ejemplo, una alumna había consultado acerca de cómo implementar un tratamiento para ansiedad mientras que para los supervisores lo que debía evaluarse era el diagnóstico diferencial, ya que, de acuerdo a la información presentada por la alumna, no se trataba de una patología, sino que era una reacción normal a un suceso vital estresante. En relación a esto, en otra entrevista, la Lic. A. va a plantear que las complicaciones que los terapeutas que se encuentran cursando el posgrado presentan a la hora de realizar un adecuado diagnóstico o conceptualización de caso modifican el tratamiento y las intervenciones que deberían ser llevadas a cabo, ya que no consiguen encontrar el “foco” y arrastran el problema debido a una información que se encuentra mal organizada, tal como lo plantean Echeburúa et al. (2010) y Waltman et al. (2017). Esto, a su vez, fue evidenciado en las diversas observaciones no participantes realizadas dentro de los dos espacios de supervisiones a los cuales se asistió, donde los psicólogos a cargo de los mismos debían acompañar a los terapeutas que realizaban la especialización en la organización del material obtenido de sus pacientes y reestructurar las formulaciones de casos realizadas a partir de análisis funcionales, ya que las mismas resultaban ineficaces para el tratamiento. Esto se condice con lo planteado por Díaz et al. (2012).

Por otra parte, el Lic. J. en su entrevista explica que *“el problema más grande que aparece, en general, es que la TCC supone que tenés claro el conductismo y que todo lo*

*haces en un marco de un análisis de la conducta*”, lo cual se condice con lo planteado por Diaz et al. (2012) cuando explican el uso de la evaluación conductual y la formulación de casos dentro de este modelo mediante el análisis funcional. A esto, el licenciado agrega que en las supervisiones muchas veces deben organizar la información que traen los terapeutas novatos llevando la atención a cuál es la conducta, la emoción o la situación donde se encuentra el núcleo del problema, en qué contexto se da y así realizar un adecuado análisis funcional de esa conducta. Debe tenerse en cuenta que este tipo de análisis no es parte de muchos de los programas de formación de la carrera de grado en psicología, lo cual se relaciona con lo planteado por Bravo González y Ordaz Carrillo (2019). En relación a lo anterior, el alumno de posgrado y licenciado R. plantea en su entrevista que uno de los puntos con los cuales más dificultades tiene es la realización de análisis funcionales. En sus palabras, *“todavía lo sigo preguntando en las supervisiones y los cursos. Entiendo la teoría, pero me cuesta llevarlo a la práctica”*. Así, y según lo planteado por J., *“esta parte de conceptualización cuesta bastante”*. Esto fue evidenciado por la pasante a lo largo de los espacios de supervisión realizados en el formato de observaciones no participantes. En dichas observaciones se pudo presenciar cómo diversos terapeutas novatos contaban con una gran cantidad de información que, si bien se encontraba organizada de acuerdo a los modelos de conceptualización otorgados por la institución, por momentos los supervisores les informaban que se le daba demasiada importancia sólo al contenido del relato del paciente y se perdía de vista la evaluación conductual (Diaz et al., 2012; Echeburúa et al, 2010; Waltman et al, 2017).

El segundo grupo de dificultades que más se menciona a lo largo de las diversas observaciones no participantes y entrevistas llevadas a cabo a lo largo de este trabajo, como se mencionó anteriormente, se encuentra compuesto por la capacidad de los terapeutas que realizan el posgrado para posicionarse en el rol de terapeutas dentro de los tratamientos que llevan a cabo (Whitfield & Davidson, 2007). En relación a esto, el alumno de posgrado y licenciado R. refiere en su entrevista que una de las cosas que más le costó a la hora de llevar a cabo sus primeros tratamientos fue encontrarse a sí mismo como terapeuta y ejercer ese rol ya que, por ejemplo, no fue capaz de explicarle al paciente qué era lo que iba a trabajarse. A su vez, quien también refiere las mismas dificultades fue el alumno de posgrado y licenciado T., quien agrega que uno de los mayores desafíos a los cuales se enfrentó cuando comenzó a tratar pacientes fue el poder ocupar el rol del psicólogo dentro de la terapia, refiriendo, por ejemplo, haber tenido dificultades para dirigir y mantener el ritmo de la sesión, ponerse en un rol más activo y desarrollar habilidades, estrategias e intervenciones con el paciente, tal como es planteado por Bravo González y Ordaz Carrillo (2019), Vethencourt D’Escrivan (2018) y

Whitfield y Davidson (2007). Esto, según lo que él mismo plantea, le generó inseguridad y nervios, sentimientos que son explicados tanto por Lappalainen et al. (2007) como por Vethencourt D'Escrivan (2018). Estos sentimientos de miedo e inseguridad también son referenciados por el licenciado R. cuando plantea que en sus primeras sesiones: *“Lo hice pésimo. Los nervios siempre están, no lo hice bien”*. Por otro lado, el Lic. J. plantea que muchas veces los terapeutas novatos preguntan por qué no funcionan los tratamientos, y que en ocasiones esto se debe al estilo terapéutico que están desarrollando dentro de la terapia, debiendo ser por momentos más o menos directivo. Estos estilos son explicados por los autores Waltman et al. (2017) y Whitfield y Davidson (2007). A esto se suma lo planteado por el Lic. J. en su entrevista, quien refiere que deben trabajarse las emociones del terapeuta ya que las mismas muchas veces dificultan el tratamiento, por ejemplo, limitando su actuación a la hora de realizar intervenciones por inseguridades y nervios propios. Un ejemplo de esto puede ser tomado de las observaciones realizadas en el espacio de supervisiones donde una terapeuta novata, luego de haber enfrentado su primera sesión implementando este modelo de terapia, dice haberse puesto nerviosa y que, debido a esto se le habían olvidado realizar algunas preguntas. A su vez, los supervisores le plantean que debe colocarse en un estilo más directivo, guiando más la sesión ya que la gran cantidad de información y desorganización que tenía la paciente *“se la había llevado puesta”*.

Dentro del tercer grupo de las dificultades planteadas se encuentran aquellas relacionadas con la capacidad de los terapeutas novatos de llevar a cabo una agenda en las sesiones, haciendo referencia a la estructura que tomará cada uno de los encuentros y aquello que será tratado en los mismos. Los autores que plantean esta problemática junto con la que representan las ausencias y finales abruptos del tratamiento son Vethencourt D'Escrivan (2018), Waltman et al. (2017) y Whitfield y Davidson (2007). En relación a sus planteos se toma lo referido por la licenciada A., quien en su entrevista expresa que las supervisiones suelen centrarse muchas veces en las ausencias de los pacientes, que se dan sin aviso, la falta de pagos y aspectos relacionados al encuadre. Por otra parte, el Lic. J. también plantea en su entrevista que dentro de estas dificultades los terapeutas principiantes expresan sus complicaciones a la hora de informar a los pacientes qué es lo que se va a trabajar en la terapia, lo cual considera que es uno de los aspectos más prácticos de este proceso, y con el cual *“uno va ganando recursos a medida que avanza, aunque también lo trabajamos mucho en supervisión”*. A su vez, y siguiendo esta línea, tanto el licenciado R. como el licenciado T. refieren haber tenido problemas con estos aspectos cuando comenzaron a tratar pacientes dentro de este modelo por primera vez. Según ambos licenciados, al principio se les olvidaba

explicar cómo iba a ser llevado a cabo el tratamiento, cómo iba a ser cada sesión, poder marcar el encuadre y la agenda de forma correcta. Estas dificultades se relacionan a aquellas planteadas por Vethencourt D'Escrivan (2018), Waltman et al. (2017) y Whitfield y Davidson (2007). A su vez, esto fue evidenciado a lo largo de las observaciones no participantes realizadas durante los espacios de supervisión a los cuales se asistió, donde los terapeutas que realizan la especialización expresaban en varias ocasiones no saber qué hacer o cómo manejarse cuando los pacientes faltaban sin aviso alguno o incurrían en faltas de pago. Por ejemplo, puede mencionarse un caso donde una alumna se encontraba trabajando con un paciente nuevo que llevaba dos sesiones dentro del tratamiento sin haber abonado ninguna, o bien, otra alumna que refería no saber cómo pedirle a su paciente que no asistiera a la terapia con su hijo de dos años. A su vez, una indicación que solían realizar los supervisores iba orientada a la organización de una agenda planificada sesión a sesión, de modo que la terapia se encontrara organizada y con una estructura definida. Esto se daba especialmente cuando los terapeutas novatos presentaban diversos motivos de consulta, a lo cual los supervisores solicitaban que los acoten. Un ejemplo pudo ser observado en las supervisiones, donde una alumna quería tratar objetivos orientados a distintas problemáticas entre las cuales se encontraban las dificultades en la crianza de un niño, problemas de pareja y el tratamiento de la ansiedad de la paciente dentro de una misma sesión a medida que fueran surgiendo los temas. Ante esto, los supervisores le recomendaron dividir la sesión comenzando por aquel tema que resultara más urgente y acotar el motivo de consulta a esa problemática en específico, marcando una estructura sesión a sesión. La organización de una agenda así planteada se encuentra vinculada a lo planteado por Whitfield & Davidson (2007).

En relación a esto último, cabe decir que otra dificultad que se encontró a lo largo de las observaciones no participantes y algunas entrevistas, aunque con menor frecuencia, fue la necesidad de acotar los motivos de consulta y definir de forma correcta los objetivos en acuerdo con el paciente, lo cual se debe a que el modelo de tratamiento presenta una resolución de problemas que se encuentra acotada a una determinada cantidad de sesiones, tal como es planteado por Del Mónaco (2020). Así, la Lic. A. va a decir en su entrevista que los terapeutas que se encuentran realizando la formación: *“cuando recién empiezan quieren abarcar todo, pero no saben cómo encararlo, entonces hay que acotar los objetivos”*. Esto a su vez se presentó a lo largo de las observaciones no participantes en algunos casos donde los mismos pedían ayuda a los supervisores por pacientes que, según ellos, parecían presentar múltiples problemáticas y no eran capaces de determinar en qué centrarse en la terapia, es decir, no podían delimitar los objetivos.

Finalmente, el cuarto y último grupo de dificultades que se pudieron evidenciar a lo largo de las observaciones y entrevistas realizadas -es decir, ser capaces de desarrollar las intervenciones cómo y cuándo corresponda-, se relaciona con los conceptos desarrollados por Vethencourt D'Escrivan (2018) y Waltman et al. (2017). Así, la Lic. A. va a plantear en su entrevista que muchas veces los terapeutas que se encuentran realizando la especialización asisten a las supervisiones con dudas acerca de los diversos protocolos pertenecientes al modelo de TCC que se enseñan dentro de los cursos de formación de la institución, preguntando cómo y cuándo avanzar con los mismos, o bien si están siendo realizados de forma eficaz. A su vez, el Lic. J., en su entrevista, agrega que estos terapeutas suelen consultar acerca de por qué las intervenciones realizadas no funcionan de forma adecuada. Por otra parte, el Lic. R. refiere en su entrevista que su mayor dificultad se da con la aplicación de la técnica de activación conductual (Díaz et al., 2012) junto con el diálogo socrático y el descubrimiento guiado (Kazantzis et al., 2018). De acuerdo a él, siente que *“todavía me falta un poco en eso, me cuesta ir orientándolo. Siento que todavía no lo vi muy a fondo y que uno debe investigar también por su cuenta e ir poniéndolo en práctica con los pacientes de a poco”*. Por su parte, el Lic. T. plantea que lo que a él más le cuesta es poder definir los tiempos en los cuales es más conveniente realizar una intervención o implementar una técnica ya que, en sus palabras, *“me cuesta saber si es el momento o si todavía es muy pronto”*. De esta forma, lo planteado por los entrevistados se relaciona con aquello expresado por los autores Vethencourt D'Escrivan (2018) y Waltman et al. (2017). Esto también ha sido evidenciado en las diversas observaciones no participantes realizadas en las diferentes supervisiones a las cuales se asistió donde, los terapeutas que cursan el posgrado, realizaban preguntas mayormente orientadas hacia las intervenciones y técnicas de exposición (Díaz et al., 2017), de mindfulness (Miller et al., 1995), autorregistros (Díaz et al., 2017) y reestructuración cognitiva (Dongil-Collado, 2008). Estas preguntas eran acerca de cómo y cuándo llevarlas a cabo, o bien, acerca de si las mismas eran las más pertinentes de acuerdo al diagnóstico realizado. Así, por ejemplo, una alumna que había enviado como tarea para el hogar la realización de un autorregistro en la primera sesión, les preguntaba a los docentes si la implementación de dicha técnica se había dado en un momento adecuado o si se estaba adelantando.

Como se mencionó anteriormente, a lo largo de la pasantía se encontró que muchas de las dificultades se repetían en varios terapeutas novatos en las mismas áreas, lo cual también fue planteado de esta forma por sus supervisores. La agrupación de estas dificultades en las categorías mencionadas se realizó con fines descriptivos. De esta forma, se plantea que las

dificultades así agrupadas resultan comunes a muchos de los terapeutas que participan del posgrado de la institución donde se realizó la presente práctica profesional. A continuación, se analizarán las herramientas brindadas por dicha institución, con el fin de acompañar a estos terapeutas en la superación de las dificultades anteriormente descritas.

## **5.2. Analizar las herramientas brindadas por una institución de formación en terapias cognitivas contemporáneas a los terapeutas que se encuentran cursando un posgrado para implementar el modelo de terapia cognitiva conductual por primera vez y afrontar las dificultades que esto conlleva**

A partir de las observaciones realizadas en los dos espacios de supervisión a los que se asistió, junto con las correspondientes al espacio de formación de terapias cognitivas contemporáneas, se pudo evidenciar cómo, clase a clase, se realizaba una integración teórica y práctica de los diversos conceptos y técnicas presentadas por expertos en el modelo de TCC, tal como lo plantean Kazantzis et al. (2018). En relación a esto, la Lic. A. refiere en su entrevista que *“se realizan invitaciones a expertos que exponen acerca de los temas a tratar dentro de los cursos”*. Así, se pudo observar, por ejemplo, que se invitaron a especialistas en el modelo conductual, cognitivo y cognitivo-conductual, junto con expertos en otras áreas tales como psicopatología o psicofarmacología. Por otra parte, el Lic. J. explica que la formación se centra más en los aspectos prácticos que en los teóricos, aunque se dan ambos. Esto se evidenció a partir de las observaciones del espacio del taller, donde las clases orientadas a aspectos teóricos eran menos que aquellas orientadas a los aspectos prácticos. En las palabras del Lic. J: *“se centran más en decirte cómo se hace”*, mientras que también explican los aspectos teóricos y dan los elementos necesarios para que los terapeutas novatos profundicen en sus lecturas por su propia cuenta, lo cual se encuentra relacionado a lo planteado por los autores Bravo González y Ordaz Carrillo (2019) y Lappalainen et al. (2007). A su vez, cabe decir que, de acuerdo a lo que el Lic. J refiere en su entrevista, los espacios de supervisión se tratan también de espacios de articulación teórico/práctica. Esto se condice con lo referido por los autores Bravo González y Ordaz Carrillo (2019).

El contenido correspondiente a la formación en el modelo de TCC que imparte la institución, de acuerdo a lo planteado por el Lic. J., se encuentra conformado por un programa que incluye módulos específicos de TCC, pero que, a su vez, agrega aspectos que pertenecen a áreas más generales. Esto, a su vez, fue observado a lo largo del taller, durante el cual se desarrollaron los aportes realizados por el modelo cognitivo y el modelo conductual, junto con su posterior evolución que llevaría a lo que hoy en día es la TCC propiamente dicha, para

luego avanzar a aspectos más prácticos como las diversas técnicas que los componen y cómo utilizarlas en el consultorio. De este modo, puede decirse que lo planteado se relaciona con los conceptos explicados por los autores Baringoltz (2000), Diaz et al. (2017) Fernández Álvarez y Fernández Álvarez (2017), Pérez Álvarez (2006) e Impala et al. (2019). Así, por ejemplo, uno de los expertos invitados explicó al comienzo de una clase las bases teóricas de las técnicas del condicionamiento operante, tal como son explicadas por Diaz et al. (2012) y Skinner (1988), para luego pasar a realizar ejercicios donde, a partir de ejemplos de casos, los terapeutas novatos debieran explicar cómo las implementarían y justificarlo.

De este modo, puede decirse que, a lo largo de las primeras clases de dicho taller, se trabajó el desarrollo de competencias básicas explicando las bases teóricas referentes al modelo de TCC, donde los docentes especializados en cada temática se explayaron acerca de los conocimientos básicos que hay detrás de sus principios. Mientras que, en las observaciones realizadas durante clases posteriores, los docentes se dedicaron a explicar aquellos aspectos que se corresponden con las competencias más específicas dentro del modelo de TCC, haciendo referencia a las distintas técnicas que integran el modelo, haciendo referencia así a las competencias explicadas por Impala et al. (2019). Dentro de las técnicas explicadas se encuentran aquellas basadas en el condicionamiento operante (Diaz et al., 2012; Skinner, 1988), técnicas de exposición (Diaz et al., 2017), desensibilización sistemática y relajación (Diaz et al., 2012; Ramírez Sanchez et al., 2014; Vallejo-Slocker & Vallejo, 2016), modelado (Carroll & Bandura, 1987; Diaz et al., 2012) y el uso de autorregistros (Diaz et al., 2017). A estas intervenciones, la Lic. A. agrega, en su entrevista, que mayormente se utilizan la activación conductual (Diaz et al., 2012; Pérez Álvarez, 2007), la reestructuración cognitiva (Dongil-Collado, 2008) y el análisis funcional (Diaz et al., 2012).

Durante las observaciones no participantes realizadas en este taller, a su vez, se presenció cómo eran utilizadas distintas herramientas por parte de los docentes y expertos para poder compartir sus conocimientos con los terapeutas que se encuentran cursando la especialización, y desarrollar las competencias, habilidades y conocimientos necesarios para implementar un tratamiento eficaz dentro del modelo de TCC, lo cual se relaciona con lo expresado por Anchin et al. (2016). Así, se destacan en estas observaciones el uso de presentaciones en Power Point para cada uno de los temas que fueron impartidos –como, por ejemplo, las bases teóricas del modelo de TCC, las técnicas antes explicadas–, que luego se compartían con los terapeutas que se encuentran realizando la especialización a través de un drive que tenían en común. A esto se le suman ejemplos de caso traídos tanto por los docentes como por los terapeutas novatos, la discusión de distintos casos clínicos llevados por los

primeros para que los últimos trabajen en grupos, y el lugar que se le daba a la participación de los terapeutas principiantes y sus preguntas, tal como es referido por los autores Baringoltz (2000) y Lappalainen et al. (2007). En relación a esto último, se vio, por ejemplo, que una de las terapeutas que se encuentra cursando la especialización tenía dudas acerca de cómo se debían realizar los cortes dentro de la información brindada por un paciente para poder identificar la conducta núcleo dentro del análisis conductual y el docente se desvió del tema que venía tratando para responder las dificultades de dicha alumna hasta que su duda fue disipada. En relación a esto, la Lic. A. va a plantear que cada uno de los expertos que la institución invita se encuentran dispuestos a contestar cualquier pregunta que pueda surgir en la clase y, a su vez, suelen facilitarles información adicional pertinente a los temas tratados durante la misma a través de plataformas virtuales. De acuerdo a la licenciada, esto incluye también diversos materiales tales como guías y manuales, lo cual, a su vez, fue evidenciado a partir de las observaciones no participantes realizadas a lo largo del taller, lo cual se relaciona con lo expuesto por Lappalainen et al. (2007) y Gyani et al. (2014). Sin embargo, también debe hacerse referencia a un ejemplo que plantea lo contrario, donde en diversas ocasiones se observó dentro del espacio del taller cómo algunos de los terapeutas pertenecientes a la especialización no podían realizar sus consultas debido a la gran cantidad de participantes que había en cada clase, lo cual se relacionaba también con la modalidad virtual de la clase, ya que era difícil que no se interrumpieran entre ellos al hablar.

Por otra parte, en las observaciones realizadas tanto dentro del espacio del taller como en las supervisiones, se pudo evidenciar el desarrollo de competencias dirigidas a problemáticas específicas, donde los docentes explicaban a los terapeutas novatos cuándo era más pertinente utilizar cada una de las técnicas anteriormente referidas, tal como lo plantea Impala et al. (2019). Así, por ejemplo, los supervisores aconsejaron a una alumna implementar el uso del autorregistro para recolectar más información con un paciente que se encontraba muy desorganizado y ansioso, para evaluar en qué momentos se sentía más ansioso y qué hacía, pensaba y sentía en esos momentos. Dicha técnica es explicada por Diaz et al. (2017). Se plantea también, en la entrevista realizada a la Lic. A., que el programa de formación en TCC que brinda la institución, junto con sus herramientas, permite a los terapeutas que realizan la especialización identificar qué intervenciones son las mejores a la hora de realizar un tratamiento que resulte eficaz para cada uno de los distintos diagnósticos según DSM y, a su vez, realizar una adecuada conceptualización de caso y diagnóstico, tal como es planteado por Anchin et al. (2016), Baringoltz (2000), Bravo González y Ordaz Carrillo (2019). A esto, la Lic. A. agrega que dentro de la formación se desarrollan diversos

métodos de exploración y evaluación conductual, como son explicados por Díaz et al. (2012). De acuerdo a la licenciada, los mismos permiten adquirir toda la información necesaria, la cual es la base de un buen diagnóstico y conceptualización de caso. Esto es, a su vez, referido por los autores Anchin et al. (2016), Bravo González y Ordaz Carrillo (2019).

A su vez, el Lic. J. va a referir en su entrevista que en la formación se les enseña a los terapeutas novatos a llevar adelante un tratamiento de TCC para los diagnósticos de DSM, *“cómo se lleva a cabo en el consultorio y qué es lo que tiene sentido hacer”*, lo cual se relaciona con lo expresado por Bravo González y Ordaz Carrillo (2019). Esto pudo ser evidenciado en las diversas observaciones realizadas tanto en el espacio del taller como en las supervisiones, donde, a su vez, se observó que la institución les brindaba a los terapeutas que se encuentran realizando la especialización un modelo de conceptualización de caso para que los mismos utilizaran con sus pacientes, de modo que los terapeutas fuesen capaces de organizar la información que sus consultantes brindaran en las sesiones de forma adecuada. Así, cada uno de ellos, al presentar un caso en la supervisión, debía compartir su pantalla y mostrar un archivo donde se encontraba la información que había recolectado de su paciente, organizada de acuerdo al modelo de conceptualización de caso que se les había brindado. En este modelo se indicaban datos sociodemográficos del paciente -tales como su edad u ocupación, si consumía sustancias, si existieron intentos de suicidio y el riesgo que el paciente pudiese presentar, antecedentes y aspectos familiares, diagnóstico según DSM organizado por ejes, motivo de consulta, tratamientos previos, objetivos, análisis conductual y el plan de tratamiento a realizar-.

Cabe decir que esta formación también cuenta con un programa de tratamiento, donde los terapeutas que se encuentran realizando el posgrado pueden atender a pacientes con menos recursos como parte de su entrenamiento apoyados por los docentes de la institución, debiendo asistir de forma obligatoria a los espacios de supervisión, lo cual se vincula a lo planteado por Baringoltz (2000) y Lappalainen et al. (2007). A su vez, esto es referido en las entrevistas realizadas a los licenciados A., J., T. y R., quienes informan que los terapeutas que se encuentran realizando la especialización son capaces de ingresar en este programa a partir del segundo año de formación. Lo mismo fue evidenciado en las observaciones realizadas en los distintos espacios de supervisión a los cuales se asistió.

Según lo planteado por la Lic. A. en su entrevista, los espacios de supervisión son de gran importancia dentro de la formación y una de las herramientas más importantes que tienen quienes se encuentran realizando la especialización para poder afrontar las dificultades a las cuales se enfrentan en sus primeros tratamientos, de modo que los mismos resulten eficaces.

Esto se condice con lo expresado por Bearman et al. (2019) y Vethencourt D'Escrivan (2018) cuando plantean la supervisión como una herramienta fundamental para afrontar dichas dificultades. A su vez, el Lic. J. agrega a esto que las supervisiones son un espacio donde se acompaña a los estudiantes a lo largo de sus primeros tratamientos, lo cual puede vincularse a lo expresado por Keegan (2012). En estas supervisiones, de acuerdo al Lic. T., se realiza un seguimiento de los terapeutas novatos, tratándose de un espacio donde *“los alumnos que estén trabajando en la clínica pueden presentar sus casos, expresando el motivo de consulta y los puntos más relevantes”*, y donde los psicólogos a cargo de dichas supervisiones realizarán preguntas y devoluciones pertinentes a la consulta, con el objetivo de ayudar al terapeuta a avanzar en el tratamiento con el cual presenten dificultades, tal como lo plantean Bearman et al. (2019). Un ejemplo de esto pudo observarse en estos espacios, donde se presenta un caso de un terapeuta novato que tenía dificultades para establecer un diagnóstico diferencial entre duelo y depresión. Ante esto, los supervisores realizaron preguntas acerca de si el paciente tomaba algún tipo de medicación, desde cuándo lo hacía, si había administrado algún test para evaluar depresión, si había realizado tratamientos previos, se preguntó también acerca del motivo de consulta del paciente y los objetivos planteados.

En relación a esto, el Lic. T también refiere que muchas veces en estas supervisiones los psicólogos con más experiencia los ayudan a pensar preguntas para hacerles a los consultantes con el fin de obtener la información necesaria para la conceptualización del caso, los orientan en qué es lo que están haciendo bien y qué están haciendo mal, los ayudan a organizar la información con la que ya cuentan y les proponen intervenciones que tal vez ellos ignoraban, por lo que las supervisiones son muy importantes para poder implementar el modelo de TCC de forma correcta, tal como lo refieren Bearman et al. (2019). Esto pudo evidenciarse en las observaciones realizadas en estos espacios donde, por ejemplo, los supervisores le recomendaron a una alumna implementar una técnica de exposición con un paciente que presentaba ataques de pánico junto con un profundo temor a atragantarse. Dicha técnica es explicada por Diaz et al. (2017).

A su vez, en las observaciones no participantes realizadas dentro de los espacios de supervisión, se pudo presenciar algunas herramientas utilizadas dentro de dichos espacios con el fin de ayudar a los terapeutas más inexpertos en sus consultas. De este modo, se mencionan herramientas tales como el uso de role plays para ejemplificar y modelar las acciones de los terapeutas y ayudarlos con sus consultas, donde los terapeutas con más experiencia mostraban diversas preguntas que podían realizarse dentro de las sesiones y cuáles serían las posibles respuestas que podrían conseguir de sus consultantes, tal como es planteado por Bearman et

al. (2019). Un ejemplo de esto se da cuando una alumna tenía dificultades para conceptualizar un caso, debido a que la paciente presentaba la información de forma muy desorganizada, por lo que los supervisores realizaron un ejercicio de role play donde se pusieron en el lugar de la alumna realizando preguntas del tipo ¿cómo castigas al nene?¿en qué tono se lo decís?¿lo cumplís?, y luego en el lugar de la paciente respondiendo, por ejemplo, lo mando a la pieza y le saco la computadora por unas horas.

También se observó que se utilizan otras técnicas de modelado, poniéndose en el rol de modelos, con el fin de que los terapeutas modificaran sus propias conductas y luego fueran capaces de hacer lo mismo con sus consultantes, tal como refieren Carroll y Bandura (1987), Diaz et al. (2012) y Keegan (2012). Esto se dio, por ejemplo, para lograr que los terapeutas más novatos bajaran la velocidad con la que se comunicaban y fueran más pacientes a la hora de escuchar y responder dentro de las mismas supervisiones. En estos espacios también se observó cómo los psicólogos con mayor experiencia revisaban que las técnicas se llevaran a cabo de forma correcta y, en caso de ser necesario, les indicaban a los terapeutas que se encuentran realizando el posgrado cómo utilizar las intervenciones con las que presentaban más dificultades, lo cual se vincula a lo expresado por Keegan (2012). Esto se daba, por ejemplo, con las técnicas de exposición (Diaz et al., 2017) o mindfulness (Diaz et al., 2012; Miller et al., 1995).

Este modelo de terapia incluye una gran variedad de técnicas, intervenciones y abordajes (Diaz et al., 2012), lo cual lleva a que quien desee implementar una terapia desde el mismo necesite formarse dentro de este, tal como lo plantea la Lic. A. en su entrevista y siguiendo lo planteado por Anchin et al. (2016), y Bravo Gonzalez y Ordaz Cardillo (2019). De esta forma, puede decirse que se pudo analizar aquellas herramientas, abordajes, técnicas, aspectos teóricos y metodológicos que la institución en cuestión otorga a los terapeutas que realizan la especialización, para que los mismos sean capaces de llevar a cabo procesos terapéuticos basados en el modelo de TCC. En el siguiente apartado se indagará cómo son utilizadas las herramientas brindadas por la institución que fueron anteriormente explicadas por los mismos.

**5.3. Indagar cómo son utilizadas las herramientas brindadas por una institución de formación en terapias cognitivas contemporáneas a la hora de implementar el modelo de terapia cognitiva conductual y afrontar las dificultades que esto conlleva por los terapeutas que se encuentran realizando dicha formación**

A partir de las herramientas analizadas en el apartado anterior, se propuso indagar cómo los terapeutas que se encontraban realizando el posgrado utilizaban las mismas, de modo que pudiesen superar las diversas dificultades a las cuales se enfrentaban al implementar por primera vez un tratamiento desde el modelo de TCC. A partir de las observaciones no participantes realizadas en los espacios de supervisión, se pudo presenciar que estos espacios se encontraban dentro de las herramientas más utilizadas por los terapeutas principiantes que se encontraban implementando el modelo de TCC con sus consultantes por primera vez, ya que a lo largo de los mismos la mayoría de los terapeutas novatos solían consultar varias veces acerca de un mismo caso, preguntando desde cómo realizar una adecuada evaluación conductual y conceptualización de caso, tal como es planteado por Diaz et al. (2012) y Milne et al. (1999), hasta si las intervenciones que utilizaban eran las más adecuadas de acuerdo al diagnóstico realizado, lo cual se vincula a lo expresado por Del Mónaco (2020).

Esto se condice con lo planteado por el Lic. R., quien refiere que el espacio que más herramientas da a la hora de afrontar las dificultades que pueden surgir al realizar un tratamiento como principiante dentro del modelo de TCC, son las supervisiones. A su vez, esto se relaciona con lo planteado por la Lic. A. en su entrevista, quien refiere que en estas supervisiones participan todos los terapeutas que se encuentran realizando la especialización, tratándose de un espacio abierto donde cada uno de los participantes colabora con los otros en sus dudas y se enriquecen todos. Esto se encuentra relacionado a los planteos realizados por los autores Keegan (2012) y Waltman et al. (2005). A su vez, el Lic. J. agrega que la supervisión es utilizada por los terapeutas novatos como un espacio para ajustar cuestiones clínicas con las que presenten mayor dificultad y que, a su vez, sirve para poder darle confianza en sus competencias como terapeutas, lo cual ayuda a sacar un poco los miedos y nervios que pueden generar tener que realizar tratamientos desde este modelo por primera vez, tal como es planteado por Lappalainen et al. (2007), Vethencourt D'Escrivan (2018) y Milne et al. (1999). Esto se observa, por ejemplo, cuando dentro del espacio de supervisión uno de los terapeutas que realizan la formación les pidió a los supervisores si podían explicar nuevamente la técnica de exposición (Diaz et al., 2017) y el análisis funcional (Diaz et al., 2012), ya que aún presentaba dudas acerca de cómo llevarlos a cabo.

De acuerdo a lo dicho por el Lic. J., la mirada externa que les da la supervisión ayuda a los terapeutas principiantes a ajustar diferentes aspectos del consultorio para que, de esta forma, la terapia que se encuentren llevando a cabo pueda mejorar y ser más eficaz, tal como es planteado por Sholomskas et al. (2005). Sin embargo, el Lic. J. también plantea que

muchas veces, algunos de estos terapeutas, no supervisan tanto como necesitan ya que les da vergüenza o bien, tienen miedo a equivocarse o haber hecho las cosas mal, lo cual puede terminar impactando en el tratamiento de sus pacientes, así como lo refieren McManus et al. (2011) y Vethencourt D'Escrivan (2018). Un ejemplo de esto fue observado durante las supervisiones, cuando en el momento en que los supervisores preguntaban quién quería supervisar se hacían silencios largos hasta que algún terapeuta que se encuentra realizando la especialización se ofrecía a hacerlo, siendo la mayoría de las veces, de terapeutas que ya habían supervisado hace poco. En relación a esto, el Lic. J. refiere que muchos otros terapeutas sí aprovechan las supervisiones y consultan hasta *“algo chiquitito”* para no quedarse con las dudas, usando así el feedback que los terapeutas con más conocimiento les ofrecen para mejorar en sus tratamientos. El uso del feedback de esta forma dentro de la supervisión es explicado por Weck et al. (2016). En relación a esto, el Lic. R. va a decir que él suele consultar en dichas supervisiones y que prefiere preguntar para poder resolver de forma adecuada aquellos aspectos del tratamiento que le generen alguna dificultad, lo cual se relaciona a lo planteado por Keegan (2012) y Milne et al. (1999). En las palabras de R.: *“siempre tengo alguna consulta, alguna intervención que validar, ver si lo que hago va por buen camino”*. Así, de acuerdo a él, las supervisiones le resultan muy funcionales ya que también le dan una base desde la cual partir cuando se le presentan dudas, más allá de que cada uno tenga, a su vez, herramientas que conoce más y que suele utilizar. Esto se encuentra relacionado a lo planteado por Bearman et al. (2019).

En relación a lo anterior, el Lic. T. va a explicar en su entrevista que, muchas veces, las supervisiones también le sirven para poder orientarse en relación a qué preguntas no pueden faltar a la hora de definir un diagnóstico y elaborar una correcta conceptualización del caso, lo cual se vincula a lo expresado por Anchin et al. (2016), Bravo González y Ordaz Carrillo (2019) y Milne et al. (1999). Al mismo tiempo refiere que las supervisiones le permiten consultar acerca de aspectos de la terapia para los cuales aún no se encuentra formado, es decir, aquellas áreas en las cuales aún no cuenta con las competencias necesarias, lo cual se relaciona con lo planteado por Milne et al. (1999). A su vez, y en relación a lo que se planteó anteriormente, el Lic. R. va a exponer que dentro de estos espacios de supervisión *“las devoluciones en general son de ayuda, tanto por parte de los supervisores como los comentarios de otros alumnos”*, haciendo referencia nuevamente al uso del feedback dentro de las supervisiones tal como lo plantean Weck et al. (2016). Finalmente, el licenciado expondrá que dentro de estos espacios de supervisión se les brinda otras herramientas tales como intervenciones que hasta el momento no conocían, técnicas o incluso tests, las cuales

luego llevan al consultorio y usan con sus pacientes, así como es planteado por Bearman et al. (2019).

Por otra parte, las herramientas brindadas a lo largo de las formaciones resultaron también de gran importancia, aunque fueron mencionadas en menor medida que las supervisiones. De este modo, de acuerdo a lo planteado por el Lic. R., es en los espacios de formación -tales como el taller de terapias cognitivas contemporáneas- donde se van a adquirir las herramientas técnicas y teóricas correspondientes a la TCC. Esto se encuentra relacionado a lo planteado por Waltman et al. (2017). El licenciado también refiere que dentro de las mismas existen dos tipos de herramientas, encontrando, en primer lugar, la explicación teórica de los diversos tipos de intervenciones y protocolos que la formación enseña para que luego, los terapeutas novatos sean capaces de implementarlas en el consultorio y evaluar si las estaban llevando a cabo de forma eficaz, tal como lo plantean Milne et al. (1999) y Waltman et al. (2017). En segundo lugar, explica que se les otorgan herramientas prácticas, explicando que son aquellas que se adquieren a través de la observación y el modelado que hacen los docentes de la conducta de los terapeutas novatos -por ejemplo, en forma de ejercicios de role-play-, de modo que ellos sean capaces de hacer lo mismo luego en el consultorio con sus pacientes, lo cual se relaciona con lo expresado por Milne et al. (1999). A esto, el licenciado, agrega también que muchas de las técnicas que utiliza con sus consultantes las ha adquirido a lo largo de la formación que realiza en la institución, y que de otro modo no conocería; entre ellas se encuentran, por ejemplo, el diálogo socrático, técnica que es explicada por Kazantzis et al. (2018). Según el licenciado, la formación le da una línea de cómo deben ser aplicadas dichas técnicas, de modo que a la hora de implementarlas en el consultorio pueda hacerlo de forma eficaz, lo cual se vincula con lo referido por Waltman et al. (2017). Así, va a decir que *“el modo en que llevo mis terapias se basa en lo que se aprende en la especialización más que nada”*, planteando que la mayoría de sus competencias como terapeuta son obtenidas y desarrolladas a partir de las herramientas que dicha formación en TCC le brinda. Esto puede relacionarse con lo expresado por los autores Anchin et al. (2016), Bennet-Levy et al. (2012) y Waltman et al. (2017). A su vez, cabe destacar que el Lic. R. también refiere en su entrevista que existen algunas técnicas que la institución podría desarrollar en mayor profundidad dentro de las formaciones, tales como el diálogo socrático. Este licenciado plantea que esta es una de las técnicas que más dificultades le trae y que la institución podría ampliar la información y el entrenamiento que dan sobre la misma, ya que, según su parecer, se trata de una herramienta de gran importancia para la realización de tratamientos desde el modelo de TCC, permitiendo a los terapeutas establecer un vínculo con los pacientes, realizar

una adecuada conceptualización de caso, o bien, para llevar a cabo una reestructuración cognitiva. Esta técnica es explicada por Kazantzis et al. (2018).

A lo largo de las observaciones no participantes realizadas tanto en los espacios de supervisión como dentro del taller de terapias cognitivas contemporáneas, pudo evidenciarse cómo los terapeutas que se encuentran realizando dicha formación implementaban las diversas herramientas que la institución les proporcionaba, tal como es planteado por Milne et al. (1999) y Waltman et al. (2017). Así, a lo largo de las clases teóricas se observó que la institución les brindaba a los terapeutas que realizan su especialización las bases teóricas y prácticas de las diversas técnicas y protocolos que componen el modelo de TCC -los cuales han sido mencionados en apartados anteriores-, permitiendo que los mismos realizaran consultas acerca de cualquier aspecto de las mismas que pudiesen llegar a generar dudas o con los cuales hayan tenido dificultades para implementar, lo cual se encuentra vinculado a lo expresado por los autores Baringoltz (2000), Impala et al. (2019) y Waltman et al. (2017). Estas técnicas y protocolos serían luego utilizadas en el consultorio por dichos terapeutas, lo cual pudo evidenciarse a lo largo de las observaciones no participantes que se llevaron a cabo dentro de los espacios de supervisión a los cuales se asistió. En dichos espacios, los terapeutas en formación realizaron consultas relacionadas a la aplicación de las técnicas que habían sido explicadas anteriormente en las clases teóricas, luego de haberlas puesto en práctica con sus consultantes, lo cual se vincula con lo expresado por Waltman et al. (2017). Así, por ejemplo, un terapeuta principiante preguntó en el espacio de supervisión si la técnica de mindfulness, que es explicada dentro de la formación y que había implementado con su paciente, había sido desarrollada de forma adecuada de acuerdo al diagnóstico que dicho paciente presentaba, o si bien era mejor utilizar otras intervenciones.

De este modo, a partir de la información recabada, puede decirse que los terapeutas de la especialización utilizan las herramientas otorgadas por los espacios de supervisión y por los espacios de formación brindados por la institución para mejorar sus competencias, habilidades y conocimientos como terapeutas dentro del modelo de TCC. Estas herramientas adquiridas, luego son llevadas por estos terapeutas al consultorio buscando realizar un tratamiento que sea lo más eficaz y adecuado posible, y para hacerle frente a las diversas dificultades que puedan ir surgiendo a lo largo del proceso terapéutico.

## **6. Conclusiones**

A partir de lo expuesto a lo largo de los apartados anteriores, puede afirmarse que se ha cumplido con lo propuesto en los objetivos planteados al comienzo del presente Trabajo de

Integración Final. Respecto del primer objetivo, se han podido determinar las diversas dificultades que muchos de los terapeutas que se encuentran realizando la formación en terapias cognitivas contemporáneas donde se realizó la práctica, comparten. Dichas dificultades fueron agrupadas en cuatro categorías que se repetían con frecuencia, integrando de esta forma un primer grupo donde la dificultad observada hacía referencia a la obtención de información que permitiera la realización de un adecuado análisis funcional y diagnóstico (Echeburúa et al., 2010; Waltman et al., 2017); un segundo grupo donde la dificultad se relacionaba con la capacidad de los terapeutas novatos para posicionarse como terapeutas (Vethencourt D'Escrivan, 2018; Waltman et al., 2017; Whitfield & Davidson, 2007); un tercer grupo donde la dificultad se vinculaba con la capacidad para definir una agenda y actuar ante faltas de pago o ausencias (Vethencourt D'Escrivan, 2018; Waltman et al., 2017); y finalmente, un cuarto grupo donde la dificultad hacía referencia a la capacidad de los terapeutas novatos para desarrollar las intervenciones cómo y cuándo correspondiera, dentro del marco de una terapia desde el modelo de TCC (Vethencourt D'Escrivan, 2018; Waltman et al., 2017).

Por otra parte, en relación al segundo objetivo, se han analizado las diferentes herramientas que la institución brinda a los terapeutas que se encuentran realizando su especialización, para que sean capaces de implementar el modelo de TCC y afrontar cualquier tipo de dificultad que pueda surgir al hacerlo. A partir de dicho análisis se ha observado la importancia que tienen tanto la supervisión como la formación a la hora de implementar de forma eficaz un tratamiento desde este modelo terapéutico, tal como es planteado por Anchin et al. (2016), Bravo González y Ordaz Carrillo (2019), Keegan (2012) y Vethencourt D'Escrivan (2018). De esta forma, puede decirse que estos espacios, junto con las diversas herramientas utilizadas en cada uno de ellos -tales como el uso de presentaciones de Power Point, manuales, discusión de casos clínicos, técnicas de modelado y ejercicios de role-play-, son de especial interés. Esto se debe a que las mismas permiten que los terapeutas principiantes sean capaces de adquirir las habilidades y competencias necesarias para hacer frente a una terapia desde el modelo de TCC y las dificultades que puedan surgir al hacerlo, lo cual se condice con lo expresado por Baringoltz (2000).

Finalmente, en referencia al tercer objetivo, se ha podido indagar cómo son utilizadas las herramientas anteriormente mencionadas por los terapeutas novatos. De esta forma, puede decirse que dichos terapeutas suelen utilizar los espacios de supervisión para consultar acerca de aquellos aspectos que les resultan más problemáticos, tales como cómo llevar a cabo una adecuada evaluación conductual, o bien, evaluar la eficacia de las conceptualizaciones de

caso que realizan y las intervenciones que implementan. Esto es, a su vez, desarrollado por los autores Diaz et al. (2012), Milne et al. (1999) y Del Mónaco (2020). De esta forma, se plantea que las supervisiones son las herramientas más utilizadas por los terapeutas principiantes para hacer frente a las dificultades que pueden surgir a lo largo de los tratamientos que llevan a cabo. Esto se relaciona con los planteos realizados por Keegan (2012) y Waltman et al. (2005), quienes explican la importancia de las supervisiones y su uso a la hora de superar las diversas dificultades que conlleva la implementación de un tratamiento desde la TCC. Así, puede decirse que el uso que hacen los terapeutas que se encuentran realizando la especialización de estos espacios, tiene que ver mayormente con la validación de lo que el terapeuta viene trabajando, con mejorar la confianza que tienen como terapeutas y en el tratamiento, con ajustar conceptos que se encuentren menos desarrollados, o bien, con orientarse acerca de cómo seguir con la terapia. Esto se condice, a su vez, con lo planteado por Anchin et al. (2016), Bravo González y Ordaz Carrillo (2019), Lappalainen et al. (2007), Milne et al. (1999) y Vethencourt D'Escrivan (2018). A su vez, debe hacerse referencia a las herramientas brindadas por la formación, a partir de la cual los terapeutas novatos adquieren los conocimientos teóricos y técnicos para poder llevar a cabo tratamientos eficaces desde el modelo de TCC, tal como es planteado por Waltman et al. (2017).

En cuanto a las limitaciones que se plantean dentro de este trabajo, pueden mencionarse en primera instancia aquellas relacionadas a los factores metodológicos. Dentro de los mismos debe hacerse referencia a la imposibilidad de realizar las observaciones y entrevistas de forma presencial, lo cual implica una dificultad debido a que se pierde la interacción cara a cara, al mismo tiempo que se generan problemas de conexión debido a la mala señal que puede ocurrir por momentos. En este sentido debe decirse que en algunas de las entrevistas a veces se escuchaba cortado o muy bajo y, que algunas de las observaciones no pudieron darse por completo debido a que por momentos no funcionaban los micrófonos, se trababan, o bien, debido a una mala señal se terminaba por no poder asistir a los espacios en su totalidad. A su vez, al tratarse de cursos online y supervisiones virtuales, la cantidad de participantes de la formación era muy superior a la cantidad que suelen asistir de forma presencial, por lo cual el tiempo que se le dedicaba a cada uno de ellos era menor y muchos directamente no participaban.

Por otro lado, otra limitación se vio en relación a la cantidad de personas que accedieron a realizar las entrevistas que se propusieron dentro de los instrumentos. En este sentido, la pasante se había propuesto en un primer momento realizar un total de cinco entrevistas, donde tres de las mismas serían realizadas a terapeutas que cursan el posgrado.

Esto debió modificarse ya que no pudo conseguirse que los terapeutas novatos accedieran a participar del presente trabajo, muchas veces cancelando su participación luego de haberla confirmado. Debido a esto, no pudo contarse con terapeutas principiantes mujeres y debió trabajarse sólo con dos de los terapeutas que se encuentran cursando la especialización, lo cual limitó la cantidad de información que fue posible conseguir. A su vez, en las entrevistas se trataron temas más generales, siendo difícil encontrar ejemplos puntuales de las diversas dificultades y herramientas utilizadas por los terapeutas de la especialización, al implementar por primera vez una terapia desde el modelo de TCC. Debe decirse que el uso de ejemplos específicos dentro del presente trabajo hubiese sido beneficioso a la hora de ilustrar las dificultades en términos no tan generales, de modo que pudiesen desarrollarse con mayor profundidad aquellos obstáculos que forman parte del inicio de los terapeutas dentro de lo que es la TCC en el ámbito clínico, junto con las diversas herramientas que las instituciones pueden utilizar para acompañarlos en este proceso, y el uso que los terapeutas novatos hacen de ellas.

Dentro de las limitaciones teóricas debe hacerse referencia a la falta de bibliografía relacionada con la formación de psicólogos en el modelo de TCC, tal como es planteado por Frank et al. (2020). A la hora de buscar artículos científicos y libros que hicieran referencia a los modelos de formación existentes, las herramientas utilizadas y las dificultades comunes a todos aquellos profesionales que se encuentran recibidos de la carrera de psicología, y que buscan desarrollarse como terapeutas dentro del modelo planteado, debió utilizarse en su mayor parte bibliografía anglosajona. Esto se debe a que, de acuerdo a las búsquedas realizadas por la pasante, muy pocos autores latinoamericanos hacían referencia a la formación en TCC específicamente. Si bien existen diversos programas de formación en TCC en Argentina, tal como lo describe Baringoltz (2000), los mismos no dan cuenta de qué modelos utilizan ni cuáles son las dificultades que enfrentan los terapeutas que se encuentran realizando la especialización a la hora de llevar a cabo un tratamiento desde dicho modelo por primera vez. Esto, a su vez, se condice por lo planteado por la Enciclopedia Argentina de Salud Mental (2018), donde se explica que, si bien el modelo de TCC ha adquirido un lugar importante en las diversas instituciones de formación y clínica, el modelo predominante en el país sigue siendo el psicoanalítico. A su vez, cabe destacar que dentro de los artículos que sí pudieron encontrarse a nivel local, en los cuales se refiriese al modelo al que se hace referencia en este trabajo, se mencionaba mayormente un modelo integrativo en psicoterapia y no específicamente de TCC. Por otra parte, otro aspecto que resultó limitante a la hora de buscar bibliografía que diera cuenta de los objetivos planteados en el presente trabajo de

integración, fue la poca cantidad de estudios encontrados que hicieran referencia al uso que los terapeutas novatos hacen de las diversas herramientas de formación y supervisión, tanto como para hacer frente a las dificultades que enfrentan, como para desarrollar y/o mejorar sus competencias y habilidades como terapeutas.

A partir de la realización de este trabajo, se generan preguntas relacionadas con la importancia que tiene evaluar el proceso de formación de los futuros terapeutas dentro del modelo de TCC, pero también de cualquier otro modelo que busque ser llevado a cabo por un terapeuta por primera vez en el ámbito clínico (Fairburn & Cooper, 2011). Como se vio a lo largo del trabajo, la formación universitaria no resulta suficiente para poder llevar a cabo un tratamiento que resulte eficaz, de modo que los psicólogos que egresan con una licenciatura deben realizar una especialización y profundizar en su formación de manera continua (Anchin et al., 2016; Bravo González & Ordaz Carrillo, 2019). Al tratarse de una profesión que se encuentra en contacto directo con la salud mental pública, resulta de especial interés el poder avanzar más acerca de qué métodos se utilizan para formar a quienes desarrollan dicha labor. En relación a esto, también resulta importante poder conocer en mayor profundidad cuáles son las dificultades que se les generan a los terapeutas con frecuencia -sean novatos, o bien, ya cuenten con años de profesión-, de modo que las formaciones puedan establecer programas que apunten a la facilitación de herramientas que los ayuden ante tales obstáculos. Como se planteó dentro de las limitaciones, dichas dificultades no cuentan con la suficiente investigación, existiendo muy poca información acerca de las mismas. Esto deja un punto ciego dentro de cualquier programa de formación que busque acompañar a los terapeutas que se encuentran cursando la especialización, en el desarrollo de habilidades y competencias como terapeutas.

Por otra parte, a partir de una perspectiva crítica, debe decirse que la pasante considera que la cantidad de participantes que la institución se encuentra formando por curso actualmente es demasiado elevada. Esto podría perjudicar la relación que se mantiene con los terapeutas de la especialización, impidiendo que se respondan las dudas que tienen todos y cada uno de ellos debido a la cantidad de personas queriendo participar y la limitada cantidad de horas que dura el curso. Tal como lo plantea Baringoltz (2000), una forma para obtener las herramientas necesarias para llevar a cabo un tratamiento eficaz es la realización de cursos donde se dé lugar a la pregunta de cada uno de los terapeutas, lo cual podría encontrarse perjudicado en este caso por la gran cantidad de participantes en cada clase. Tal vez sería recomendable la división del curso en distintas comisiones que permitan una cantidad limitada de participantes dentro de cada una de ellas, de modo que los mismos puedan realizar

todas las preguntas que consideren necesarias sin tener que preocuparse por la duración de la clase. Sin embargo, también cabe destacar que los programas de formación que dicha institución propone se condicen con lo planteado por los autores Baringoltz (2000), Bravo González y Ordaz Carrillo (2019) e Impala et al. (2019), por lo que más allá de que sea posible que la eficacia de las formaciones se encuentre comprometida por el gran número de participantes por curso, su programa y las herramientas que la misma brinda posibilitarían de todas formas el desarrollo de las competencias y habilidades necesarias para llevar a cabo un correcto tratamiento desde el modelo de TCC.

Otro aspecto que se considera dentro de esta perspectiva refiere a la falta de profundización en algunas herramientas que son de suma importancia, tal como lo son el diálogo socrático y el descubrimiento guiado. De acuerdo a lo expresado por Diaz et al. (2017) y Kazantzis et al. (2017), estas técnicas son utilizadas para asistir en una correcta conceptualización de caso, el establecimiento de una relación de colaboración con el paciente, la definición de la estructura que tomará la terapia, e incluso para la aplicación de otras técnicas tales como la reestructuración cognitiva planteada por Dongil-Collado (2008). De este modo, puede decirse que estas técnicas se encuentran vinculadas con las cuatro características esenciales que deben incluirse dentro de una formación basada en el modelo de TCC, desarrolladas por Bravo González y Ordaz Carrillo (2019). Sin embargo, en las entrevistas realizadas, el Lic. R refiere que las mismas no se encuentran desarrolladas en profundidad a lo largo de la formación y que esto implica para él una dificultad dentro del consultorio a la hora de implementar el modelo de TCC. A su vez, esto podría relacionarse con las cuatro categorías de dificultades que se presentan con mayor frecuencia en los terapeutas que se encuentran realizando la especialización en TCC, mencionadas a lo largo del apartado de Desarrollo. Dichas dificultades se encontraban vinculadas con el análisis de la información, el establecimiento de una agenda que brinde una estructura a la terapia sesión a sesión y el desarrollo de intervenciones adecuadas. De este modo, cabe preguntarse si una mayor profundización de las técnicas mencionadas -y tal vez la evaluación de otras áreas del programa de formación-, no implicarían un punto de apoyo y una mejora en las dificultades que los terapeutas que se encuentran cursando la especialización enfrentan a la hora de implementar por primera vez el modelo de TCC.

Es debido a esto que sería recomendable que la institución realizara una ampliación en relación a esta temática dentro de su programa, ya que se trata de una herramienta que comprende dentro de sí muchos de los elementos requeridos para desarrollarse de forma eficaz dentro del modelo terapéutico al que se hace referencia en el presente trabajo. Así, un

mayor desarrollo en esta temática podría favorecer la superación de las diversas dificultades que puedan llegar a presentarse en el consultorio al implementar la TCC y, a su vez, facilitaría la adquisición de diversas habilidades, estrategias y competencias para quienes se encuentran comenzando en su labor terapéutica dentro de dicho modelo. Además, a esto podría agregarse la realización de encuestas, por parte de la institución, a quienes se encuentran cursando los talleres de formación, orientadas a recabar información acerca de las dificultades con las que se enfrentan más frecuentemente. De esta forma, estas dificultades podrían ser identificadas para luego llevar a cabo una evaluación del programa que la formación plantea, de modo que se incluyan nuevas herramientas para superarlas, o bien, se profundice en las herramientas que ya se brindan, tal como sucede con el diálogo socrático y el descubrimiento guiado. Dos autores que hacen referencia a la importancia que tiene la evaluación de los programas de formación dentro del modelo de TCC son Fairburn y Cooper (2011).

Finalmente, se proponen como nuevas líneas de investigación a realizar, el análisis de las diferencias que pueden existir de acuerdo al género, en relación a las dificultades y herramientas utilizadas para hacerles frente, al llevar a cabo una terapia desde el modelo de TCC por primera vez. Otra línea de investigación posible también sería el análisis de las diferencias que pueden existir entre los terapeutas que se hayan recibido de universidades con programas más integrativos o cognitivos conductuales y los terapeutas que se hayan recibido de universidades con programas predominantemente psicoanalíticos, en relación a las dificultades que cada uno de ellos atraviesa al implementar por primera vez una terapia basada en la TCC. A su vez, sería interesante realizar una profundización en la información existente acerca de las dificultades que son comunes a todos los terapeutas novatos cuando comienzan a implementar una terapia desde la TCC, junto con el uso que hacen de aquellas herramientas de las que se valen para hacerles frente. En relación a esto último, deberían realizarse investigaciones orientadas a la evaluación de los distintos modelos y programas de formación existentes para terapeutas dentro del modelo de TCC, evaluando su efectividad y estableciendo una comparación entre aquellos que se den a nivel local versus aquellos que sean extranjeros, especialmente los propuestos dentro de la bibliografía anglosajona ya que, como se expuso en el presente trabajo, es la que cuenta con mayores desarrollos en esta temática. Esto, a su vez, podría llevar a una investigación que se encuentre orientada a adaptar los modelos de formación anglosajona en TCC a la población local.

## Referencias

- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T., Henley, W. & Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 55, 74-91. doi: 10.1016/j.cpr.2017.04.008
- Anchin, J, Fernández-Álvarez, H., Botella, L. & Iwakabe, S. (2016). Training New Therapists Around the World: Making the Implicit Explicit. *The Integrative Therapist*, 2(2), 19-22. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Luis-Botella-3/publication/301495615\\_Training\\_new\\_therapists\\_around\\_the\\_World\\_Making\\_the\\_implicit\\_explicit/links/571921cf08ae986b8b7b3169/Training-new-therapists-around-the-World-Making-the-implicit-explicit.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Luis-Botella-3/publication/301495615_Training_new_therapists_around_the_World_Making_the_implicit_explicit/links/571921cf08ae986b8b7b3169/Training-new-therapists-around-the-World-Making-the-implicit-explicit.pdf)
- Baringoltz, S. (2000, abril). *El Entrenamiento de Terapeutas Cognitivos*. Póster presentado en el III Congreso de Psicoterapias Cognitivas Latinoamericanas y 1º Congreso Uruguayo de Psicoterapias Cognitivas, Montevideo, Uruguay.
- Bearman, S.K, Bailin, A. & Sale, R. (2019). Graduate school training in CBT supervision to develop knowledge and competencies. *The Clinical Supervisor*, 39(1), 66-88. doi: 10.1080/07325223.2019.1663459
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1983/2010). Visión General. En S. Viso Pabón (Ed.), *Terapia Cognitiva de la Depresión* (pp. 11-40). Bilbao: Desclée de Brouwer
- Beck, J. (1995/2006). Introducción. En A. Ruiz (Ed.), *Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización* (pp. 17-30). Barcelona: Gedisa.
- Bennet-Levy, J., Hawkins, R., Perry, H., Cromarty, P. & Mills, J (2012). Online Cognitive Behavioural Therapy Training for Therapists: Outcomes, Acceptability, and Impact of Support. *Australian Psychology Society*, 47(3), 174-182. doi: 10.1111/j.1742-9544.2012.00089.x
- Bravo González, M.C & Ordaz Carrillo (2019). Atención Psicológica con Enfoque Cognitivo-Conductual. En C. Santillán Torres Torija & A. Corchado Vargas (Ed.), *Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes* (pp.125-134). Ciudad de México: Iztacala UNAM.
- Carroll, W. & Bandura, A. (1987). Translating Cognition into Action. *Journal of Motor Behavior*, 19(3), 385-398. doi: 10.1080/00222895.1987.10735419

- Del Mónaco, R. (2020). Terapias del aquí y ahora porque lo que te pasa te pasa hoy: brevedad y eficacia como modelo de abordaje y resolución en los tratamientos cognitivo-conductuales. *Cuestiones de Sociología*, 22, 1-90. doi: 10.24215/23468904e090
- Díaz, M. I., Ruiz, M. A. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Díaz, M. I., Ruiz, M. A. & Villalobos, A. (2017). *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Dongil-Collado, E. (2008). Reestructuración cognitiva: Un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 14, 265-288. Recuperado de: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/51233265/Reestructuracin\\_cognitiva.\\_Un\\_caso\\_de\\_es20170107-14194-wv8iv6-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1631993933&Signature=HIK9xmB11Vqu93hviqC52uFORMolnOAKh07maTZfBQ~1bmBy2mK7vO~Z0io-01oMAUMzmRWs1h6o5Pxxwn8NI2zValzRpfkhDuktzRw0e9IarV9ISCe6etlVJyrosb4EOKoRRcWL3LrgHZlz2EEwKWtl-d2jqfSiSi6evuHUZbzwTyV3i2aQ7Q~mHSShRjQ7Yyxd2opnMis9pg9taXpGYyJXJEmIvgU7YjwHOLaRr2xtVZtpotmxbTTPH4qQokIBQ9CNOGq0ZicoaKMn4jypPnikgvUItNbA310me5II5TaEtZxCfC3nc44mwWuDXhKAJVAFXwUT~EWwVVnwo5dvLA\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/51233265/Reestructuracin_cognitiva._Un_caso_de_es20170107-14194-wv8iv6-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1631993933&Signature=HIK9xmB11Vqu93hviqC52uFORMolnOAKh07maTZfBQ~1bmBy2mK7vO~Z0io-01oMAUMzmRWs1h6o5Pxxwn8NI2zValzRpfkhDuktzRw0e9IarV9ISCe6etlVJyrosb4EOKoRRcWL3LrgHZlz2EEwKWtl-d2jqfSiSi6evuHUZbzwTyV3i2aQ7Q~mHSShRjQ7Yyxd2opnMis9pg9taXpGYyJXJEmIvgU7YjwHOLaRr2xtVZtpotmxbTTPH4qQokIBQ9CNOGq0ZicoaKMn4jypPnikgvUItNbA310me5II5TaEtZxCfC3nc44mwWuDXhKAJVAFXwUT~EWwVVnwo5dvLA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. & Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 247-256. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798006.pdf>
- Enciclopedia Argentina de Salud Mental (2018). El desarrollo de la terapia cognitiva en Argentina. Pasado, presente y futuro. Recuperado de <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=57&idtt=49>
- Ellis, A. & Dryden, W. (1987/1989). La teoría general de la RET. En *Práctica de la Terapia Racional Emotiva* (pp. 13-37). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fairburn, C. & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behavior Research and Therapy*, 49(6-7), 373-378. doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.005>
- Fernández Álvarez, H. (1988). La psicología cognitiva y la psicoterapia. En H. Fernández Álvarez (Ed.), *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia* (pp. 61-76). Buenos Aires: Paidós.

- Fernández Álvarez, H. & Fernández Álvarez, J. (2017). Terapia Cognitivo Conductual Integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 157-169. doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720
- Fierro, C., Fernández Álvarez, J. & Manzo, G. (2018). A Century of Psychotherapy in Argentina: Clinical Psychology, Psychoanalysis and Recent Developments. *Revista de Psicología*, 27(2), 1-27. doi: <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2019.52310>
- Frank, H., Becker-Haimes, E. & Kendall, P. (2020). Therapist training in evidence-based interventions for mental health: A systematic review of training approaches and outcomes. *Clinical psychology science and practice*, 27(3), 1-30. doi: 10.1111/cpsp.12330
- Freiheit, S. & Overholser, J. (1997). Training Issues in Cognitive-Behavioral Psychotherapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28(2), 79-86. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(97\)00001-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(97)00001-3)
- Gardner, H. (1985/1987). Los cimientos de la ciencia cognitiva. En L. Wolfson (Ed.), *La nueva ciencia de la mente: Historia de la revolución cognitiva* (pp. 26-43). Buenos Aires: Paidós.
- Gyani, A., Shafran, R., Myles, P. & Rose, S. (2014). The Gap Between Science and Practice: How Therapists Make Their Clinical Decisions. *Behavior Therapy*, 45(2), 199-211. doi: 10.1016/j.beth.2013.10.004
- Harré, R. (1994). Emotion and Memory: The Second Cognitive Revolution. *Royal Institute of Philosophy Supplement*, 37, 25-40. doi: 10.1017/S1358246100009954
- Harré, R. (2009). The Second Cognitive Revolution. En *After Cognitivism* (pp. 181-187). Dordrecht: Springer.
- Hayes, S. & Hofmann, S. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246. doi: 10.1002/wps.20442
- Hoffman, R. & Deffenbacher, K. (1992). A Brief History of Applied Cognitive Psychology. *Applied Cognitive Psychology*, 6, 1-48. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acp.2350060102>
- Impala, T., Burn, K. & Kazantzis, N. (2019). To what extent are cognitive behavior therapy competencies incorporated into clinical psychology training? A national survey of Australian universities. *Australian Psychologist*, 54(5), 402-414. doi: 10.1111/ap.12398
- Kazantzis, N., Beck, J., Clark, D., Dobson, K., Hofmann, S., Leahy, R. & Wing Wong, C. (2018). Socratic Dialogue and Guided Discovery in Cognitive Behavioral Therapy: A

- Modified Delphi Panel. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(2), 140-157.  
doi: <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0012-2>
- Keegan, E. (2012). Supervisión y desarrollo de competencias en terapia cognitivo-conductual. En Ed. E. Keegan (Ed.), *Aportes del siglo XXI a las terapias cognitivas* (pp. 69-92). Buenos Aires: CATREC.
- Korman, G. & Sarudiansky, M (2008, agosto). *Historia de las terapias cognitivas en la Argentina. Una etnografía de la asociación Argentina de terapia cognitiva*. Póster presentado en el XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Buenos Aires, Argentina.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Teubert, E., Ojanen, M. & Hayes, S. (2007). The Impact of CBT and ACT Models Using Psychology Trainee Therapists. *Behavior Modification*, 31(4), 488-511. doi: 10.1177/0145445506298436
- Londoño Salazar, M. (2017). Reflexiones sobre la ética del psicólogo. *Poiésis*, 33, 139-145. doi: 10.21501/16920945.2504
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34. Recuperado de: <http://www.thesauro.com/imagenes/ArticulosRef16.pdf>
- Martel Jhonson, D. & Erneling, C. (Eds.) (1997). Reassessing the Cognitive Revolution. En *The future of the cognitive revolution* (pp. 45-55). New York: Oxford University Press.
- McManus, F., Rakovshik, S., Kennerley, H., Fennell, M., & Westbrook, D. (2011). An investigation of the accuracy of therapists' self-assessment of cognitive-behaviour therapy skills. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 292-306. doi:10.1111/j.2044-8260.2011.02028.x
- Mias, C. (2018, octubre). *Bases teóricas y fundamentos clínicos para una cuarta generación en Terapia Cognitivo Conductual. Integración y aportes de las Neurociencias*. Conferencia presentada en el III Congreso Internacional y VI Congreso Nacional de Psicología, Córdoba, Argentina
- Miller, J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-Year Follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 192-200. doi: [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(95\)00025-M](https://doi.org/10.1016/0163-8343(95)00025-M)
- Miller, G. A. (2003). The cognitive revolution: a historical perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(3), 141-144. doi:10.1016/s1364-6613(03)00029-9

- Milne, D., Baker, C., Blackburn, I., James, I. & Reichelt, K. (1999). Effectiveness of cognitive therapy training. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30(2), 81-92. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(99\)00011-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(99)00011-7)
- Muller, F., Zammito, V., Oberholzer, N. & Iglesias, M. (2008). Psicoterapia e Integracionismo Teórico: Los Psicoterapeutas Argentinos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17, 225-231. Recuperado de: [https://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/671/racp\\_xvii\\_3\\_pp225\\_231.pdf](https://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/671/racp_xvii_3_pp225_231.pdf)
- Odyniec, P., Probst, T., Margraf, T. & Willutzki, U. (2017). Psychotherapist trainees' professional self-doubt and negative personal reaction: Changes during cognitive behavioral therapy and association with patient progress. *Psychotherapy Research*, 29(1), 1-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2017.1315464>
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147830>
- Pérez Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 97-110. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77828207.pdf>
- Ramírez Sanchez, A., Espinosa Calderón, C., Herrera Montenegro, A., Espinosa Calderón, E. & Ramírez Moyano, A. (2014). Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. *Revista Enfermería Docente*, 1, 6-12. Recuperado de: <http://www.huvv.es/sites/default/files/revistas/ED-102-04.pdf>
- Sholomskas, D., Syracuse-Siewert, G., Rounsaville, B., Ball, S., Nuro, K. & Carroll, K. (2005). We Don't Train in Vain: A Dissemination Trial of Three Strategies of Training Clinicians in Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 106-115. doi: 10.1037/0022-006x.73.1.106
- Skinner, B. (1988). The operant side of behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19(3), 171-179. doi: [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(88\)90038-9](https://doi.org/10.1016/0005-7916(88)90038-9)
- Vallejo-Slocker, L. & Vallejo, M. (2016). Sobre la desensibilización sistemática, una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13(2), 157-168. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.16539>
- Vethencourt D'Escivan, V. (2018). Cómo vivencian los psicoterapeutas en formación el inicio de su entrenamiento y la supervisión. *Psicología Iberoamericana*, 28(1), 64-72. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1339/133959553008/133959553008.pdf>

- Waltman, S., Hall, B., McFarr, L., Beck, A., & Creed, T. (2017). In-Session Stuck Points and Pitfalls of Community Clinicians Learning CBT: Qualitative Investigation. *Cognitive and Behavioral Practice, 24*(2), 256–267. doi:10.1016/j.cbpra.2016.04.002
- Weck, F., Kaufmann, Y. & Höfling, V. (2016). Competence feedback improves CBT competence in trainee therapists: A randomized controlled pilot study. *Psychotherapy Research, 27*(4), 501-509. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1132857>
- Whitfield, G. & Davidson, A. (2007). What is cognitive behavioural therapy? En G. Whitfield & A. Davidson (Ed.), *Cognitive Behavioural Therapy Explained* (pp.3-10). New York: Radcliffe Publishing.