

# **Habilidades y competencias del profesional de la psicología para la intervención psicológica cognitiva-conductual en la infancia y adolescencia**

Trabajo Final de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Universidad de La Laguna

Curso Académico 2019-2021

## **Autora**

Lorena del Carmen Rodríguez Rodríguez

## **Tutores**

Dra. Lilisbeth Perestelo Pérez

Dr. Juan Manuel Bethencourt Pérez

## Índice

Resumen.....	3
Abstract .....	4
Introducción .....	5
Método.....	8
Diseño de estudio .....	8
Criterios de inclusión.....	10
Tipo de intervención .....	10
Tipo de participantes.....	10
Tipo de estudios.....	11
Tipo de medidas de resultados.....	11
Estrategia de búsqueda y fuentes de información .....	11
Proceso de selección de las referencias.....	12
Evaluación de sesgo y calidad metodológica.....	14
Análisis y síntesis de datos .....	14
Resultados .....	15
Estudios seleccionados.....	15
Riesgo de sesgo y calidad metodológica de los estudios incluidos .....	17
Resultados de los estudios presentados de forma individual .....	18
Discusión .....	20
Resumen de la evidencia.....	20
Limitaciones.....	21
Conclusiones.....	22
Referencias.....	24
Tablas .....	28
Tabla 1 .....	28
<i>Criterios de inclusión y criterios de exclusión.....</i>	28
Tabla 2 .....	29
<i>Estrategia de búsqueda.....</i>	29
Tabla 3 .....	31
<i>Combinación de los términos para la estrategia de búsqueda.....</i>	31
Tabla 4 .....	32
<i>Evaluación de riesgo de sesgos.....</i>	32
Tabla 5 .....	34
<i>Características de los estudios.....</i>	34
Tabla 6 .....	36

<i>Resultados de los estudios</i> .....	36
Figuras.....	40
Figura 1.....	40
<i>Principales agentes que se relacionan durante la terapia con niños y adolescentes</i> .....	40
Figura 2.....	41
<i>Diagrama de flujo de la revisión sistemática de la literatura</i> .....	41
Apéndices .....	42
Apéndice A: Competencias básicas para el trabajo con niños/as y adolescentes.....	42
Apéndice B: Protocolo de Revisión Sistemática .....	43
Apéndice C: Checklist .....	44

## Resumen

La literatura sobre las habilidades y competencias del profesional de la psicología en relación con la adherencia terapéutica y los resultados de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) a nivel individual para niños/as y adolescentes es limitada y poco precisa.

Esta revisión sistemática pretende evaluar la relación entre las habilidades/competencias del profesional de la psicología y la adherencia terapéutica y los resultados de la TCC en la infancia y adolescencia. Para ello se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en las bases de datos electrónicas PsycINFO, PubMed y Google Académico, incluyendo un total de 13 estudios.

Los resultados sugieren que la adherencia terapéutica y las competencias del profesional de la psicología están relacionadas con los resultados en la TCC para niños/as y adolescentes con un diagnóstico de trastorno mental. No obstante, se requieren más estudios a largo plazo y con muestras más amplias que describan los componentes y/o aspectos específicos que influyen en esta relación.

*Palabras clave:* Terapia Cognitivo Conductual, TCC, adherencia, competencias profesionales, infancia, adolescencia

### **Abstract**

The literature on the skills and competences of the professional of the psychology in relation to the therapeutic adhesion and the results of the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) at individual level for children/ as and adolescents is limited and not precise.

This systematic review aims to evaluate the relationship between the skills/competencies of the psychology professional and therapeutic adherence and the results of CBT in childhood and adolescence. A systematic search was carried out in the electronic databases PsycINFO, PubMed and Google Scholar, including a total of 13 studies.

The results suggest that therapeutic adherence and the competencies of the psychology professional are related to the results in the CBT for children and adolescents with a diagnosis of mental disorder. However, more long-term studies with larger samples describing the components and/or specific aspects that influence this relationship are needed.

*Keywords:* Cognitive Behavioral Therapy; CBT; adherence; professional competencies; childhood; adolescence

## Introducción

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), es uno de los tratamientos psicológicos de primera elección para numerosos trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. Sin embargo, el conocimiento que los profesionales de la salud y el público en general tienen sobre las habilidades y competencias profesionales específicas que son necesarias para llevar a la práctica clínica la TCC es probablemente más escaso (Fullana et al., 2011). Y, aunque la evidencia científica que apoya su eficacia es evidente, los mecanismos a través de los que ejerce sus efectos beneficiosos no están tan definidos para los profesionales de la psicología que se inician en esta práctica asistencial.

En este sentido, Rapley y Loades (2018) sugieren que la evaluación y la comprensión de esos mecanismos que están en la base son cruciales para la implementación eficaz de la TCC en la práctica clínica, así como la formación específica que se requiere para la prestación de servicios basada en la mejor evidencia científica disponible.

En la actualidad, y con relativa independencia del marco teórico desde el que se trabaje, los estudios realizados sobre la práctica clínica basada en la evidencia nos vienen a indicar que existen determinadas variables en relación con el terapeuta, paciente e incluso sobre la relación entre ambos (*véase Figura 1*), que van a incidir de manera relevante en el desarrollo del tratamiento y en el logro de las metas terapéuticas, al margen del tipo de técnicas empleadas (Quiles et al, 2014).

Concretamente, hay algunos estudios que indican que variables como la adherencia terapéutica y las competencias del/la terapeuta puede tener cierta influencia en la efectividad de los resultados logrados específicamente en la TCC en la infancia y

adolescencia (Rapley y Loades, 2018). Sin embargo, como sugieren dichas autoras, la investigación de los procesos influyentes en la TCC en la infancia y adolescencia es significativamente menor en comparación con la literatura existente respecto a personas adultas.

En esta línea, Bunge, Gomar y Mandil (2011) destacan algunas investigaciones desarrolladas en este ámbito en los últimos años en las que el estilo del terapeuta cobra importancia sobre el resultado del tratamiento. Y es que, si esto ocupa un lugar central en la clínica con personas adultas, en la infancia y la adolescencia el estilo del terapeuta no puede dejarse a un lado. Asimismo, Rivadeneira, Dahab y Minici (2007) señalan que los programas de entrenamiento en TCC dejan claro que el profesional de la psicología, además de poseer una sólida formación teórica y técnica, debe poseer ciertas habilidades de comunicación orientadas al fortalecimiento de la relación terapéutica. Así pues, el/la terapeuta debe tener en cuenta de forma especial, el momento del desarrollo evolutivo en el que se encuentre cada menor de cara al trabajo terapéutico en la infancia y adolescencia.

La intervención a través de la TCC requiere tener la capacidad de identificar, cuestionar y generar sistemáticamente formas alternativas de pensar. Este proceso demanda al profesional de la psicología cierto grado de madurez y complejidad cognitiva, y requiere tener la capacidad de realizar tareas abstractas tales como, contemplar los hechos desde diferentes perspectivas o bien concebir atribuciones alternativas. Sin embargo, no todo el peso de su eficacia recae sobre las habilidades y competencias del/la terapeuta. La cuestión de hasta qué punto los niños pequeños poseen el nivel de madurez cognitiva necesario para poder “pensar acerca del pensamiento”, es algo que ha sido objeto de debate (Stallard, 2007).

Por su parte, Stallard (2007) refiere que la TCC en adolescentes también presenta ciertas características distintivas. Para utilizar la TCC con adolescentes es preciso revisar una serie de cuestiones evolutivas que podrían ejercer un impacto sobre el proceso terapéutico. Belsher y Wilkes (1994) mencionaron algunas de estas cuestiones que conviene tomar en consideración tales como: reconocer el egocentrismo de los adolescentes, fomentar la colaboración, fomentar la objetividad, formular preguntas socráticas, cuestionar el pensamiento dicotómico e implicar e incluir a otras personas significativas o importantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) definió la adherencia terapéutica como “el grado en el que el comportamiento de una persona favorece: tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

En el ámbito de la intervención psicológica, la adherencia terapéutica no se refiere a una sola conducta, sino a un repertorio de conductas que incluyen aceptar formar parte de un programa de tratamiento, evitar comportamientos de riesgo e incorporar un estilo de vida con conductas saludables, considerando que tales conductas se desarrollaran a partir de la interacción del paciente y los agentes de salud. El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción comprende el realizar una serie de tareas que requieren saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer (Monserrat, 2018).

Libertad (2004) citado por Montoya-Luna et al. (2020) afirma que la adherencia terapéutica es un conjunto de conductas que conducen a la participación, comprensión y cumplimiento del tratamiento por parte del consultante de manera conjunta con el profesional de la salud, además de conductas de búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado deseado.



Por otro lado, según Baldwin e Imel (2013) la literatura relacionada con los resultados logrados en psicoterapia sugiere que algunos/as terapeutas logran mejores resultados que otros/as. Sin embargo, el estudio de la adherencia terapéutica ha recibido mayor atención que el estudio y/o análisis de las habilidades y competencias del/la terapeuta en la intervención con niños/as y adolescentes (Goense et al., 2014; Perepletchikova et al., 2007).

En esta línea, la Asociación Británica de Consejería y Psicoterapia (ABCP, 2017) señala que existen una serie de competencias básicas para el abordaje psicológico en la infancia y adolescencia (*véase Apéndice A*). Entre ellas se encuentran el conocimiento de desarrollo en niños/as y jóvenes, desarrollo familiar y transiciones; el conocimiento y comprensión de los problemas de salud mental en niños/as, gente joven y adultos y la habilidad para comunicarse con niños/as y/o jóvenes de diferentes edades, niveles de desarrollo y antecedentes.

El objetivo de esta revisión sistemática (RS) es examinar la evidencia científica sobre la relación entre las habilidades y competencias del profesional de la psicología y la adherencia terapéutica y los resultados de la TCC para el abordaje de trastornos mentales en la infancia y adolescencia.

## **Método**

### **Diseño de estudio**

Se trata de una revisión sistemática que se ha desarrollado siguiendo las directrices marcadas por La Declaración PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman y Grupo

Prisma, 2009). También se han seguido las indicaciones comprendidas en el artículo titulado *Standars on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health* (Perestelo-Pérez ,2013) sobre cómo realizar una RS.

En primer lugar, se realizó una búsqueda preliminar sobre el tema en cuestión con el fin de encontrar estudios relacionados, encontrándose una revisión sistemática (Rapley y Loades, 2018) que evalúa la competencia del terapeuta, la adherencia y los resultados de la TCC individual para niños y jóvenes. Esta revisión incluye 5 estudios en los que la adherencia terapéutica y/o las competencias de la/el terapeuta son evaluadas en relación con los resultados de la terapia, específicamente en población infantil (menores de 18 años) que recibe TCC a nivel individual.

Los resultados de tal investigación señalan que el peso de la adherencia terapéutica y/o las competencias de la/el terapeuta en los resultados de la terapia son limitados e inconsistentes. En consecuencia, las autoras mencionan lo difícil que es proponer recomendaciones para la práctica de la TCC en población joven ante una literatura tan dispersa. Por ello, mencionan la necesidad que existe de que en el futuro se realicen estudios bien diseñados de TCC en jóvenes, con el objetivo de conocer cuáles son esos “ingredientes activos” involucrados que pueden contribuir a perfeccionar protocolos y maximizar la eficacia en el tratamiento partiendo de una mejora en la formación del profesional de la psicología.

La RS que se presenta a continuación ha tomado de referencia la revisión sistemática de Rapley y Loades (2018) ya mencionada y recoge los estudios incluidos en la misma además de los nuevos estudios publicados al respecto en los últimos 5 años (desde el año 2016 en adelante), con la finalidad de actualizar la información al respecto.

## **Criterios de inclusión**

### *Tipo de intervención*

Se incluyen estudios centrados en la TCC que: a) Se componen al menos de 3 sesiones de intervención; b) Se realizan a nivel individual y c) Se emplean para tratar un trastorno mental.

Los estudios eran excluidos si se centraban en métodos alternativos de intervención (otros tipos de terapia diferentes a la TCC) o si se centraban en la TCC, pero se componían de menos de 3 sesiones, no se empleaba para tratar un trastorno mental o si el formato de aplicación era a nivel grupal (*ver Tabla 1*).

### *Tipo de participantes*

En esta RS se incluyen estudios con población infantil y adolescentes (menores de 18 años) que presentan diagnóstico de algún trastorno mental. Para que los estudios fueran incluidos, el diagnóstico debía basarse en un sistema de clasificación formal como La Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS, 1995) o El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2002, 2014). También pueden incluirse estudios en los que la población es diagnosticada a partir de las puntuaciones obtenidas en escalas o instrumentos validados.

### *Tipo de estudios*

Se incluyen Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) y Revisiones Sistemáticas (RS) publicados en los últimos cinco años (2016-2021) sobre la relación explícita entre la adherencia terapéutica y/o las competencias de la/el terapeuta y la eficacia de la TCC en pacientes menores de 18 años. Solamente se han incluido los estudios publicados en inglés y español.

### *Tipo de medidas de resultados*

Los estudios incluidos deberán evaluar: a) cambios en los síntomas medidos a través de una escala validada, entrevista estandarizada y/o medida pre y post intervención; b) medida psicométrica validada de adherencia terapéutica y/o competencias del/la terapeuta y c) estudio explícito sobre la relación entre la adherencia terapéutica y/o la competencia del/la terapeuta y el resultado de la terapia.

### **Estrategia de búsqueda y fuentes de información**

Para llevar a cabo la presente RS se ha empleado el método PRISMA y el formato PICO (Paciente, Intervención, Comparador y Resultado).

Con anterioridad a la búsqueda de los estudios, se elaboró un Protocolo de RS en el que se recogió la pregunta de investigación, los objetivos de la revisión, las palabras

claves (*ver Apéndice B*) y los criterios de inclusión y exclusión para los estudios (*ver Tabla 1*).

Las búsquedas se realizaron desde enero de 2016 (año hasta el que se incluyen los estudios recogidos en la RS de referencia de Rapley y Loades, 2018) hasta julio de 2021 en tres bases de datos electrónicas: PsycINFO, PubMed y Google Scholar (*ver Tabla 2*).

Concretamente, las palabras claves utilizadas fueron las mismas que se emplearon en la RS de Rapley y Loades (2018): 1) Cognitive Behavioral Therapy 2) Children 3) Young people 4) Therapist adherence y 5) Therapist competence. Y, para mejorar el alcance de la búsqueda, se emplearon términos sinónimos como “CBT”, “Young person”, “Adolescents” y “Pediatrics”. Estos términos se unieron a las palabras claves mediante los conectores “AND” y “OR” (*véase la Tabla 3*).

### **Proceso de selección de las referencias**

Para comenzar, con el fin de manejar los estudios hallados de forma eficiente, todos los artículos encontrados en cada base de datos se registraron en Microsoft Excel (una hoja para cada base de datos). Cada hoja incluía las siguientes columnas informativas:

- ID (Identificador Digital) /Doi (Identificador de Objeto Digital)
- Año de publicación
- Nombre de autores/as
- Título del estudio

Una vez registrados todos los artículos hallados, se pasó a la eliminación de posibles estudios duplicados, es decir, se eliminaron aquellos artículos que aparecieran más de una vez entre los artículos registrados por haber sido hallados en más de una base de datos.

A continuación, se utilizó una lista de comprobación también llamada *checklist* (ver Apéndice C) en la que se recogían los criterios de inclusión y exclusión, es decir, todos aquellos requisitos que debían cumplir los estudios para ser incluidos en la RS, así como los aspectos que, en caso de presentarse, harían que el estudio en cuestión quedara excluido.

Teniendo como referencia dicho *checklist*, se revisaron uno a uno los títulos y resúmenes de los estudios hallados en las distintas bases de datos para verificar si cumplían todos los criterios de inclusión y aquellos en los que surgieron dudas, se consultaron con una segunda revisora (LPP). Siempre se acudía al protocolo de la revisión hasta llegar a un consenso.

Posteriormente, se añadieron a cada hoja de datos en Excel las columnas de “Incluido/Excluido” y “Motivo” para diferenciar entre los artículos que finalmente serían incluidos de los excluidos.

A continuación, tanto los estudios seleccionados como aquellos en los que existían dudas se leyeron a texto completo con la finalidad de asegurar al máximo posible que cada uno de ellos incluyera toda la información de interés.

Finalmente, de los artículos incluidos se extrajo la información relevante teniendo en cuenta las variables marcadas como objetivos fundamentales del estudio (ver Figura 2).

### **Evaluación de sesgo y calidad metodológica**

Para evaluar el riesgo de sesgo y la calidad metodológica de los estudios incluidos se ha empleado el instrumento CASP (Critical Appraisal Skills Programme, 2017).

Se trata de un *checklist* de 10 ítems que se distribuyen en 3 secciones. La Sección A comprende 6 ítems que evalúan si los resultados de los estudios incluidos en la revisión son válidos. La Sección B incluye 3 ítems relacionados con los resultados de los estudios y, la Sección C evalúa a través de 1 ítem si los resultados de los estudios son útiles a nivel local. Para responder a cada uno de los ítems, hay 3 alternativas de respuesta: “Sí”, “No” o “No lo dice” (véase *Tabla 4*).

### **Análisis y síntesis de datos**

La extracción de datos también se realizó a través de Microsoft Excel, organizando en una hoja de datos toda la información necesaria de cada uno de los estudios incluidos en la RS.

Concretamente, se extrajo información relacionada con las características de los estudios, así como sobre los resultados de cada uno de ellos. Entre las características de los estudios (*ver Tabla 5*) se incluyeron:

- a) Autores/as y año de publicación
- b) Características de la población (edad, sexo, nº de participantes y diagnóstico)
- c) Tipo de intervención (tipo de terapia, número de sesiones, formato de la sesión)

d) Diseño del estudio (Ensayo Controlado Aleatorizado o RS)

Por otro lado, entre los aspectos más relevantes de los resultados (*ver Tabla 6*) se extrajo la siguiente información:

a) Medidas de resultado (escalas validadas que evalúan cambios en la sintomatología asociada a los trastornos mentales diagnosticados).

b) Medidas de adherencia terapéutica (escalas validadas, nº de asistencia a sesiones, realización de tareas, nivel de obediencia/cooperación en las sesiones...).

c) Medidas de alianza terapéutica (escalas validadas).

d) Medidas de competencias terapéuticas (escalas validadas y características del/la terapeuta).

e) Información sobre evaluadores de las medidas de resultado, adherencia, alianza y competencia terapéuticas.

f) Nº de sesiones evaluadas.

g) Conclusiones de los estudios.

## **Resultados**

### **Estudios seleccionados**

La RS incluye un total de 13 estudios (*véase tabla 5*), 5 estudios (ECAs y Estudios Observacionales Controlados) procedentes de la RS de Rapley y Loades (2018) y 8 ECAs adicionales hallados en la presente revisión.



El rango de edad de los/as participantes incluidos es de 7-17 años y en todos los estudios se incluían tanto hombres como mujeres.

Otro aspecto relevante en los estudios es que mayoritariamente, los/as participantes eran personas blancas seguidas de afroamericanas y, en menor proporción, los/as latinos/as. Cabe destacar que esta variable no fue recogida en 3 de los estudios incluidos (Boyer, MacKay, McLeod y van der Oord, 2018; Fauskanger Bjaastad et al., 2018; Lenhard et al., 2019;).

En cuanto al nivel socioeconómico, excepto el estudio de Lenhard et al. (2019) que no recogió información sobre esta variable, la mayoría de los/as participantes eran de clase media y media alta.

Respecto al diagnóstico de trastornos mentales, aparecen diversos diagnósticos: Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS), Fobia Social, Fobia Específica y Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) (McLeod et al., 2018, 2019); Fobia Social, TAS y Trastorno de Ansiedad Social (Fauskanger Bjaastad et al., 2018; Lee et al., 2019; Southam-Gerow et al., 2016); Trastorno del Espectro Autista (TEA) (Burnham Riosa, Khan y Weiss, 2019) y otros trastornos variados como Trastorno TIC, Trastorno de Ansiedad Social, TAG, Agorafobia, Trastorno de Pánico, Fobia específica, TAS, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Autolesión no suicida (Lenhard et al., 2019); Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (Boyer, MacKay, McLeod y van der Oord, 2018).

Además, entre las intervenciones recogidas en los estudios aparecen protocolos de tratamiento como *Coping Cat* (Lee et al., 2019; McLeod et al., 2018,2019; Southam-Gerow et al., 2016); el programa FRIENDS (Fauskanger Bjaastad et al., 2019) y *The Secret Agency Society: Operation Regulation* (Burnham Riosa, Khan y Weiss, 2019).

Asimismo, se emplean subtipos de TCC como el *Plan My Life (PML)* y *Solution-Focused Treatment (SFT)* (Boyer, MacKay, McLeod y van der Oord, 2018).

### **Riesgo de sesgo y calidad metodológica de los estudios incluidos**

La calidad y el rigor de los estudios incluidos fueron evaluados con el *checklist* CASP (2018) ya descrito anteriormente.

En general, se halló una alta calidad en los estudios, lo que significa que los estudios:

- ✓ Describen los objetivos de forma clara.
- ✓ Utilizan una metodología cualitativa apropiada.
- ✓ El diseño de investigación es adecuado para llegar hasta los objetivos planteados.
- ✓ La estrategia de selección de participantes era apropiada respecto al objetivo de la investigación.
- ✓ La información fue extraída de forma que buscaba relacionarse con la pregunta de investigación planteada.
- ✓ La relación entre los/as investigadores/as se considera adecuada.
- ✓ Los aspectos de ética y confidencialidad se tienen en cuenta.
- ✓ El análisis de datos fue suficientemente riguroso.
- ✓ Los resultados hallados están claros.
- ✓ Los hallazgos de la investigación contribuyen a comprender mejor la información que ya existía en la literatura y/o pueden transferirse a otras poblaciones.

No obstante, los estudios de McLeod. et al. (2018, 2019) y Southam-Gerow et al. (2016) no recogen de forma explícita el haber tenido en cuenta los aspectos relacionados con la ética (confidencialidad, consentimiento informado, información sobre el objetivo de la investigación a los/as participantes...). Y otros como el de Podell (2011) directamente no toma en cuenta tales aspectos en su estudio.

Además, algunos estudios (Hogue et al. 2008; Liber et al. 2010) no justifican porqué utilizan tal diseño en sus investigaciones.

### **Resultados de los estudios presentados de forma individual**

La evidencia científica hallada en esta RS indica que, de forma general, ha aumentado la información sobre la relación entre los factores de adherencia terapéutica y competencias del/la terapeuta y los resultados de la TCC en jóvenes con un diagnóstico de trastorno mental.

Lenhard et al. (2019) han demostrado en su estudio que la Escala de Adherencia en Terapia Cognitivo Conductual a través de internet (iiPAS) es una escala que presenta una excelente consistencia interna y que, como se aprecia en los análisis factoriales, mide la adherencia del paciente como un constructo homogéneo dentro del contexto de las intervenciones en internet.

Asimismo, se ha encontrado que la Escala de evaluación Observacional de la Alianza en el Proceso de Terapia (TPOCS-A) es una escala válida y fiable para medir la alianza terapéutica en niños/as con autismo (Burnham Riosa, Khan y Weiss 2019).

Otra de las aportaciones que hace el estudio de Fauskanger Bjaastad et al. (2018) es que una mayor adherencia terapéutica estaba relacionada con mejores resultados terapéuticos, mientras que otros factores como los años de experiencia clínica y la competencia se relacionaban con peores resultados terapéuticos. Sin embargo, el estudio de McLeod et al. (2019) apunta que tanto la adherencia como las competencias terapéuticas son mayores en entornos de investigación que en entornos comunitarios, lo que sugiere que la cantidad y la calidad de TCC individual difiere según los entornos.

Además, McLeod et al. (2018) hallaron que la Escala de Competencias en Terapia Cognitivo Conductual para jóvenes con ansiedad (CBAY-C) es un instrumento adecuado para evaluar el impacto de la formación y la supervisión como competencias del terapeuta.

Respecto al estudio de Lee et al. (2019) a mayor alianza terapéutica entre jóvenes y terapeuta, menor gravedad de la ansiedad, mejor funcionamiento global y respuesta al tratamiento hasta 12 semanas después de la TCC. También respecto a la alianza terapéutica Boyer, MacKay, McLeod y van der Oord, 2018 et al. (2018) hallaron que esta varía en función de la intervención utilizada con adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), de forma que esta es mayor cuando la intervención enseña habilidades de planificación y está estructurada y enfocada. Sin embargo, una mayor alianza terapéutica no se traduce con mejores resultados tras la terapia.

Por último, los hallazgos de Southam-Gerow et al. (2016) proporcionan datos preliminares que respaldan la Escala de Evaluación de Adherencia en Terapia Cognitivo Conductual para jóvenes con ansiedad (CBAY-A) como una medida observacional de la adherencia al tratamiento con TCC individual para la ansiedad en jóvenes.

## Discusión

### Resumen de la evidencia

El principal objetivo de esta RS era investigar si existe relación entre las habilidades y competencias del profesional de la psicología y la adherencia terapéutica y los resultados de la TCC para el abordaje de trastornos mentales en la infancia y adolescencia.

En el estudio de McLeod et al. (2019) se vislumbra otra forma de medir las competencias terapéuticas a través de la CBAY-C, el primer instrumento compuesto por elementos prácticos de los programas de TCC, a diferencia de las intervenciones que se encuentran en tratamientos específicos de manuales, sugiriendo que es posible que en las investigaciones futuras se desarrollen instrumentos que puedan aplicarse en múltiples programas de tratamiento.

Respecto a las competencias del/a terapeuta, se ha encontrado que esta variable se suele asociar en las investigaciones con la formación del/la terapeuta, los contenidos específicos de la TCC que maneja y la organización y formato de la supervisión de los casos clínicos y no tanto con habilidades y actitudes más intrapersonales. Sin embargo, Burnham Riosa, Khan y Weiss (2019) refieren que sería interesante considerar las características de los/as terapeutas para ver cómo influyen en el desarrollo de la alianza terapéutica.

Por otra parte, parece que hay otros factores más específicos relacionados con trastornos mentales concretos que, al ser trabajados, parecen atraer más la atención de los/as investigadores/as por su influencia sobre los resultados en la TCC. Por ejemplo, en menores de 18 años con diagnóstico de Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) a

los que se aplica la Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el trauma (TF-CBT) y la Terapia Cognitivo Conductual de Alternativas para familias (AF-CBT) se ha hallado que la desregulación emocional y la autculpa pueden influir en el tratamiento y, por tanto, en los resultados de la terapia (Sharma-Patel y Brown, 2016).

Por último, se puede apreciar que con el avance de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), la investigación en psicología se intenta adaptar a tal avance, creando nuevos instrumentos de evaluación como el iiPAS, para medir la adherencia terapéutica en la TCC a través de internet (Lenhard et al, 2019).

### **Limitaciones**

Una de las principales limitaciones es que, para evaluar la calidad de los estudios seleccionados no se ha contado con una revisión por pares independientes, aunque si se ha existido la posibilidad de consultar con una segunda revisora (LPP) aquellos artículos dudosos a la hora de incluirse en la RS.

Otra de las limitaciones comentadas también en algunos estudios es que, a pesar de que varios mencionan el éxito de las escalas para medir la adherencia terapéutica, alianza terapéutica y/o competencias del/la terapeuta e incluso, la relación de alguno de los factores anteriores respecto a los resultados de la TCC, las personas que actuaban como observadores y que evaluaban tales factores, en ocasiones no eran del todo objetivas.

Por otra parte, retomando las definiciones esbozadas por la ABCP (2017), cabe destacar que, aunque la alianza terapéutica no es uno de los factores principales incluidos en su *framework* de competencias claves en el trabajo con niños/as y jóvenes, se ha visto

que con los años ha aumentado el interés en estudiar cómo esta influye en los resultados de la TCC en niños/as y adolescentes con algún diagnóstico de trastorno mental. Por lo que sería interesante que dicho factor se incluyera no como una competencia general de los/as terapeutas, sino como un factor al que hay que prestar especialmente atención en la intervención con la infancia y adolescencia.

Además, a pesar de que la ABCP no reconozca la adherencia terapéutica dentro del marco de competencias claves para la psicoterapia, puede que este hecho esboce alguna pista del porqué aún se siguen necesitando investigaciones sobre la influencia que esta ejerce. En este sentido, es posible que existan dudas acerca de su significado por ser un concepto tan abstracto.

Por último, solo se consideró la inclusión de estudios en inglés y español, por lo que cabe la posibilidad de que se hayan omitido investigaciones escritas en otros idiomas que incluyeran datos de interés para la presente investigación.

## **Conclusiones**

Desde la RS de Rapley et al.(2018) hasta los resultados esbozados por la presente revisión sistemática, se puede apreciar el avance tanto en la creación y aplicación de instrumentos (“CBAY-A” McLeod et al., 2018, 2019; Southam-Gerow et al., 2016; “CBAY-C” McLeod et al., 2019; “TPOCS-RS” McLeod et al. 2018) como en la existencia de nuevas intervenciones que han intentado refinar sus diseños y metodologías con la finalidad de averiguar si, específicamente, las variables de la adherencia terapéutica y las competencias del/la terapeuta guardan relación con los resultados obtenidos en la TCC en niños/as y adolescentes.

Hay que señalar que, así como en este proceso de búsqueda ha destacado la aparición de otras variables que posiblemente estén relacionadas con los resultados de la TCC, como, por ejemplo, la alianza terapéutica (Burnham Riosa, Khan y Weiss 2019; McLeod et al., 2018; Southam-Gerow et al., 2016) podrían existir además otros factores que apoyaran la idea de que el proceso terapéutico esté influenciado por una multitud de factores. De forma que, la investigación en relación con la búsqueda de las variables que influyen en los resultados que se obtienen con dicha terapia en niños/as y adolescentes seguiría siendo un puzzle con piezas por encajar.

No obstante, a pesar de los esfuerzos ya realizados en esta línea por diferentes investigadores/as, se hace necesario continuar no solo para llegar a maximizar la eficacia y la efectividad de la TCC sino, además, para lograr mejores protocolos y recomendaciones que guíen la práctica clínica con niños/as y adolescentes (Rapley y Loades, 2018).



## Referencias

- Aspvall, K. (2020). *Novel treatment approaches for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder*. Karolinska Institutet.
- Boyer, B., MacKay, KJ., McLeod, BD., y van der Oord, S. (2018). Comparing alliance in two cognitive-behavioural therapies for adolescents with ADHD using a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 49(5), 781-795.
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2011). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos- 3 edición*. Buenos Aires: Librería AKADIA Editorial.
- Burnham Riosa, P., Khan, M., & Weiss, J. A. (2019). Measuring therapeutic alliance in children with autism during cognitive behavior therapy. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(6), 761-767. <https://doi.org/10.1002/cpp.2404>
- Collyer, H., Eisler, I. & Woolgar, M. Systematic literature review and meta-analysis of the relationship between adherence, competence, and outcome in psychotherapy for children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 29, 417-431 (2020). Doi: [10.1080/15374416.2017.1381914](https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1381914).
- Critical Appraisal Skills Programme. CASP Case Control Checklist. 2017. <https://www.casp-uk.net/checklists>
- Driscoll, K., Schonberg, M., Stark, M.F. et al. Family-Centered Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety in Very Young Children with Austim Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord* 50, 3905-3920 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04446-y>

- Fauskanger Bjaastad, J., Henningsen Wergeland, G. J., Mowatt Haugland, B. S., Gjestad, R., Havik, O. E., Heiervang, E. R., & Öst, L. G. (2018). Do clinical experience, formal cognitive behavioural therapy training, adherence, and competence predict outcome in cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in youth? *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(6), 865-877. <https://doi.org/10.1002/cpp.2321>
- Fullana MA, et al. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Med Clin (Barc)*. 2011. Doi: [10.1016/j.medcli.2011.02.017](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017)
- Ghafoori, B., Garfin, D. R., Ramírez, J., & Khoo, S. F. (2019). Predictors of treatment initiation, completion, and selection among youth offered trauma-informed care. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(7), 767–774. <https://doi.org/10.1037/tra0000460>
- Lee, P., Zehgeer, A., Ginsburg, G. S., McCracken, J., Keeton, C., Kendall, P. C., Compton, S. (2019). Child and adolescent adherence with cognitive behavioral therapy for anxiety: predictors and associations with outcomes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), S215-S226. Doi: [10.1080/15374416.2017.1310046](https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1310046).
- Lenhard, F., Mitsell, K., Jolstedt, M., Vigerland, S., Wahlund, T., Nord, M., ... & Högström, J. (2019). The internet intervention patient adherence scale for guided internet-delivered behavioral interventions: development and psychometric evaluation. *Journal of medical Internet research*, 21(10), e13602. Doi: [10.2196/13602](https://doi.org/10.2196/13602)
- McLeod BD, Southam-Gerow MA, Jensen-Doss A, Hogue A, Kendall PC, Weisz JR. Benchmarking Treatment Adherence and Therapist Competence in Individual Cognitive-Behavioral Treatment for Youth Anxiety Disorders. *J Clin Child*

Adolesc Psychol. 2019;48(sup1): S234-S246. Doi: [10.1080/15374416.2017.1381914](https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1381914)

McLeod BD, Southam-Gerow MA, Rodríguez A, Quinoy AM, Arnold CC, Kendall PC, Weisz JR. Development and Initial Psychometrics for a Therapist Competence Instrument for CBT for Youth Anxiety. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018 Jan-Feb;47(1):47-60. Doi: [10.1080/15374416.2016.1253018](https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1253018)

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. Doi: [10.1371/ journal.pmed.1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097)

Montoya Luna, C. P., Salinas Giraldo, H. P., & Ramirez Hurtado, N. (2020). Importancia de la empatía en la adherencia terapéutica desde el enfoque cognitivo conductual con niños y niñas.

Oviedo Neria, M. (2018). Psicología de la salud y adherencia al tratamiento. *Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula*, 5(9). <https://doi.org/10.29057/esat.v5i9.2879>

Sharma-Patel, K., & Brown, E. J. (2016). Emotion regulation and self blame as mediators and moderators of trauma-specific treatment. *Psychology of Violence*, 6(3), 400–409. <https://doi.org/10.1037/vio0000044>

Southam-Gerow, M. A., McLeod, B. D., Arnold, C. C., Rodríguez, A., Cox, J. R., Reise, S. P., Bonifay, W. E., Weisz, J. R., & Kendall, P. C. (2016). Initial development of a treatment adherence measure for cognitive-behavioral therapy for child anxiety. *Psychological Assessment*, 28(1), 70–80. <https://doi.org/10.1037/pas0000141>

Stallard, P. (2002). *Pensar bien-Sentirse Bien. Manual práctico de terapia cognitivo conductual para niños y adolescentes*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.

Stockings, E., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y., Erskine, H., Whiteford, H., & Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: A review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46(1), 11-26. Doi: [10.1017/S0033291715001725](https://doi.org/10.1017/S0033291715001725)

## Tablas

Tabla 1

*Criterios de inclusión y criterios de exclusión*

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
✓ <b>Participantes menores de 18 años</b>	✗ Participantes adultos (mayores de 18 años)
✓ <b>Intervención: TCC (mínimo de 3 sesiones)</b>	✗ Modelos de intervención alternativos (diferentes a la TCC)
✓ <b>TCC a nivel individual</b>	✗ TCC a nivel grupal
✓ <b>La finalidad de la intervención es tratar un trastorno mental</b>	✗ TCC con menos de 3 sesiones
✓ <b>Medida de cambio de síntomas a través de una escala psicométrica validada, una entrevista estandarizada o medida pre y post intervención</b>	✗ La finalidad de la intervención no es tratar un trastorno mental
✓ <b>Medida psicométrica validada de adherencia terapéutica y/o competencias del/la terapeuta</b>	✗ Medida psicométrica validada de factores que no son ni adherencia terapéutica ni competencias del terapeuta
✓ <b>Estudio explícito de la relación entre la adherencia terapéutica y el resultado de la terapia y/o las competencias del/la terapeuta y el resultado de la terapia</b>	✗ El diseño del estudio no es un Ensayo Controlado Aleatorizado ni una Revisión Sistemática.
✓ <b>El diseño del estudio es un Ensayo Controlado Aleatorizado o una Revisión Sistemática</b>	✗ Artículo publicado en otro idioma diferente al inglés y español
✓ <b>Artículos publicados en inglés y español</b>	

**Tabla 2***Estrategia de búsqueda*

<b>Base de datos</b>	<b>Combinación de palabras claves</b>	<b>Filtros</b>	<b>N.º de resultados</b>
<b>PubMed</b>	CBT <b>or</b> Cognitive Behavioral Therapy <b>and</b> children <b>or</b> young people <b>or</b> young person <b>or</b> adolescent <b>or</b> pediatric <b>and</b> therapist <b>and</b> competence <b>or</b> adherence	<input checked="" type="checkbox"/> Texto complete gratis <input checked="" type="checkbox"/> Ensayos Controlados Aleatorias <input checked="" type="checkbox"/> Fecha de publicación: enero 2016- junio 2021 <input checked="" type="checkbox"/> Humanos <input checked="" type="checkbox"/> Preescolar: 2-5 años <input checked="" type="checkbox"/> Niños/as: 6-12 años <input checked="" type="checkbox"/> Adolescentes: 13-18 años <input checked="" type="checkbox"/> Inglés	<b>418</b>
<b>PsycINFO</b>	CBT <b>or</b> Cognitive Behavioral Therapy <b>and</b> children <b>or</b> young people <b>or</b> young person <b>or</b> adolescent <b>or</b> pediatric <b>and</b> therapist <b>and</b> competence <b>or</b> adherence	<input checked="" type="checkbox"/> Buscar también dentro del texto completo de los artículos <input checked="" type="checkbox"/> Enlace a texto completo <input checked="" type="checkbox"/> Fecha de publicación: Enero 2016- Junio 2021 <input checked="" type="checkbox"/> Hay referencias disponibles <input checked="" type="checkbox"/> Publicaciones arbitradas <input checked="" type="checkbox"/> Inglés <input checked="" type="checkbox"/> Infancia (nacimiento- 12 años) <input checked="" type="checkbox"/> Edad preescolar (2-5 años) <input checked="" type="checkbox"/> Edad escolar (6-12 años) <input checked="" type="checkbox"/> Adolescencia (13-17 años) <input checked="" type="checkbox"/> Humanos <input checked="" type="checkbox"/> Inpatient <input checked="" type="checkbox"/> Outpatient	<b>302</b>

---

	CBT	or	Cognitive	<input checked="" type="checkbox"/>	2016-2021	
<b>Google</b>	Behavioral	Therapy	and	<input checked="" type="checkbox"/>	Buscar solo páginas en inglés	
<b>Scholar</b>	children	or	young people	<input checked="" type="checkbox"/>	Incluir citas	<b>28</b>
	or	young	person	or		
	adolescent	or	pediatric	and		
	therapist	and	competence			
	or	adherence				

---

**Tabla 3***Combinación de los términos para la estrategia de búsqueda*

---

<b>“CBT” OR “Cognitive Behavioral Therapy”</b>
<b>AND “Children” OR “young people” OR “young person” OR “adolescents” OR “pediatric”</b>
<b>AND Therapist AND competence OR adherence</b>

---



**Tabla 4**  
*Evaluación de riesgo de sesgos*

Items	SECCIÓN A ¿Son válidos los resultados?			SECCIÓN B ¿Cuáles son los resultados?			SECCIÓN C ¿Ayudarán los resultados a nivel local?			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Estaba claro el objetivo de la investigación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Es una metodología cualitativa apropiada?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Fue el diseño de investigación apropiado para abordar los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Fue la estrategia de selección adecuada a los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Fueron los datos recopilados de una manera que abordaron el tema de la investigación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Se ha considerado adecuadamente la relación entre el investigador y los participantes?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Hay una declaración clara de los hallazgos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué tan valiosa es la investigación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Boyer, MacKay, McLeod y van der Oord (2018)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Burnham Riosa, Khan y Weiss (2019)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Fauskanger Bjaastad et al. (2019)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Lee et al. (2019)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Lenhard et al. (2019)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
McLeod et al. (2018)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No lo dice	Sí	Sí	Sí
McLeod et al. (2019)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No lo dice	Sí	Sí	Sí
Southam-Gerow et al. (2016)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No lo dice	Sí	Sí	Sí

**Tabla 4**

*Evaluación de riesgo de sesgos*

Items	SECCIÓN A ¿Son válidos los resultados?			SECCIÓN B ¿Cuáles son los resultados?			SECCIÓN C ¿Ayudarán los resultados a nivel local?			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Estaba claro el objetivo de la investigación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Es una metodología cualitativa apropiada?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Fue el diseño de la investigación apropiado para los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Fue la estrategia de selección de la investigación adecuada a los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Fueron los datos recopilados de una manera adecuada para los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Se han tenido en cuenta las cuestiones éticas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Se ha considerado adecuadamente la relación entre el investigador y los participantes?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Fue el análisis de datos riguroso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Hay una declaración clara de los hallazgos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué tan valiosa es la investigación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Chinchilla, (2007)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Ginsburg et al. (2012)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Hogue et al. (2008)	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Liber et al. (2010)	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Podell, (2011)	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí

**Tabla 5**  
*Características de los estudios*

<b>Autor(año)</b>	<b>Diseño</b>	<b>N</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Edad media (%Hombres)</b>	<b>Objetivo principal</b>	<b>Intervención</b>	<b>Comparador</b>	<b>N.º de sesiones</b>	<b>Seguimiento</b>
<b>Boyer, MacKay, McLeod y van der Oord (2018)</b>	ECA*	159	TDAH*	14.54 (PML) y 14.28 (SFT), rango 12-17 (72.22%)	Evaluar la diferencia de la alianza terapéutica entre PMLA Y SFT	PML* SFT*	PML* vs. SFT*	10 (8 niños/as+2 padres)	-
<b>Burnham Riosa, Khan y Weiss (2019)</b>	ECA*	20	TEA*	9.75, rango 8-13 (85%)	Mejorar las habilidades para la regulación emocional	The Secret Agent Society: Operation Regulation	-	10 (padres+ niño/a)	-
<b>Chinchilla, (2007)</b>	ECA*	64	-	15, rango 13-17, (80%)	Abuso de sustancias	TCC*	-	Media= 12.12	-
<b>Fauskanger Bjaastad et al. (2019)</b>	ECA*	170	TAS*, Fobia Social y TAG*	11.6, rango 8-15 (2,1%)	Relación entre experiencia clínica, entrenamiento en TCC* individual, adherencia o competencia y resultados de la TCC	Programa FRIENDS	TCC* grupal Grupo control (lista de espera)	10 (2 padres + niños/as y últimos 15 min. de las 8 restantes) + 2 padres solamente	12 meses
<b>Ginsburg et al. (2012)</b>	ECA*	17	-	11.12, (30%)	Trastornos de ansiedad	TCC*	-	Media= 7.29	-
<b>Hogue et al. (2008)</b>	Controlado	62	-	15.5 (81%)	Abuso de sustancias	TCC*	-	Media= 12.3	-

Tabla 5

## Características de los estudios

Lee et al. (2019)	ECA*	279	TAS*, Fobia Social y TAG*	Rango 7-17 48,4%	Relación entre adherencia y resultados de la TCC*	Coping Cat	12 (10 individuales+ 2 padres y niño/a)	-
Lenhard et al. (2019)	ECA*	148	Trastornos variados*	12:7, rango 7-17 (37,1%)	Desarrollar y evaluar iüPAS* en ICBT*	ICBT*	9-12	-
Liber et al. (2010)	ECA*	24	-	10.72, rango 8-12, (58%)	Trastornos de ansiedad	Programa FRIENDS	14 (10 con niño/a, 4 con padres)	-
McLeod et al. (2018)	ECA*	68	TAS*, Fobia Social, Fobia Específica y TAG*	10.60, rango 7-15 (52,9%)	CBAY-C* para jóvenes con ansiedad	Coping Cat	16 (14 con jóvenes /as+2 jóvenes y padres)	-
McLeod et al. (2019)	ECA*	51	TAS*, Fobia Social, Fobia Específica y TAG*	10.60, rango 7-15 (60,78%)	CBAY-A* y CBAY-C* en TCC* individual para jóvenes con ansiedad	Coping Cat	16 (14 con jóvenes /as+2 jóvenes y padres)	-
Podell (2011)	ECA*	139	-	10.74, rango 7-17, (48,3%)	Trastornos de ansiedad	Coping Cat	14	-
Southam-Gerow et al. (2016)	ECA*	89	TAS*, Fobia Social y TAG*	10.36 (60,8%)	CBAY-A* para jóvenes con ansiedad	Coping Cat	16-20	-

Nota: ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado; IAS= Trastorno de Ansiedad por Separación; IAG= Trastorno de Ansiedad Generalizada; ICC= Terapia Cognitivo Conductual; CBAY-A= Escala de Adherencia en Terapia Cognitivo Conductual para jóvenes con ansiedad; CBAY-C= Escala de Competencias en Terapia Cognitivo Conductual para jóvenes con ansiedad; iüPAS= Escala de Adherencia en Terapia Cognitivo Conductual a través de internet; ICBT= Terapia Cognitivo Conductual a través de internet; YAS-ICBT= Terapia Cognitivo Conductual individual en estudio de jóvenes con ansiedad; Trastornos variados: Trastorno TIC, Trastorno de Ansiedad Social, TAG, Agorafobia, Trastorno de Pánico, Fobia específica, IAS, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Autolesión no suicida; IDAH= Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; PML= Planificar mi vida; SFT= Terapia Centrada en Soluciones

**Tabla 6**  
*Resultados de los estudios*

<b>Autor(año)</b>	<b>Medidas de resultado</b>	<b>Medida de adherencia</b>	<b>Medidas de competencia de alianza</b>	<b>Medidas de alianza</b>	<b>Evaluadores</b>	<b>N.º de sesiones para la evaluación</b>	<b>Conclusiones</b>
Boyer, MacKay, McLeod y van der Oord (2018)	DBD* BRIEF*	-	MITI*	TOPCS-A*	2 terapeutas	-	La alianza terapéutica juega un papel importante en la intervención con adolescentes con TDAH*.
Burnham Riosa, Khan y Weiss (2019)	-	· Finalización de la tarea · Implicación en la sesión	-	TPOCS-A*	2 Evaluadores (alianza) Terapeutas (adherencia)	46 (23x2)	TPOCS-A* es una medida conductual apropiada para medir la alianza terapéutica en niños/as con autismo y sus padres
Chinchilla, (2007)	R-CBCL* YSR*	·	CATC-CBT*	-	Observador	5	No hay relaciones significativas
Fauskanger Bjaastad et al. (2019)	ADIS-CP* SCAS*	·	CAS-CBT*	-	2 evaluadores	3 (pre, post y seguimiento)	La adherencia terapéutica, las competencias y la experiencia clínica están asociadas con los resultados de la TCC* para jóvenes con trastornos de ansiedad.

**Tabla 6**

*Resultados de los estudios*

<p>Hogue et al. (2008)</p>	<p>PEI* CBCL* YSR*</p>	<p>Therapist Behaviour Rating Scale-Competence</p>	<p>-</p>	<p>Observador</p>	<p>5</p>	<p>Efecto principal de la adherencia al consumo de marihuana (d=.44) y en padres la externalización (d=.37). Efecto principal curvilíneo de la adherencia sobre los síntomas de internalización informados por los padres (d=.40).</p>
<p>Ginsburg et al. (2012)</p>	<p>ADIS-IV* CGI-I,S*</p>	<p>TATC*</p>	<p>-</p>	<p>Observador</p>	<p>2</p>	<p>A mayor estructura de la sesión y competencia en la implementación se asoció con mejores resultados de tratamiento.</p>
<p>Lee et al. (2019)</p>	<p>PARS* CGAS* CGI-I*</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>EI*</p>	<p>2 (al principio + 12 semanas después del tratamiento)</p>	<p>A mayor cooperación de los/as jóvenes en la TCC* se predicen varios indicadores de resultados favorables: menor severidad en ansiedad, superior funcionamiento global y una buena respuesta al tratamiento hasta 12 semanas después de la TCC*.</p>
<p>Lenhard et al. (2019)</p>	<p>CGI-S* CSR*</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>21 terapeutas</p>	<p>2 (a mitad del tratamiento y después del tratamiento)</p>	<p>El iiPAS* puede ser una herramienta útil para medir la adherencia en un amplio rango de ICBT*.</p>
<p>Asistencia a sesión. Cooperación/obediencia a las prescripciones. Realización de tareas. Escala tipo Likert de 7 puntos. Formulario resumen después de cada sesión.</p> <p>iiPAS* Variables del uso de la plataforma: n° de entradas; duración en la plataforma; n° de capítulos completados; caracteres escritos en la comunicación y ejercicios.</p>						

**Tabla 6**

*Resultados de los estudios*

<p><b>Liber et al. (2010)</b></p> <p>ADIS-IV* CBCL* MASC*</p> <p>The Australian Treatment Adherence Protocol for the FRIENDS programme</p>	<p>-</p> <p>CBAY-A* TPOCS-RS* TPOCS-A* CIRS*</p> <p>8 evaluadores</p> <p>Observador</p> <p>2</p>	<p>No hay signo de relación entre adherencia y la información que dan niños/as y padres sobre los resultados.</p> <p>Las aplicaciones del instrumento y las direcciones de investigación futuras discutidas incluyen la medición de la integridad del tratamiento y la prueba de las relaciones integridad-resultado.</p>
<p><b>McLeod et al. (2018)</b></p> <p>-</p> <p>CBAY-A* CBAY-C*</p> <p>6 evaluadores</p>	<p>744</p> <p>744</p>	<p>Los terapeutas del entorno comunitario no alcanzaron los índices de adherencia y competencia del entorno de investigación.</p>
<p><b>Podell, (2011)</b></p> <p>CGI-I-S* CBCL* MASC* CGAS*</p> <p>CBT Check-list</p> <p>Formulario de evaluación para la supervisión</p>	<p>-</p> <p>Supervisor</p> <p>Adherencia no está claro.</p>	<p>La integridad del tratamiento del terapeuta fue un predictor significativo del resultado en las medidas calificadas por padres. La competencia del terapeuta fue un predictor de los resultados informados por niños/as.</p>

Tabla 6

## Resultados de los estudio

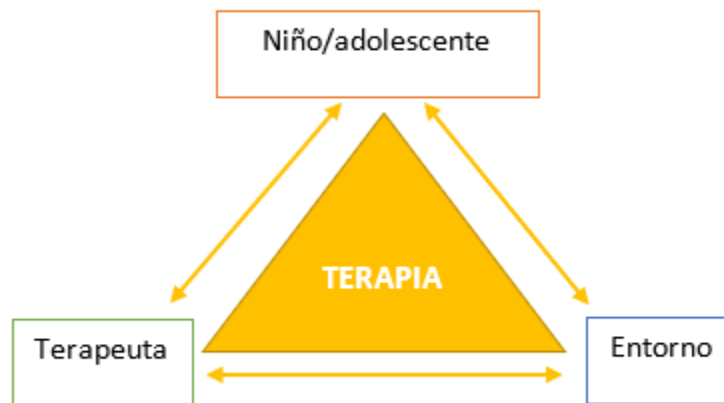
Southam-Gerow et al. (2016)	-	CBAY-A*	-	TPOCS-RS* TPOCS-A*	2 evaluadores	954	CBAY-A* demostró evidencia de validez convergente y discriminante con una medida observacional de las intervenciones terapéuticas y una medida observacional de la alianza terapéutica.
-----------------------------	---	---------	---	-----------------------	---------------	-----	---

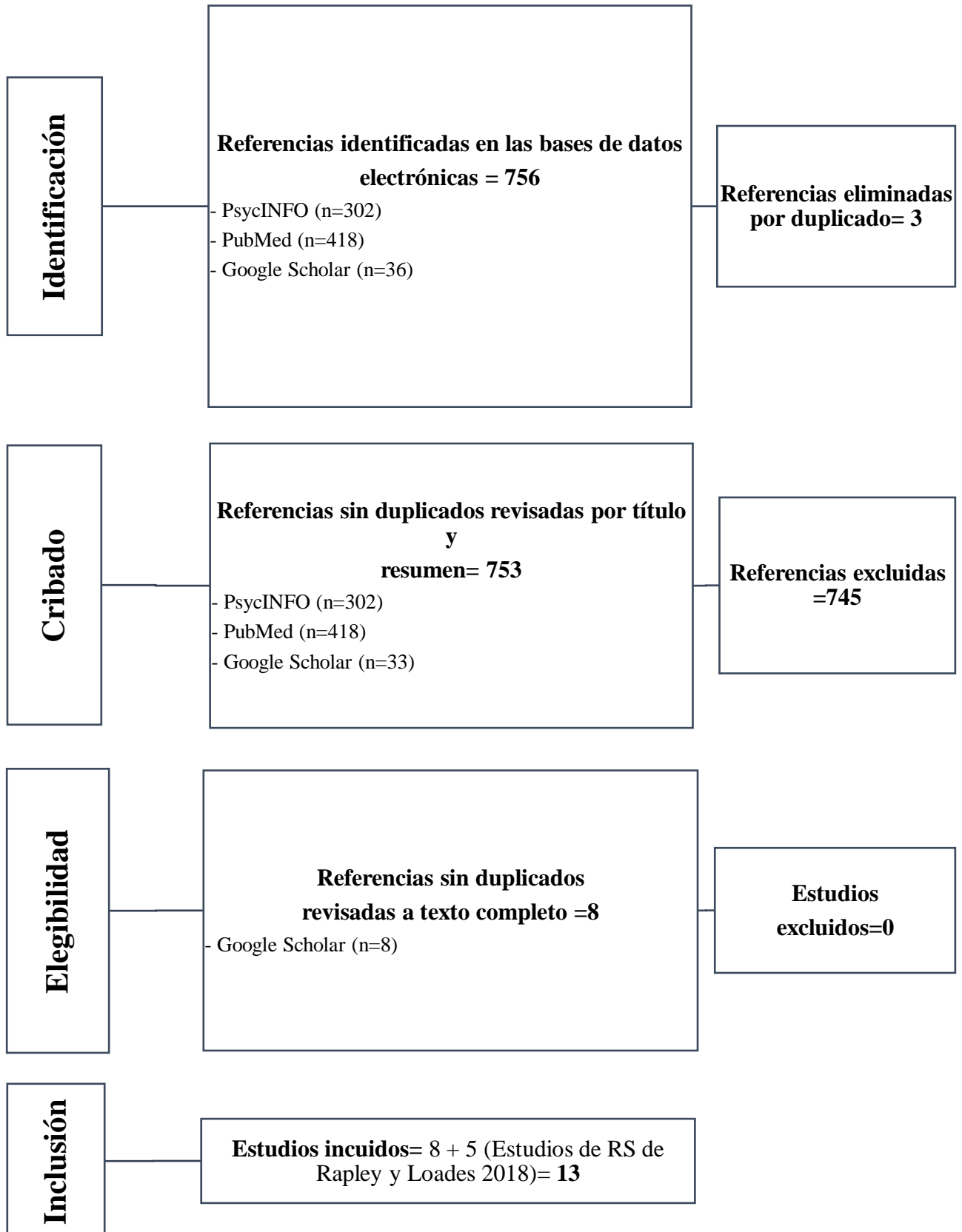
*Nota: R-CBCL= Lista de Verificación de Comportamiento Revisada; YSR=Autoinforme juvenil; ADIS-IV= Entrevistas para el diagnóstico de Trastornos de Ansiedad en niños según DSM-IV para Niños / Padres; CGI-I,S= Escala de Impresión clínica global- Subescala de mejora y Subescala de gravedad; PEI= Inventario de Experiencia Personal; MAS= Escala de Ansiedad Multidimensional para Niños; CGAS= Escala de Evaluación Global para Niños; PARS= Escala de Evaluación de Ansiedad Pediátrica; CGI-I= Escala de Impresión Clínica Global de gravedad; CSR= Entrevista semiestructurada para la evaluación de trastornos de ansiedad pediátrica; ADIS-C/P= Entrevistas para el diagnóstico de Trastornos de Ansiedad en niños según DSM-IV para Niños / Padres; SPAS= Escala de Ansiedad Infantil de Spence; CAS-CBT= Escala para la adherencia y competencias en Terapia Cognitivo Conductual; CBAY-A= Escala de Adherencia en Terapia Cognitivo Conductual para jóvenes con ansiedad; CBAY-C= Escala de Competencias en Terapia Cognitivo Conductual para jóvenes con ansiedad; iPAS= Escala de Adherencia en Terapia Cognitivo Conductual a través de internet; TPOCA= Escala de evaluación observacional de la alianza en el proceso de terapia; TPOCS-RS= Escala Revisada de evaluación observacional para la psicoterapia infantil; EI= Evaluadores Independientes; TDAH= Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; DBD= Escala de evaluación para padres de Trastornos Conductuales Disruptivos; BRIEF= Inventario de evaluación de las funciones ejecutivas; MITI= Tratamiento integral de la entrevista motivacional.*



**Figuras****Figura 1**

*Principales agentes que se relacionan durante la terapia con niños y adolescentes*



**Figura 2***Diagrama de flujo de la revisión sistemática de la literatura*

Apéndices

Apéndice A: Competencias básicas para el trabajo con niños/as y adolescentes

Core competences for work with children and young people	Generic therapeutic competences	Basic competences for humanistic counselling with children and young people	Specific competences for humanistic counselling with children and young people	Metacompetences for humanistic counselling with children and young people	Working in an organisational context
<p>Knowledge of development in children and young people and of family development and transitions</p> <p>Knowledge and understanding of mental health problems in children, young people and adults</p> <p><b>Professional/legal issues</b></p> <p>Knowledge of legal frameworks relating to working with children and young people</p> <p>Knowledge of, and ability to operate within, professional and ethical guidelines</p> <p>Knowledge of, and ability to work with, issues of confidentiality, consent and capacity</p> <p>Ability to work within and across agencies</p> <p>Ability to recognise and respond to concerns about child protection</p> <p>Ability to work in a 'culturally competent' manner</p> <p><b>Engagement &amp; communication</b></p> <p>Ability to engage and work with children/young people, parents and carers</p> <p>Ability to communicate with children and young people of differing ages, developmental level and background</p> <p>Knowledge of psychopharmacology in work with children and young people</p>	<p>Knowledge of models of intervention, and their employment in practice</p> <p>Ability to foster and maintain a good therapeutic alliance, and to grasp the client's perspective and 'world view'</p> <p>Ability to work with the emotional content of the session</p> <p>Ability to manage endings, and service transitions</p> <p>Ability to work with groups of children, young people and/or parents/carers</p> <p>Ability to make use of measures (including monitoring of outcomes)</p> <p>Ability to make use of supervision</p> <p><b>Assessment competences</b></p> <p>Ability to conduct a collaborative assessment</p> <p>Ability to conduct a collaborative assessment with younger clients and their parents/carers</p> <p>Ability to conduct a risk assessment</p>	<p>Knowledge of the basic assumptions and principles of humanistic counselling</p> <p><b>Ability to initiate therapeutic relationships</b></p> <p>Ability to explain and demonstrate the rationale for humanistic approaches to therapy</p> <p>Ability to establish and agree a therapeutic focus/goals</p> <p>Ability to develop a contract for the therapeutic work</p> <p><b>Ability to maintain and develop therapeutic relationships</b></p> <p>Ability to experience and communicate empathy</p> <p>Ability to experience and to communicate a fundamentally accepting attitude to children and young people</p> <p>Ability to maintain authenticity in the counselling relationship</p> <p>Ability to conclude counselling relationships</p>	<p><b>Approaches to working with, and making sense of, emotions</b></p> <p>Ability to help children and young people to access and express emotions</p> <p>Ability to help children and young people articulate emotions</p> <p>Ability to help children and young people reflect on emotions and develop new understandings</p> <p>Ability to help children and young people make sense of experiences that are confusing and distressing</p> <p>Ability to use creative methods and resources to help children and young people express, reflect upon, and make sense of their experiences</p> <p>Play in Therapy</p>	<p>Working with the whole person</p> <p>Capacity to balance therapeutic tasks</p> <p>Integrating the counsellor's experience into the therapeutic relationship</p> <p>Working with complex relational issues</p> <p>Working in the organisational context</p>	<p>Ability to work within a school context</p> <p>Ability to promote emotional health in schools</p> <p>Ability to work within a voluntary and community ('third') sector context</p> <p><b>Ability to use additional therapeutic interventions</b></p> <p>Ability to use self-help materials for a range of problems</p> <p>Ability to use applied relaxation</p>

# Competences for work with children and young people (4-18 years)



## Apéndice B: Protocolo de Revisión Sistemática

**Tabla B.1**

*Pregunta de investigación según el formato PICO*

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Niños/as y jóvenes <18 años con diagnóstico de algún trastorno mental	Terapia Cognitivo Conductual individual para tratar un trastorno mental	-	- Cambios en la sintomatología asociada al trastorno mental - Relación entre la adherencia terapéutica y el resultado de la terapia - Relación entre las competencias del/la terapeuta y el resultado de la terapia

*Nota:* La P indica participantes, la I intervención, la C comparador y la O las medidas de resultados.

**Tabla B.2**

*Palabras claves utilizadas y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC)*

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Niños/as = <b>children</b>  Jóvenes= <b>young people</b>	Terapia Cognitivo Conductual = <b>Cognitive Behavioral Therapy</b>	-	Adherencia terapéutica= <b>therapist adherence</b>  Competencias del/la terapeuta= <b>therapist competence</b>

### Apéndice C: Checklist

<b>Estudio</b>	
<b>Revisor</b>	
<b>Fecha</b>	

#### Intervención

- **Terapia Cognitivo Conductual:**
  - o Se compone al menos de 3 sesiones de intervención [->I]
  - o Se realiza a nivel individual [->I]
  - o Se emplea para tratar un trastorno mental [->I]
- **Modelos alternativos de intervención [->E]**
- **Terapia Cognitivo Conductual con menos de 3 sesiones[->E]**
- **Terapia Cognitivo Conductual no se emplea para tratar un trastorno mental[->E]**
- **Terapia Cognitivo Conductual a nivel grupal[->E]**

#### Participantes

- **Personas <18 años[->I]**
- **Personas > 18 años[->E]**

#### Tipos de estudio

- **Estudios experimentales**
  - o Estudios Controlados Aleatorizados[->I]
- **Estudios observacionales**
  - o Revisión sistemática[->I]
- **Cualquier otro estudio [->E]**

## Apéndice C: Checklist

### Medida de resultados

- **Cambio en los síntomas medidos a través de:**
  - Escala validada [→I]
  - Entrevista estandarizada[→I]
  - Medida pre y post intervención[→I]
- **Medida psicométrica validada de:**
  - Adherencia terapéutica[→I]
  - Competencias del/la terapeuta[→I]
- **Estudio explícito sobre la relación entre:**
  - La adherencia terapéutica y el resultado de la terapia[→I]
  - La competencia del/la terapeuta y el resultado de la terapia[→I]

### Otros filtros

- **Idioma:**
  - Ingles [→I]
  - Otro idioma[→E]