



Interdisciplinaria

ISSN: 0325-8203

ISSN: 1668-7027

interdisciplinaria@fibercorp.com.ar

Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y
Ciencias Afines

Argentina

Crocamo, Lía Nadia; Benatuil, Denise
Escala de competencias clínicas básicas para psicoterapeutas
(ECCBP). Construcción y fiabilidad para Argentina
Interdisciplinaria, vol. 39, núm. 1, 2022, Enero-, pp. 57-76
Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines
Buenos Aires, Argentina

DOI: <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.1.4>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18069356004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

[redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Escala de competencias clínicas básicas para psicoterapeutas (ECCBP). Construcción y fiabilidad para Argentina

Basic Clinical Competences Scale for Psychotherapists (BCCSP).

Construction and reliability for Argentina

Lía Nadia Crocamo¹ y Denise Benatuil²

¹Doctora en Psicología. Especialista en psicoterapia familiar cognitiva. Especialista en Gestión Estratégica de los Recursos Humanos. Coordinación Evaluación del Desempeño. Instituto Nacional de Tecnología Industrial. Ministerio de Desarrollo Productivo de la Nación Argentina.

E-mail: liacrocamo@gmail.com

²Doctora en Psicología. Coordinadora del Equipo de Intervenciones de la Sala de Entrevistas Especializada (EEISE) del Ministerio Público Tutelar, Poder Judicial, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Profesora de posgrado en la Universidad de Buenos Aires (UBA).

E-mail: dbenatuil@iname.com

Universidad de Palermo.

Buenos Aires, Argentina

Resumen

A nivel internacional, se han elaborado modelos e instrumentos de evaluación de competencias genéricas y específicas; sin embargo, en Argentina los desarrollos han sido menores. Un relevamiento de psicoterapeutas locales concluye que al menos siete competencias clínicas básicas y cinco indicadores asociados a su desarrollo serían esenciales para desempeñarse como terapeutas (Crocamo, 2019). El objetivo de este trabajo fue construir un instrumento para su evaluación, denominado Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP). Para ello, se utilizó un diseño no experimental, transversal de tipo exploratorio en cuatro fases: (1) elaboración del sistema de evaluación; (2) redacción de ítems; (3) revisión de la versión preliminar; y (4) desarrollo del instrumento definitivo. Se aplicó el instrumento a 534 psicoterapeutas argentinos con

título de grado de psicólogo. La versión definitiva quedó conformada por 122 ítems y para completarlo se requirieron aproximadamente 45 minutos. La elaboración de un instrumento local favorece el estudio sistemático del área y permite valorar de manera confiable la efectividad de los programas de entrenamiento.

Palabras clave: evaluación de competencias, competencias clínicas, psicoterapia, psicometría, psicoterapeutas argentinos.

Abstract

At the international level, models and instruments for the evaluation of generic and specific competences have been developed; however, in Argentina the developments have been fewer. A survey of local psychotherapists concludes that at least seven basic clinical competencies would be essential to perform as therapists: diagnostic process and design, interventions and techniques, therapeutic

bond, professional role, contextual variables and diversity, interview management and evaluation and completion of the process. Furthermore, five activities and experiences would be linked to their training, called associated indicators: basic training and updating, personal development and work on oneself, belonging to institutions and network of professionals, supervision, and personal and professional experience (Crocamo, 2019).

Therefore, the objective of this work was to construct an instrument for its evaluation called Basic Clinical Competences Scale for Psychotherapists (BCCSP). To do this, a non-experimental, cross-sectional exploratory design was used in four phases: (1) development of the evaluation system; (2) writing of items; (3) review of the preliminary version; and (4) development of the final instrument. The instrument was applied to 534 Argentine psychotherapists with a degree in psychology.

To attend to the particularity of each phase, three samples were used. The first one was composed of three psychotherapists summoned to participate in the selection of the different methodologies to evaluate each competence and indicator. For the second one, reviewers of the instrument made up of five therapists with different levels of professional experience summoned to assess the preliminary version of the instrument. And the third, to study the psychometric properties of the BCCSP, a snowball sample was used composed of 534 psychotherapists from 19 provinces of Argentina.

As a result, different evaluation formats were incorporated in order to favor the effective evaluation of the variables, clinical vignettes, self-evaluation of perception of competences and questionnaire. A systematized procedure was carried out to review and refine the pilot version. The percentage of agreement between the reviewers of the instrument (Herrera Rojas, 1993) and the Aiken's V coefficient were calculated using software called Basic Visual Program for Aiken's V, developed by Merino Soto and Livia Segovia (2009).

The final version was made up of 122 items and it takes approximately 45 minutes to complete it. The first part is composed of three vignettes which offer clinical descriptions with 15 questions for each situation. Finally, the responses are scored as *correct / complete* (2 points), *correct / partial* (1 point) or *incorrect* (0 points). Next, the self-assessment scale presents the following Cronbach's alpha coefficients Therapeutic link $\alpha = .833$; Professional role $\alpha = .715$; Contextual variables and diversity $\alpha = .853$; Interview management $\alpha = .845$; Evaluation and completion of the process $\alpha = .845$ and Design, interventions and techniques II $\alpha = .797$. Finally, the questionnaire was made up of 22 items: basic training and updating (5 items), personal and professional experience (5 items), personal development and work on oneself (4 items), supervision (4 items), membership in institutions and professional network (5 items). The answers collected will allow to obtain qualitative information on experiences or activities associated with the development of clinical competencies for psychotherapy. In the first place, it should be noted that the BCCSP is an instrument specially constructed for the local population and the study area that can be generalizable to other similar sociocultural contexts since the vast majority of evaluation models and studies have been developed in Anglo-Saxon countries. At the same time, due to the lack of local evaluation instruments, the BCCSP could become a valuable tool, both to be used in research activities and in training programs and educational monitoring.

Keywords: competencies assessment, clinical competencies, psychotherapy, psychometrics, Argentinian psychotherapists.

Introducción

Tal como afirma Barber et al. (2007), las definiciones de competencia no son evidentes por sí mismas y la variedad de definiciones disponibles en la literatura ejemplifican este punto. Algunos conceptos tienen una visión

más estrecha considerando que las competencias se refieren a las características de las personas, tanto atributos como conocimientos, que originan comportamientos (Lopera Arbeláez y Echeverri Álvarez, 2018). Con mayor especificidad, Kaslow (2004), en el marco del estudio de las competencias en psicología, expresa que “competencia” es la habilidad y capacidad individual para comprender y realizar ciertas tareas de manera apropiada y efectiva consistente con las expectativas para una persona calificada en una profesión o especialidad en particular. Otra definición considera que son agrupaciones de conocimientos, habilidades, capacidades y otros atributos que le permiten a una persona actuar de manera eficaz y dentro de un estándar definido en una situación particular de su ejercicio profesional (International Association of Applied Psychology, 2016). El denominador común en las definiciones es que las competencias pueden ser medidas por un estándar de efectividad. El enfoque de competencias ha significado un mayor énfasis en la globalidad de las capacidades del individuo y ha orientado su formación a la solución de problemas, incluyendo los contenidos procedimentales y actitudinales (Mikulic et al., 2015a).

En el campo de la psicoterapia, se estima que entre el 3 y el 15 % de los pacientes tienen una experiencia negativa (Boisvert y Faust, 2003; Crawford et al., 2016; Hardy, et al., 2017) que incluiría el empeoramiento de los síntomas y la reticencia a buscar tratamiento en el futuro (Barlow, 2010; Lilienfeld, 2007; Parry et al., 2016), lo que permite afirmar que el abordaje empírico de las competencias para llevar a cabo un proceso terapéutico no es un tema menor, ya que involucra de manera directa la calidad del servicio ofrecido al público. Se torna necesario realizar estudios empíricos que consideren tanto la persona del terapeuta, puesto que sería responsable de un gran porcentaje de la varianza de los tratamientos (Baldwin e Imel, 2013; Nissen-Lie et al., 2013), como otros múltiples aspectos que tienen impacto potencial sobre el resultado del

proceso (Sánchez-Bahillo et al., 2014).

Afortunadamente, en las últimas décadas, han aumentado los estudios sobre las competencias para el ejercicio de las profesiones de la salud (Gonsalvez et al., 2017). A nivel internacional, se han elaborado modelos e instrumentos de evaluación de competencias, por ejemplo, el modelo del Cubo (Rodolfa et al., 2005), uno de los modelos con mayor difusión que distingue entre competencias fundamentales y funcionales. Otro modelo específico para psicología es el informe final de Apa Task Force on the Assessment of Competence in Professional Psychology (APA, 2006) en el que se detallan diversas metodologías o paquetes de The Competency Assessment Toolkit for Professional Psychology elaborado por la APA (Fremer et al., 1989; Kaslow et al., 2009; Khan y Aljarallah, 2011). Allí se presenta la OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*), instrumento de evaluación que utiliza situaciones clínicas ficticias (Harden et al., 1975). Del mismo modo, la V-MAT, herramienta que permite evaluar 10 dominios de competencias en 40 viñetas estandarizadas (Gonsalvez et al., 2019). La escala DPCCQ (*Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire*, Orlinsky et al., 1999) traducida y adaptada en varios países de Latinoamérica, instrumento autoadministrable que evalúa el desarrollo autopercebido de los psicoterapeutas, en su versión original compuesto por 370 ítems que abarcan nueve dimensiones (Helmich y Echevers, 2019).

En Nepal, se elaboró la ENACT (*Enhancing Assessment of Common therapeutic factors*) para la evaluación de factores comunes requeridos para llevar a cabo un proceso terapéutico que permite evaluar tanto a profesionales como otros sujetos que se desempeñan en el área (Kohrt et al., 2015).

En Argentina, gran cantidad de los estudios han sido realizados con cuestionarios de auto-reporte elaborados *ad hoc* para estudiantes de grado (Gimeno Santos y Gallego Matas, 2007; Puppato, 2017; Rodríguez Gómez et al., 2018; Trechera Herreros et al., 2015) o aplicando el

Cuestionario de Competencias Específicas del Proyecto Tuning (Laurito y Benatuil, 2017). En los últimos años, se realizó un relevamiento de competencias locales a través de entrevistas a diferentes expertos en psicoterapia y

como resultado se reportan siete competencias clínicas básicas para el ejercicio de la psicoterapia y cinco indicadores asociados a su entrenamiento (Cuadro 1) (Crocamo, 2019; Crocamo y Benatuil, 2020).

Cuadro 1.

Definiciones de competencias clínicas básicas e indicadores asociados.

COMPETENCIAS CLÍNICAS BÁSICAS
1. Proceso diagnóstico. Conocimientos, habilidades y técnicas requeridas para evaluar las dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales del consultante, proceso que requeriría elaborar un diagnóstico, conceptualizar el caso, establecer el motivo de consulta, foco y objetivos terapéuticos, además de la formulación de hipótesis.
2. Diseño, intervenciones y técnicas. Elaboración del plan de tratamiento, selección y empleo de procedimientos para abordar diferentes condiciones clínicas, que involucra no solo el diseño de tratamiento, la selección y aplicación de técnicas e intervenciones fundamentadas, sino también la integración de los recursos disponibles.
3. Evaluación y finalización del proceso. Proceso de reflexión acerca de la propia actuación, procesos, intervenciones y resultados de la psicoterapia, que implicaría evaluar la eficacia tanto del proceso psicoterapéutico en su conjunto como de la persona del terapeuta, la consideración de sus limitaciones y la eventual necesidad de derivación.
4. Vínculo terapéutico. Establecimiento y sostén de las relaciones interpersonales con el consultante y sus allegados con el objetivo de concretar las metas de la psicoterapia.
5. Rol profesional. Habilitaciones e inhibiciones del rol, actitud de la persona del terapeuta frente a la tarea, regulación de la distancia interpersonal y dominio de los límites de la relación terapéutica, que implica la diferenciación de roles, la consistencia y coherencia en su actuar, y la consideración de los límites su labor y habilitación profesional.
6. Manejo de entrevista. Dominio de la técnica de comunicación interpersonal oral, iniciada con el propósito específico de obtener información para tomar decisiones e identificar y clarificar la demanda en el marco de encuentros planificados, cuyo contenido incluye la recolección y análisis de información y la comunicación no verbal.
7. Variables contextuales y diversidad. Apertura a la diversidad étnica, cultural, religiosa política, social, económica y familiar, que se refleja en la consideración de todos estos factores durante el desarrollo de todas las fases del proceso terapéutico.
INDICADORES ASOCIADOS
1. Formación de base y actualización. Actividades de enseñanza-aprendizaje que tienen como objetivo generar, mantener y desarrollar las competencias profesionales. Involucran el compromiso activo del terapeuta en la adquisición de esos conocimientos, habilidades, actitudes y conductas durante toda la carrera profesional.
2. Supervisión. Proceso interpersonal de colaboración activa para recibir orientación y asesoría e intercambiar criterios en relación a uno o varios casos clínicos durante toda la carrera profesional.

- | |
|---|
| 3. Pertenencia a instituciones y red de profesionales. Contactos formales e informales de apoyo y colaboración entre colegas y otros profesionales con el objetivo de intervenir, discutir, reflexionar e intercambiar acerca del ejercicio profesional y, además, compartir situaciones extra laborales, sociales o de ocio. |
| 4. Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo. Actividades que promueven la salud, crecimiento, satisfacción y calidad de vida del terapeuta durante toda la vida profesional. |
| 5. Experiencia personal y profesional Acontecimientos, condiciones y vivencias críticas significativas para los sujetos considerados de aplicación práctica para el obrar futuro. Incluye: conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos adquiridos a lo largo del tiempo a partir del contacto directo o indirecto con sucesos, actividades y procedimientos vinculados a la profesión o a partir de vivencias personales autobiográficas a lo largo de la vida. |

Fuente: Adaptado de Crocamo (2019).

Sin embargo, no se cuenta con instrumentos de evaluación específicos ajustados al contexto, lo que afecta no solo a la evaluación sino también al estudio sistemático del área. Por lo tanto, con motivo de favorecer el ajuste ecológico del instrumento, y tomando como referencia este relevamiento local, este trabajo tiene como objetivo construir un instrumento para su evaluación denominado Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP). La ECCBP evalúa competencias en dispositivos generales, sin abordar especificidades de la población asistida ni patologías, ya que, como afirman Barber et al. (2007), los estudios disponibles se han centrado en menor medida en estas habilidades y en las competencias generales debido a la dificultad para medirlas.

Por otra parte, existe un amplio acuerdo sobre que una misma competencia pueda ser medida utilizando diferentes modelos y que no existe un instrumento ideal que permita su evaluación exhaustiva (APA, 2006; Dolan et al., 2003). Por eso, para la construcción de la ECCBP se emplearon diversos formatos de evaluación: por un lado, resolución de casos clínicos y autoevaluación para las competencias clínicas y, por otro, un cuestionario que permite considerar otros indicadores asociados y obtener datos cualitativos del evaluado que pueden ser utilizados en actividades de investigación, programas de formación y seguimiento educativo.

Método

Diseño y tipo de estudio

Se utilizó un diseño no experimental, transversal de tipo exploratorio en cuatro fases: (1) elaboración del sistema de evaluación; (2) redacción de ítems; (3) revisión de la versión piloto; y (4) desarrollo del instrumento definitivo.

Participantes

Para atender a la particularidad de cada fase se utilizaron tres muestras.

Expertos en metodología

Grupo de informantes compuesto por tres psicoterapeutas, con formación académica de nivel magister o superior, dedicados a la investigación en psicoterapia y a la formación por competencias de psicólogos. Los participantes eran dos mujeres y un hombre, cuyas edades oscilaban entre 37 y 51 años ($M = 43.3$; $DE = 7.09$) y su experiencia profesional era mayor a 10 años ($M = 17.3$; $DE = 3.78$), quienes fueron convocados para participar en la selección de las diferentes metodologías para evaluar cada competencia e indicador de la manera más beneficiosa.

Revisores del instrumento

El grupo de informantes estuvo conformado por cinco terapeutas con diferente nivel de experiencia profesional, tres mujeres y dos hombres. Sus edades oscilaban entre 22 y 61 años ($M = 47$; $DE = 16.98$) y su experiencia profesional iba desde recién graduados a profesionales con más de 30 años de experiencia ($M = 22.6$; $DE = 17.47$). Ellos fueron convocados para valorar la versión preliminar del instrumento. Los terapeutas con más de 30 años de experiencia participaron en la elaboración de las claves de corrección del protocolo mediante la resolución de los diferentes interrogantes que conformaban la versión final de la ECCBP.

Psicoterapeutas argentinos

En tercer lugar, para estudiar las propiedades psicométricas de la ECCBP, se utilizó un muestreo de bola de nieve compuesto por 534 psicoterapeutas de 19 provincias de Argentina: Buenos Aires, Tierra del Fuego, Mendoza, Jujuy, Salta, Santa Fe, Neuquén, Córdoba, Entre Ríos, Chubut, Tucumán, San Juan, San Luis, Misiones, La Rioja, Formosa, Santiago del Estero, Santa Cruz y Chaco. Los participantes debían cumplir dos condiciones: poseer título de grado de Psicólogo o licenciado en Psicología emitido por una universidad argentina, y llevar a cabo su práctica profesional en este territorio o tener la intención de hacerlo, en el caso de los recién graduados.

Para realizar el muestreo se contactó inicialmente a los colegios profesionales de las 19 provincias enumeradas, se les solicitó la nómina de sus afiliados o se les envió el instrumento digital con la consigna correspondiente para que pudieran difundirlo. Una vez que se comenzaron a recibir las respuestas, se contactó a cada profesional por correo electrónico, agradeciendo la participación y proponiendo que, si conocía otros colegas de su provincia que cumplieran las condiciones

anteriormente enumeradas, les hiciera llegar la invitación a participar mediante el reenvío del *mail*. Si bien este tipo de muestreo dificulta la generalización de los resultados por su falta de representatividad, permitió llegar a individuos de difícil acceso por parte del equipo de investigación.

Los participantes fueron 82.2 % mujeres ($n = 442$) y 17.2 % hombres ($n = 42$) similar a la distribución informada en otros relevamientos en Argentina que estiman la prevalencia de 80 % de psicólogos mujeres y 20 % hombres (Klinar et al., 2019). Las edades oscilaban entre 21 y 70 años ($M = 36$; $DE = 9.68$), 58.6 % graduados de universidades públicas ($n = 313$) y 41.4 %, de universidades privadas ($n = 221$).

Por otra parte, los psicoterapeutas tenían diferentes niveles de experiencia profesional, desde recién graduados quienes al momento de la realización de la investigación no habían comenzado a ejercer, hasta profesionales con 48 años de práctica profesional ($M = 7.94$; $DE = 8.66$). Además, pertenecían a diferentes modelos teóricos tradicionales según la clasificación de Fernández-Álvarez (1994): 42.7 % psicoanalistas ($n = 228$), 23.6 % cognitivo-conductuales ($n = 126$), 17.8 %, integrativos ($n = 95$), 7.1 % sistémicos ($n = 38$), 6 % humanístico-existenciales ($n = 32$) y 2.8 % informaron pertenecer a otros modelos ($n = 15$).

Instrumentos

Se diseñó y elaboró un instrumento denominado Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas, con el propósito de evaluar las competencias clínica básicas: proceso diagnóstico y diseño, intervenciones y técnicas, vínculo terapéutico, rol profesional, variables contextuales y diversidad, manejo de entrevista, evaluación y finalización del proceso, así como los indicadores asociados: formación de base y actualización, desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo, pertenencia a instituciones y red de profesionales,

supervisión y experiencia personal y profesional resultantes de un relevamiento local (Crocamo, 2019; Crocamo y Benatuil, 2020). La primera versión estuvo compuesta por cinco casos clínicos y 144 ítems y su versión final, de tres casos clínicos y 122 ítems, cuyos análisis de fiabilidad se detallan en el apartado **Resultados**.

Procedimiento

Fase 1. Elaboración del sistema de evaluación

En primer lugar, a partir de la revisión bibliográfica y la consulta a los expertos en metodología de la primera muestra, se analizó la modalidad más conveniente para evaluar tanto las competencias clínicas básicas como los indicadores asociados a su desarrollo. Se incorporaron diferentes formatos de evaluación con motivo de favorecer la valoración efectiva de las variables y otorgar mayor fiabilidad al instrumento, incluyendo medidas de autoinforme (Leigh et al., 2007; Mikulic, 2007).

Fase 2. Redacción de consignas e ítems

Una vez definido el sistema de evaluación, a partir de las definiciones conceptuales y operacionales de cada variable, confeccionadas por Crocamo y Benatuil (2020), se elaboraron los reactivos preliminares siguiendo las pautas convencionales para la redacción de ítems de prueba. Dicho brevemente, se contempló que los enunciados fueran congruentes con el objetivo de medición, que el lenguaje fuera apropiado a la población estudiada, que las oraciones fueran claras, que carecieran de ambigüedad de sentido, y que los ítems fueran lo más cortos posibles –en su mayoría, de menos de 20 vocablos– (Osterlind, 1990; Tornimbeni et al., 2004). En relación con las viñetas clínicas, se contempló que estuviesen derivadas de la literatura o experiencia clínica, que poseyeran

adecuada gramática, sintaxis y ortografía, que estuviesen redactadas de la manera más breve posible, que siguieran una narrativa o progresión como si fuera una historia o un relato, que mantuvieran una estructura y estilo similar en todas las viñetas del estudio, que se asemejaran a personas reales –y no solo una personificación de síntomas y comportamientos–, y que evitaran detalles engañosos y contenido bizarro (Evans et al., 2015; Wallander, 2012).

Fase 3. Revisión de la versión piloto

Se llevó a cabo un procedimiento sistematizado para revisar y depurar la versión piloto siguiendo las indicaciones de Tornimbeni et al. (2004). Para ello, se entregó la ECCBP (versión piloto) a cinco psicoterapeutas con diferente nivel de experiencia profesional, para que juzgaran su composición a partir de los criterios: dificultad –si el escenario permitiría diferenciar a los sujetos de acuerdo a su nivel de competencia–, verosimilitud –si el escenario presentado se asemejaba a una situación clínica real–, suficiencia –si la información brindada sería suficiente para dar respuesta al interrogante–, y se solicitó que juzgaran la coherencia, la relación lógica del ítem con la competencia que se está midiendo, y la relevancia, la importancia del ítem y su necesidad de ser incluido, tanto de los casos clínicos como el resto de los ítems.

Por un lado, se presentó una escala tipo Likert de cinco puntos, cuyos extremos fueron *Muy poco adecuado* y *Muy adecuado*, para estudiar los criterios dificultad, verosimilitud, coherencia y relevancia. Seguidamente, se calculó el coeficiente V de Aiken, técnica para cuantificar la validez de contenido, a partir de la opinión y acuerdo de expertos sobre un material, cuya magnitud va desde .00 hasta 1.00; este último indicaría perfecto consenso entre expertos sobre el material de evaluación (Aiken, 2003). Los casos e ítems cuyos valores eran inferiores a .70 fueron eliminados del protocolo final. Debido a la complejidad del cálculo, se utilizó un *software*

denominado Programa Visual Basic para la V de Aiken, desarrollado por Merino Soto y Livia Segovia (2009), y se ingresó: (a) la calificación promedio obtenida previamente para cada ítem seleccionado para el análisis; (b) la calificación mínima y máxima posible en la escala; y (c) el número de jueces intervinientes. Con estos datos, el programa calculó automáticamente el rango de valores de las calificaciones, el índice V de Aiken, y los intervalos de confianza; en este caso se escogió el 90 %, por ser uno de los niveles más usuales en este tipo de estimaciones (Merino Soto y Livia Segovia, 2009). Por otra parte, la evaluación del criterio suficiencia contó con una respuesta dicotómica (*Sí-No*), por lo que se calculó el porcentaje de consenso entre expertos y se consideraron adecuados aquellos ítems cuyo acuerdo superaba el 60 % tal como recomienda Herrera Rojas (1993).

Fase 4. Desarrollo del instrumento definitivo

Seguidamente, se solicitó a los revisores del instrumento con mayor experiencia profesional que completaran la versión depurada de la ECCBP con el objetivo de redactar las respuestas que mejor se ajustaran a la resolución de los interrogantes planteados. Los revisores pertenecían a diferentes modelos teóricos para obtener más de una contestación correcta, considerando el vocabulario específico de cada modelo. Cada ítem podría ser calificado como *correcto/completo* (2 puntos), *correcto/parcialmente completo* (1 punto) o *incorrecto/incompleto* (0 puntos).

Por último, con motivo de realizar los análisis de fiabilidad, la versión definitiva fue completada por 534 terapeutas, en formato electrónico ($n = 396$) y en papel ($n = 138$), quienes cumplían las dos condiciones mencionadas previamente: (a) poseer título de grado Licenciado en Psicología o Psicólogo emitido por una universidad argentina; y (b) llevar a cabo su práctica profesional en este territorio o tener la intención de hacerlo, en el caso de

los recién graduados. En todos los casos, la participación fue anónima y voluntaria, y se dejó constancia de su conformidad para participar de la investigación. Se realizó el análisis de la consistencia interna de los ítems de las viñetas y se realizaron estudios de confiabilidad para cada escala de autopercepción de competencias mediante el cálculo del alfa de Cronbach.

Resultados

Los resultados se organizan de acuerdo con cada fase del procedimiento llevado a cabo: (1) elaboración del sistema de evaluación; (2) redacción de consignas e ítems; (3) revisión de la versión piloto; y (4) desarrollo del instrumento definitivo.

Fase 1. Elaboración del sistema de evaluación

Para evaluar las competencias del proceso diagnóstico y diseño, intervenciones y técnicas, se elaboraron breves descripciones de situaciones clínicas con alto grado de verosimilitud con la práctica profesional y diferentes interrogantes para ponderar cada competencia. Por otra parte, se acordó un formato de autoevaluación para evaluar el vínculo terapéutico, el rol profesional, las variables contextuales y la diversidad, el manejo de la entrevista, la evaluación y la finalización del proceso y el diseño, las intervenciones y técnicas y, por último, un cuestionario para evaluar los indicadores asociados al desarrollo de las competencias que permite obtener datos cualitativos del evaluado que puede ser utilizado en actividades de investigación, programas de formación y seguimiento educativo.

Fase 2. Redacción de consignas e ítems

En primer lugar, para la resolución de casos clínicos se elaboró la siguiente consigna: “A continuación, se presentan algunos casos clínicos, por favor resuelva los interrogantes

tal como lo haría si fuera el profesional a cargo de las consultas” y se redactaron cinco viñetas preliminares a modo de ejemplo:

Julia tiene 27 años, es muy delgada y su dentadura tiene apariencia frágil, habla rápido e insulta mientras relata situaciones de la vida cotidiana. En la actualidad está en pareja, conviven junto a su familia porque ambos están desempleados. Su pareja es consumidor de cocaína y pelean diariamente con

intensidad arrojándose objetos. Refiere dos eventos significativos en su vida: haber sido abusada por su tío en la infancia e internación prolongada de su hija por prematuridad. Cree que estos eventos son causantes de su nerviosismo y falta de apetito.

Para cada situación clínica se presentaban 15 interrogantes, diez para evaluar la competencia proceso diagnóstico y cinco para diseño, intervenciones y técnicas (Tabla 1).

Tabla 1
Ítems casos clínicos.

Competencia clínica	
Proceso diagnóstico	Diseño, intervenciones y técnicas
¿Cuál es el motivo de consulta?	Determine el tipo de tratamiento indicado
Genere una hipótesis acerca de la situación que se presenta	Establezca al menos un objetivo de tratamiento
¿Qué diagnóstico categorial asignaría al consultante?	Determine la frecuencia del tratamiento
Determine los mecanismos de defensa que predominan	Estime la duración del tratamiento
Determine los mecanismos de afrontamiento	¿Cuáles son las técnicas que considera altamente probable usted utilizaría para asistir al paciente?
Estime la severidad del caso	
¿Existe riesgo para sí o para terceros?	
¿Se trata de una consulta urgente?	
¿Realizaría interconsulta?	
¿Considera que se trata de problemática de ciclo vital?	
¿Acompañan otros problemas?	
¿Comenzaría un proceso terapéutico?	
¿Cuál es el pronóstico si la persona realiza psicoterapia?	
¿Cuál es el pronóstico si no realiza psicoterapia?	

Para la autoevaluación de competencias se redactaron 63 ítems –versión piloto. A modo de ejemplo, para la evaluación de diseño, intervenciones y técnicas, se presentó

la siguiente consigna: “Indique su nivel de competencia para...” y luego se completó con: “elaborar un plan de tratamiento”, “considerar recursos, potencialidades y fortalezas

del paciente”, “tomar decisiones durante el curso de un proceso terapéutico”, “seleccionar las técnicas adecuadas”, “aplicar técnicas verbales”, “aplicar técnicas corporales” y “aplicar técnicas de imaginación” y formato de respuesta Likert con una escala de cinco puntos, desde 1 (*Muy incompetente*) hasta 5 (*Muy competente*). Los puntajes para cada una de las competencias se obtienen realizando la suma simple de las respuestas de sus ítems.

Se realizaron estudios de confiabilidad para cada escala cuyos valores son: vínculo terapéutico $\alpha = .833$; rol profesional $\alpha = .715$; variables contextuales y diversidad $\alpha = .853$; manejo de entrevista $\alpha = .845$; evaluación y finalización del proceso $\alpha = .845$ y diseño, intervenciones y técnicas $\alpha = .797$.

Por último, la ECCBP cuenta con un cuestionario que permite obtener datos cualitativos del evaluado que pueden ser utilizados en actividades de investigación, programas de formación y seguimiento educativo. Para ello, se elaboraron 34 ítems –versión piloto– con formato *multiple choice*, en algunos casos con respuesta múltiple, y en otros con opciones excluyentes, de acuerdo a lo pactado con los expertos en metodología en función de la conceptualización de cada indicador y atendiendo a lo que mejor se ajustara para la recolección y posterior análisis de los datos. La consigna del cuestionario era: “A continuación, encontrará una serie de preguntas relacionadas con el ejercicio de su profesión, seleccione la/s respuesta/s que mejor se ajuste/n a su situación profesional”. A modo de ejemplo para evaluar supervisión: “¿Supervisa su trabajo clínico?, ¿Con qué frecuencia?, ¿Qué modalidad emplea?, ¿Con qué objetivo emplea generalmente las supervisiones?”. Estas respuestas no se califican numéricamente, sino que permiten obtener datos descriptivos.

Fase 3. Revisión de la versión piloto

En primer lugar, en lo que respecta a los criterios de dificultad y verosimilitud en la resolución de casos, se excluyó el caso 5 y se realizaron ajustes de contenido para conservar el caso 4. Seguidamente, en lo concerniente al criterio de coherencia y relevancia, se descartaron los ítems mecanismos de defensa y mecanismos de afrontamiento –ya que los revisores del instrumento señalaron que no correspondería evaluarlo en todos los modelos teóricos–, y el ítem técnicas, porque se advirtió que cuantificar sus respuestas podría generar dificultades debido a la amplia variedad de intervenciones disponibles que pueden emplearse para tratar una misma situación clínica y la imposibilidad de valorizar cuáles serían las técnicas más adecuadas para emplear en una situación ficticia. Seguidamente, el análisis de la consistencia interna de los ítems de las viñetas arrojó niveles de confiabilidad, cuyos valores α oscilaban entre .715 y .853 en cada escala. Por último, atendiendo al criterio de suficiencia, se completó la descripción de la situación clínica correspondiente al caso 1 y se lo conservó para la versión final mientras que el caso 2 fue excluido del protocolo.

En simultáneo, atendiendo a los criterios de coherencia y relevancia, se eliminaron nueve ítems del formato autoevaluación, en las escalas vínculo terapéutico (un ítem), rol profesional (cuatro ítems) y manejo de entrevista (un ítem), y diez del cuestionario en las escalas formación de base y actualización (seis ítems), pertenencia a instituciones y red de profesionales (un ítem) y desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo (tres ítems). Asimismo, se depuraron los ítems correspondientes a las escalas del cuestionario (Tabla 2).

Tabla 2

Revisión de ítems del cuestionario: criterio de coherencia y relevancia.

	Coherencia				Relevancia			
	Jueces	Aiken	Inf.	Sup.	Jueces	Aiken	Inf.	Sup.
Formación de base y actualización								
Modelo terapéutico	4.80	.95	.80	.98	4.60	.90	.73	.96
Formación en otro modelo	4.60	.90	.73	.96	4.60	.90	.73	.96
Último curso/entrenamiento	4.60	.90	.73	.96	4.20	.80	.62	.90
Posgrado	4.40	.85	.67	.93	4.40	.85	.67	.93
Lectura de artículo	4.20	.80	.62	.90	4.20	.80	.62	.90
Mentor	4	.75	.56	.87	4	.75	.56	.87
Lectura de libro	3.80	.70	.51	.83	3	.84	.67	.93
Acreditación y certificación	3.60	.65	.46	.79	4.20	.80	.62	.90
Suscripción a revistas	3.60	.65	.46	.79	3.20	.55	.37	.71
Lectura general	3.40	.60	.41	.75	3.40	.60	.41	.75
Tipo de textos	3.40	.60	.41	.75	3.80	.70	.51	.83
<i>Subtotal escala</i>	4.04	.76	.57	.87	3.96	.84	.67	.93
Supervisión								
Supervisa	5	1	.88	1	5	1	.88	1
Frecuencia	5	1	.88	1	5	1	.88	1
Modalidad	4.60	.90	.73	.96	4.60	.90	.73	.96
Objetivo	4.80	.95	.80	.98	4.80	.95	.80	.98
<i>Subtotal escala</i>	4.85	.96	.82	.99	4.85	.96	.82	.99
Pertenencia a instituciones y red de profesionales								
Institución o asociación	4	.75	.56	.87	4	.75	.56	.87
Grupo de trabajo	4.60	.90	.73	.96	4.60	.90	.73	.96
Reunión de equipo	4.20	.80	.62	.90	4.20	.80	.62	.90
Motivo del encuentro	4.40	.85	.67	.93	4.40	.85	.67	.93
Jornada, congreso o actividad	4.80	.95	.80	.98	4.80	.95	.80	.98
Grupo de formación	4.80	.95	.80	.98	4.80	.95	.80	.98
<i>Subtotal escala</i>	4.47	.86	.69	.94	4.47	.86	.69	.94
Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo								
Realización de actividades	3.40	.60	.41	.75	4.80	.95	.80	.98
Psicoterapia	4.80	.95	.80	.98	4.80	.95	.80	.98
Frecuencia	4.80	.95	.80	.98	4	.75	.56	.87

	Coherencia				Relevancia			
	Jueces	Aiken	Inf.	Sup.	Jueces	Aiken	Inf.	Sup.
Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo (cont.)								
Objetivo	4	.75	.56	.87	4.20	.80	.62	.90
Consulta médica	3.60	.65	.46	.79	3.60	.65	.46	.79
Tratamiento médico	3.60	.65	.46	.79	3.60	.65	.46	.79
Consumo de psicofármacos	3.40	.60	.41	.75	3.40	.60	.41	.75
<i>Subtotal escala</i>	3.94	.73	.55	.86	4.06	.76	.58	.88
Experiencia personal y profesional								
Realización de prácticas	5	1	.88	1	4	.75	.56	.87
Años de ejercicio profesional	4.80	.95	.80	.98	4.80	.95	.80	.98
Pacientes asistidos	4.80	.95	.80	.98	4.80	.95	.80	.98
Experiencias personales	4.40	.85	.67	.93	3.80	.70	.51	.83
Población asistida I	3.80	.70	.51	.83	5	1	.88	1
Población asistida II	3.80	.70	.51	.83	4.40	.85	.67	.93
<i>Subtotal escala</i>	4.43	.85	.68	.94	4.47	.86	.69	.94

Fase 4. Desarrollo del instrumento definitivo

A partir del relevamiento local de Crocamo (2019), se elaboró el sistema de evaluación y se redactaron las consignas de los ítems para siete competencias clínicas y cinco indicadores asociados. A continuación, se revisó la versión piloto y se eliminaron los casos clínicos e ítems que no cumplían los criterios

establecidos. Finalmente, la ECCBP versión definitiva quedó conformada por 122 ítems en total; compuesto por tres viñetas clínicas y 15 interrogantes para cada caso, 55 ítems de autoevaluación de competencias divididos en seis escalas y 22 ítems bajo la modalidad de cuestionario. El material se presentó mediante formato papel o electrónico y se requirieron aproximadamente 45 minutos para completarlo en su totalidad (Tabla 3).

Tabla 3
ECCBP Versión definitiva.

Resolución de casos clínicos				
Consigna y respuesta	Competencia clínica	Ítems	Puntaje	Alfa de Cronbach
A continuación, se presentan tres casos clínicos, por favor, resuelva los interrogantes tal como lo haría si fuera el profesional a cargo de las consultas	Proceso diagnóstico Diseño, intervenciones y técnicas	11 4	Suma simple de las calificaciones	.541
Correcta/completa (2 puntos), correcta/parcial (1 punto) o incorrecta (0 puntos)				
Autopercepción de competencias				
Indique su nivel de competencia para...	Vínculo terapéutico	10	Promedio de las repuestas de cada escala	.833
	Rol profesional	9		.715
	Variables contextuales y diversidad	10		.853
	Manejo de entrevista	10		.845
	Evaluación y finalización del proceso	9		.845
	Diseño, intervenciones y técnicas	7		.797
<i>Muy incompetente</i> 1 - 2 - 3 - 4 - 5 <i>Muy competente</i>				
Cuestionario				
A continuación, encontrará una serie de preguntas relacionadas con el ejercicio de su profesión, seleccione la/s respuesta/s que mejor se ajuste/n a su situación profesional	Formación de base y actualización	5	Su aplicación permite obtener datos descriptivos. Sin calificación numérica.	
	Experiencia personal y profesional	5		
	Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo	4		
	Supervisión	4		
	Pertenencia a instituciones y red de profesionales	5		

Discusión

Si bien existen múltiples definiciones de competencias en función de los elementos que la componen y el contexto de utilización, existe un gran acuerdo en que las competencias pueden ser evaluadas comparándolas con un estándar definido. Se han reportado diversos beneficios de la implementación de la evaluación por competencias, entre ellos: fomentar el aprendizaje, valorar su progreso, colaborar en el diseño y ajuste del currículum, determinar la eficacia de los programas de capacitación e identificar déficit y elaborar estrate-

gias para remediarlos (APA, 2006; Elman y Forrest, 2007; Kaslow, 2004). Sin embargo, algunos de los desafíos que se presentan a la hora de diseñar instrumentos de evaluación es adecuarlos a las características de la población. Por eso, y a pesar de que existen algunos modelos internacionales que detallan competencias (Rodolfa et al., 2005), con motivo de maximizar el ajuste ecológico del instrumento, para la elaboración del contenido de la ECCBP, se tomó como referencia un estudio local realizado en los últimos años que detalla siete competencias clínicas básicas que deben poseer los psicoterapeutas y cinco indicadores

asociados a su desarrollo (Crocamo y Benatuil, 2020). Asimismo, se tomó como referencia este relevamiento porque considera los factores comunes en psicoterapia y las posibles diferencias que se generarían entre modelos teóricos, puesto que en ese estudio, para determinar las competencias clínicas que deben poseer los terapeutas para su ejercicio profesional, fueron entrevistados terapeutas de diferentes modelos teóricos. Además, como afirman Goldfried y Wolfe (1998), existe alguna evidencia de que los terapeutas avanzados que representan diferentes modalidades terapéuticas se parecen más a otros terapeutas de otros modelos teóricos con el mismo nivel de formación.

Si bien se han construido diferentes instrumentos, se trata predominantemente de cuestionarios de autorreporte elaborados *ad hoc* para estudiantes de grado, la gran mayoría se limitan a evaluar competencias generales del estudiante universitario (Rodríguez Gómez et al., 2018); otros estudios se centran en los estudiantes de psicología (Puppato, 2017; Trechera Herreros et al., 2015) y algunos de ellos comparan la autoevaluación que realiza el estudiante sobre el desarrollo de una competencia y la importancia que le otorga (Gimeno Santos y Gallego Matas, 2007; Laurito y Benatuil, 2017). A nivel global, son escasos los estudios empíricos que utilizan viñetas clínicas con interrogantes, a excepción de la línea de trabajo de Gonsalvez et al. (2019). En este sentido, es necesario destacar que lo que diferencia a la ECCBP es que ha sido específicamente diseñada para profesionales graduados con título de grado de psicología, orientada a la psicoterapia en particular, y que incluye, además de la autopercepción de competencia presente en la mayoría de los estudios, la resolución de casos clínicos y un cuestionario que permite recolectar, de manera sistematizada, información cualitativa y datos descriptivos de los profesionales que completan el instrumento.

A diferencia de otros instrumentos como el ENACT (Kohort et al., 2015), la ECCBP es un instrumento con mayor cantidad de ítems, 122 frente a 18. Si bien podría resultar extenso para

el psicoterapeuta, este tipo de instrumentos permite la recolección de un gran caudal de información sobre competencias y datos socio-demográficos y profesionales en una sola toma. Si bien existen estudios sobre el perfil socio-demográfico de los terapeutas (Klinar et al., 2019), no se han encontrado estudios sistematizados que hayan considerado la evaluación de competencias mediante viñetas, su autopercepción y relevamiento de datos cualitativos en un mismo instrumento en Argentina. Por consiguiente, utilizando la ECCBP se podrían obtener datos de múltiples áreas en una misma toma; y, aunque se han realizado estudios de competencias, generalmente se han ceñido a un solo tipo: tómesese de ejemplo el estudio de las competencias de intervención desarrollado por Barber et al. (2007).

Con motivo de asegurar que el instrumento refleje con fidelidad la práctica, se elaboraron diversas viñetas clínicas que recrean situaciones similares a la práctica profesional y, para reducir la subjetividad en el proceso de corrección, se consensuaron de antemano respuestas modelo (Elander et al., 2007; Pitts et al., 2001; Smith y Tillema, 2003). En esta instancia, para obtener mayor grado de representatividad y heterogeneidad de respuestas, las claves de respuestas fueron elaboradas por participantes que pertenecían a diferentes modelos teóricos tradicionales según la clasificación de Fernández-Álvarez (1994). Al igual que otros instrumentos similares como la V-MAT (Gonsalvez et al., 2016), en la ECCBP se presentan escenarios uniformes para todos los evaluados. La implementación de viñetas es una metodología segura, puesto que se trata de una situación ficticia en la que no se involucran pacientes y, a diferencia de otras metodologías de evaluación, no es un instrumento costoso, ya que no es necesario contar con actores o mobiliario específico para realizar una simulación, además de que se reducen los sesgos como el efecto halo (Evans et al., 2015; Gonsalvez et al., 2013; Zayyan, 2011).

La evaluación multimétodo tiene ventajas y desventajas. Primeramente, permite realizar

una autoevaluación, que cada profesional puntúe el grado de adquisición de una competencia, habilidad o frecuencia de una actividad. Aunque la autoevaluación es importante para el desarrollo profesional, puede resultar parcial y poco confiable y, en algunos estudios, se concluye que este tipo de medidas no correlacionaría con el desempeño real (Ward et al., 2002). Sin embargo, se ha reportado que proporcionaría información importante sobre el desarrollo de la confianza y las áreas en las que un aprendiz percibe que tiene fortalezas y debilidades (Mathieson et al., 2009). Asimismo, estudios en constante revisión, realizados por la Society for Psychotherapy Research (SPR) en la sección de interés del desarrollo y entrenamiento de terapeutas (SPRISTAD), sugieren que existen diferencias en la percepción de los terapeutas principiantes y experimentados y que esos niveles de percepción se elevan a medida que se incrementan los años de práctica profesional (Messina et al., 2019; Orlinsky et al., 2015).

También es sabido que existe la deseabilidad social y que el intento de dar una buena imagen de sí y/o la elevada autovaloración profesional pueden distorsionar los resultados (Mikulic et al., 2015b). El uso del formato autorreporte, en algunos estudios, ha mostrado baja correlación con la observación de un evaluador externo y el riesgo que el sujeto seleccione respuestas para causar una impresión favorable; sin embargo, numerosos autores señalan como fundamental su inclusión para una adecuada evaluación de competencias (Castillo Rojas, 2012; De las Cuevas Castresana y González De Rivera y Revuelta, 1992; Ward et al., 2002). Es por ello que se decidió incorporar una técnica de heteroevaluación, compuesta por escenarios clínicos que son puntuados en base a criterios externos (profesionales expertos), lo cual tiene como uno de sus objetivos contrarrestar la posible distorsión de los resultados.

En virtud de dichas limitaciones, a pesar de la inclusión de las viñetas clínicas es posible emprender nuevos estudios utilizando instrumentos observacionales que podrían comple-

mentar los resultados de la ECCBP (Castillo Rojas, 2012). Además, la incorporación del estudio de la deseabilidad social resultaría de relevancia considerando los sesgos de respuesta producidos en las pruebas psicológicas, especialmente en las de autorreporte (Mikulic et al., 2015b).

Por otra parte, también hay que considerar el efecto opuesto, la influencia del nivel de autoestima, autocrítica y perfeccionismo en los estudiantes de psicología que los podría conducir a subvalorar sus competencias (Arana et al., 2014; Helguera y Oros, 2018).

Posteriormente hay un tercer método – cuestionario– que se utilizó para describir las actividades y experiencias asociadas al desarrollo profesional (actividades de formación, supervisión, etcétera). Si bien este apartado se evalúa mediante el autorreporte, es un cuestionario estructurado que, partiendo de la base de que quienes participan lo hacen de manera voluntaria, anónima y sin recibir retribución a cambio, se espera que respondan con sinceridad y de manera fidedigna, de modo que se reduce el margen de las posibles respuestas distorsionadas. Además, el empleo del cuestionario de la ECCBP permitiría hacer estudios comparativos con la escala DPCCQ *Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire* (Orlinsky et al., 1999) que ha sido traducida y adaptada en varios países de Latinoamérica. Tanto la DPCCQ como la ECCBP son instrumentos extensos debido a la complejidad del área de estudio: mientras que la primera abarca nueve dimensiones, la segunda evalúa trece variables, entre competencias e indicadores. Sin embargo, el tiempo para completarlo la ECCBP es de aproximadamente 45 minutos frente a una o dos horas que requiere la DPCCQ (Orlinsky et al., 1999).

Como toda técnica, tiene sus fortalezas y debilidades y es claramente perfectible, pero en su construcción se enfatizó la inclusión de terapeutas de distintos modelos teóricos y con diferentes niveles de formación desde recién graduados a expertos reconocidos a nivel nacional e internacional, además de contener

distintos modos de operacionalización de los ítems.

En lo que respecta a los estudios de confiabilidad preliminares, algunos valores de α son elevados: vínculo terapéutico (.833), variables contextuales y diversidad (.853), manejo de entrevista (.845), evaluación y finalización del proceso (.845). Si bien esto podría interpretarse como consecuencia de cierta redundancia en las preguntas, se considera que la fortaleza de la ECCBP es obtener una amplia variedad de datos descriptivos por lo cual, en primera instancia, no se eliminaron más ítems luego del análisis de los expertos. Dado que excede los objetivos planteados para este trabajo, en estudios futuros se abordará con mayor detalle el comportamiento del instrumento, los análisis de fiabilidad de los ítems de cada parte de la ECCBP y será oportuno realizar una comparación con otros instrumentos de similares características. Por último, se podría profundizar el proceso de validación de las escalas realizando análisis factorial exploratorio para evaluar la convergencia y discriminación de los ítems de acuerdo a los constructos a evaluar y, posteriormente, análisis factorial confirmatorio para confirmar la estructura de los constructos teóricos, tal como realizaron otros autores (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010; Trechera Herreros et al., 2015).

Si bien el objetivo de la escala es ponderar competencias clínicas comunes a todos los modelos teóricos, sería interesante poder determinar –mediante análisis factorial– si existen perfiles de respuesta propios de cada modelo (cognitivo, psicoanalítico, sistémico, integrativo, etcétera).

Asimismo, sería interesante llevar a cabo estudios de correlación con otras escalas que le aporten validez convergente; a modo de ejemplo, el perfil de valoraciones de competencias propuesto por Gimeno Santos y Gallego Mata (2007).

Si bien se ha señalado que hay vinculación entre los niveles de competencia profesional y los resultados en la psicoterapia, mayor indagación es necesaria para evaluar la calidad del

servicio que proporcionan los profesionales y su vinculación con los resultados de la psicoterapia (Webb et al., 2010). Por otra parte, habría que explorar la validez predictiva con algunas medidas de resultados o variables específicas tales como alianza terapéutica, personalidad y estilo personal del terapeuta (Delgadillo et al., 2020).

Conclusiones

Tal como se mencionó en el inicio, la gran mayoría de modelos y estudios de evaluación se han desarrollado en países anglosajones. La propuesta de valor de la ECCBP radica en ser un instrumento construido especialmente para la población local, transteórico y específico para la psicoterapia, que adicionalmente puede ser generalizable a otros contextos socioculturales semejantes. Al mismo tiempo, en virtud de la carencia de instrumentos de evaluación locales, la ECCBP podría constituirse en una herramienta valiosa, tanto para ser utilizada en actividades de investigación como en programas de formación y seguimiento educativo.

En próximos estudios se podrán describir las competencias clínicas básicas de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina. También permitirá obtener datos descriptivos acerca de la formación y actualización de los profesionales, sus experiencias personales y profesionales, la pertenencia a instituciones, las actividades que llevan a cabo para su desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo, la concurrencia a supervisión y las características de este proceso.

Por último, su empleo permitirá evaluar si existen diferentes niveles de competencias clínicas básicas según la cantidad de años de experiencia profesional y profundizar el proceso de validación de las escalas para valorar si su aplicación tiene una capacidad predictiva que permita diferenciar a los psicoterapeutas en función de su nivel de competencia.

Referencias

- Aiken, L. R. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. Pearson Educación.
- American Psychological Association. (2006). *Final report of the APA task force on the assessment of competence in professional psychology*. <https://www.apa.org/ed/resources/competency-revised.pdf>.
- Arana, F. G., Galarregui, M. S., Miracco, M. C., Partarrieu, A. I., De Rosa, L., Lago, A. E., Traiber, L. I., Nussbold, P. T., Rutsztein, G. y Keegan, E. G. (2014). Perfeccionismo y desempeño académico en estudiantes universitarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 71-77. <https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.8>
- Baldwin, S. A. e Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: findings and methods. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 258 - 296). Wiley.
- Barber, J., Sharpless, B., Klostermann, S. y McCarthy, K. (2007). Assessing intervention competence and its relation to therapy outcome: a selected review derived from the outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 493-500. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.493>
- Barlow, D. (2010). Negative effects from psychological treatments: a perspective. *American Psychologist*, 65(1), 13-20. <https://doi.org/10.1037/a0015643>
- Boisvert, C. M. y Faust, D. (2003). Leading researchers' consensus on psychotherapy research findings: Implications for the teaching and conduct of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(5), 508-513. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.5.508>
- Castillo Rojas, F. S. (2012). *Diseño de un instrumento de evaluación de competencias especializadas en psicoterapeutas constructivista-cognitivos* [Tesis de Maestría]. Universidad de Chile <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113353/cs39-castillof1150.pdf;sequence=1>
- Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., Clarke, J. y Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 260-265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162628>
- Crocamo, L. N. (2019). *Evaluación de competencias clínicas básicas en psicoterapeutas argentinos* [Tesis de doctorado]. Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina. <https://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/1277>
- Crocamo, L. N. y Benatuil, D. (2020). Relevamiento de competencias clínicas básicas para la psicoterapia según expertos argentinos. *Psicodebate, Psicología Cultura y Sociedad*, 20(2). <https://doi.org/10.18682/pd.v20i2>
- De las Cuevas Catresana, C. y González De Rivera y Revuelta, J. L. (1992). Autoinformes y respuestas sesgadas. *Anales de Psiquiatría*, 8(9), 362-366. http://psicoter.es/_arts/92_A109_09.pdf
- Delgadillo, J., Branson, A., Kellett, S., Myles-Hooton, P., Hardy, G. E. y Shafran, R. (2020). Therapist personality traits as predictors of psychological treatment outcomes, *Psychotherapy Research*, 30(7), 857-870. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1731927>
- Dolan, S. L., Valle Cabrera, R., Jackson, S. E. y Schuler, S. R. (2003). *La gestión de los recursos humanos: preparando profesionales para el siglo XXI*. McGraw Hill.
- Elander, J., Towell, T. y Fox, P. (2007). Competence-based training and assessment by portfolio: The health psychology model. *Psychology Learning and Teaching*, 6(2), 73-79. <https://doi.org/10.2304/plat.2007.6.2.73>
- Elman, N. S. y Forrest, L. (2007). Del deterioro de los alumnos a los problemas de competencia profesional: buscar una nueva terminología que facilite la acción efectiva. *Psicología Profesional: Investigación y Práctica*, 38(5), 501-509. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.501>
- Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J., Blossom, J. B., Amaro, C. M., García, A. M., Odar Stough, C., Canter, K. S., Robles, R. y Reed, G. M. (2015). Vignette methodologies for studying

- clinicians' decision-making: validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 160-170. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.12.001>
- Fernández-Álvarez, H. (1994). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Paidós.
- Ferrando, P. J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1) 18-33. <http://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>
- Fremer, J. J., Diamond, E. E., y Camara, W. J. (1989). Developing a code of fair testing practices in education. *American Psychologist*, 44(7), 1062-1067. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.7.1062>
- Gimeno Santos, M. y Gallego Matas, S. (2007). La autoevaluación de las competencias básicas del estudiante de Psicología. *Revista de Psicodidáctica*, 1(12), 7-28. <https://ojs.ehu.es/index.php/psicodidactica/article/view/207/203>
- Goldfried, M. R. y Wolfe, B. E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 143-150. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.143>
- Gonsalvez, C. J., Bushnell, J., Blackman, R., Deane, F., Bliokas, V., Nicholson-Perry, K., Shires, A., Nasstasia, Y., Allan, C. y Knight, R. (2013). Assessment of psychology competencies in field placements: Standardized vignettes reduce rater bias. *Training and Education in Professional Psychology*, 7(2), 99-111. <https://doi.org/10.1037/a0031617>
- Gonsalvez, C. J., Deane, F. P., Terry, J., Nasstasia, Y. y Shires, A. (2019). Innovations in competence assessment: Design and initial validation of the Vignette Matching Assessment Tool (VMAT). *Training and Education in Professional Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tep0000302>
- Gonsalvez, C. J., Hamid, G., Savage, N. M. y Livni, D. (2017). The supervision evaluation and supervisory competence scale: psychometric validation. *Australian Psychologist*, 52(2), 94-103. <https://doi.org/10.1111/ap.12269>
- Gonsalvez, C. J., Terry, J. A. y Deane, F. (2016). Using Standardised Vignettes to Assess Practicum Competencies in Psychology and Other Disciplines: Final Report. <https://researchdirect.westernsydney.edu.au/islandora/object/uws:39027>
- Harden, R. M., Stevenson, M., Downie, W. W. y Wilson, G. M. (1975). Assessment of clinical competence using objective structured examination. *British Medical Journal*, 1, 447-451. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.5955.447>
- Hardy, G.E., Bishop-Edwards, L., Chambers, E., Connell, J., Dent-Brown, K., Kothari, G., O'Hara, R. y Parry, G.D. (2017). Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1393575>
- Helguera, G. P. y Oros, L. B. (2018). Perfeccionismo y autoestima en estudiantes universitarios argentinos. *Pensando Psicología*, 14(23), 12. <https://doi.org/10.16925/pe.v14i23.2266>
- Helmich, N. y Etchevers, M. (2019). *Alianza terapéutica y características del terapeuta*. Enciclopedia Argentina de Salud Mental. <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id-t=61&idtt=8>
- Herrera Rojas, A. (1993). *La medición en psicología*. Universidad de Bogotá.
- Kaslow, N. J. (2004). Competencies in professional psychology. *American Psychologist*, 59, 774-781. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.774>
- International Association of Applied Psychology. (2016). Declaración Internacional de Competencias Fundamentales en Psicología Profesional. https://issuu.com/colpsic/docs/1_ipcp_-_versi_n_espa__ol
- Kaslow, N., Grus, C. L., Campbell, L. F., Fouad, N., Hatcher, R. L. y Rodolfa, E. R. (2009). Competency assessment toolkit for professional psychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 4(3), 27-45. <https://doi.org/10.1037/a0015833>
- Khan, M. U. y Aljarallah, B. M. (2011). Evaluation of modified essay questions (MEQ) and multiple choice questions (MCQ) as a tool for assessing the cognitive skills of Undergrad-

- uate Medical Students. *International Journal of Health Sciences*, 5(1), 39-43.
- Klinar, D., Gago, P. y Alonso, M. M. (27-29 de noviembre de 2017). *Distribución ocupacional de los/las psicólogos en la República Argentina-Relevamiento 2019*. [Presentación de poster] XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXVI Jornadas de Investigación XV Encuentro de investigadores de Psicología del Mercosur. Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-111/211>
- Kohrt, B. A., Jordans, M. J. D., Rai, S. Shrestha, P., Luitel, N. P., Ramaiya, M. K., Singla, D. R. y Patel, V. (2015). Therapist competence in global mental health: development of the Enhancing Assessment of Common Therapeutic factors (ENACT) rating scale. *Behavior Research and Therapy*, 69, 11-21. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.009>
- Laurito, M. J. y Benatuil, D. (2017). Distancia entre los niveles de importancia y logro de las competencias específicas en muestra de graduados de una carrera de psicología. *Revista de Psicología*, 13(25), 71-83. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/6096/1/distancia-niveles-importancia-graduados.pdf>
- Leigh, I. W., Smith, I. L., Bebeau, M. J., Lichtenberg, J. W., Nelson, P. D., Portnoy, S., Rubin, N. J. y Kaslow, N. J. (2007). Competency assessment models. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 463-473. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.463>
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>
- Lopera Arbeláez, I. y Echeverri Álvarez, J. (2018). Libertad y desarrollo humano en las organizaciones. *Interdisciplinaria, Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 35(2), 395-408. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18058785011>
- Mathieson, F., Barnfield, T. y Beaumont, G. (2009). Are we as good as we think we are? Self-assessment versus other forms of assessment of competence in psychotherapy. *The Cognitive Behavior Therapist*, 2(1), 43-50. <https://doi.org/10.1017/S1754470X08000081>
- Merino Soto, C. y Livia Segovia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de Psicología*, 25(1), 169-171. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/71631>
- Messina, I., Gullo, S., Gelo, O., Giordano, C. y Salcuni, S. (2019). An overview of the Italian contribution to the international multisite SPRISTAD study on psychotherapy training. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22(3), 418. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.418>
- Mikulic, I. M. (2007). *Construcción y Adaptación de Pruebas Psicológicas*. Material publicado por Cátedra Teoría y técnicas de exploración y diagnóstico psicológico. Módulo. I. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. <https://comenio.files.wordpress.com/2007/08/construccion-y-adaptacion.pdf>
- Mikulic, I. M., Crespi, M. y Radusky, P. (2015a). Construcción y validación del instrumento de competencias socioemocionales para adultos (ICSE) *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 32(2), 307-329. <https://doi.org/10.16888/interd.2015.32.2.7>
- Mikulic, I. M., Crespi, M., Elmasian, M. y Fernández, G. L. (2015b, 25-28 de noviembre). *Evaluación psicológica y discapacidad social: adaptación de la escala de discapacidad social de Marlowe-Crowne y del inventario balanceado de respuestas socialmente deseables*. [Presentación de poster] VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-015/967>
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T. y Rønnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 483-495. <https://doi.org/10.1037/a0033643>
- Orlinsky, D. E., Strauss, B., Rønnestad, M. H., Hill, C. Castonguay, L., Willutzki, U., Hartman, A.,

- Taubner, S. y Carlsson, J. (2015). A Collaborative Study of Development in Psychotherapy Trainees. *Psychotherapy Bulletin*, 50(4), 21-25. <https://societyforpsychotherapy.org/a-collaborative-study-of-development-in-psychotherapy-trainees/>
- Orlinsky, D. et al. (1999). Development of psychotherapists: concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9(2), 127-153. <https://doi.org/10.1080/10503309912331332651>
- Osterlind, S. J. (1990). *Constructing test items: multiple-choice, constructed-response, performance, and other formats*. Kluwer Academic Publishers.
- Parry, G. D., Crawford, M. J. y Duggan, C. (2016). Iatrogenic harm from psychological therapies—time to move on. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 210-212. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.163618>
- Pitts, J., Coles, C. y Thomas, P. (2001). Enhancing reliability in portfolio assessment: ‘shaping’ the portfolio. *Medical Teacher*, 23(4), 351-356. <https://doi.org/10.1080/01421590120057021>
- Puppetto, P. (2017). *Autopercepción de alumnos avanzados de la carrera de psicología de la provincia de Mendoza sobre sus competencias clínicas*. [Tesis de grado no publicada]. Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires.
- Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehn, L. y Ritchie, P. (2005). A cube model for competency development: implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 347-354. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.347>
- Rodríguez Gómez, G., Ibarra Saiz, M. S. y Cubero Ibáñez, J. (2018). Competencias básicas relacionadas con la evaluación. Un estudio sobre la percepción de los estudiantes universitarios. *Educación XXI*, 21(1), 181-208. <https://doi.org/10.5944/educxx1.20184>
- Sánchez-Bahillo, Á., Aragón-Alonso, A., Sánchez-Bahillo, M. y Birtle, J. (2014). Therapist characteristics that predict the outcome of the outcome of multipatient psychotherapy: systematic review of empirical studies. *Journal of Psychiatric Research*, 53, 149-156. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.01.016>
- Smith, K. y Tillema, H. (2003). *Portfolios for professional development. A research Journey*. Nova Science Publishers.
- Tornimbeni, S., Pérez, E. y Olaz, F. (2004). *Introducción a la psicometría*. Paidós.
- Trechera Herreros, J. L., Morales-Fernández, E. J. y Gómez Baya, D. (9-11 de julio de 2015). *Propiedades psicométricas de una escala para evaluar competencias en alumnos del grado de psicología*. Proceedings del XII Foro Internacional sobre Evaluación de la Calidad de la Investigación y la Educación Superior Sevilla, España.
- Wallander, L. (2012). Measuring social workers’ judgements: Why and how to use the factorial survey approach in the study of professional judgements. *Journal of Social Work*, 12(4), 364-384. <https://doi.org/10.1177/1468017310387463>
- Ward, M., Gruppen, L. y Regehr, G. (2002). Measuring self-assessment: current state of the art. *Advances in Health Sciences Education*, 7(1), 63-80. <https://doi.org/10.1023/A:1014585522084>
- Webb, C. A., Derubeis, R. J. y Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200-211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>
- Zayyan, M. (2011). Objective structured clinical examination: the assessment of choice. *Oman Medical Journal*, 26(4), 219-222. <https://doi.org/10.5001/omj.2011.55>

Recibido: 12 de mayo de 2020

Aceptado: 24 de agosto de 2021