

Universidad de Palermo

Doctorado en Psicología

Tesis Doctoral

Evaluación de Competencias Clínicas Básicas en Psicoterapeutas Argentinos

Doctoranda

Lic. Lía Nadia Crocamo

Directora

Dra. Denise Benatuil, PhD

12 de Febrero de 2019

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi directora de tesis Denise Benatuil por haberme guiado con tanta paciencia y claridad en todos estos años de aprendizaje y a Leandro Casari con quién he tenido charlas diarias que me han permitido un crecimiento personal y profesional. También, a Eduardo Keegan y Guillermo Lencioni quienes han favorecido que tenga la constancia para realizar esta ardua tarea.

Sin dudas, el interés en estudiar la temática me lo ha dado Héctor Fernández-Álvarez y su equipo de Fundación Aiglé quienes me han formado como psicoterapeuta y han transmitido la importancia de establecer puentes entre la práctica clínica y la investigación empírica.

También, agradecida con los más de 500 terapeutas de todas las provincias de Argentina que han participado de la investigación y a los 20 terapeutas expertos que, a pesar de sus ajustadas agendas, se han tomando el tiempo de transmitir sus experiencias como formadores.

Tabla de contenidos

<i>Agradecimientos</i>	1
<i>Lista de tablas</i>	12
<i>Lista de gráficos</i>	16
<i>Resumen</i>	17
<i>Abstract</i>	19
<i>Introducción</i>	21
SECCIÓN TEÓRICA	27
<i>Capítulo 1 “El proceso psicoterapéutico y la persona del terapeuta”</i>	28
<i>1.1. Definiciones de psicoterapia</i>	28
<i>1.2. Modelos teóricos en psicoterapia</i>	30
<i>1.2.1. Modelo psicoanalítico</i>	30
<i>1.2.2. Modelo humanístico-existencial</i>	31
<i>1.2.3. Modelo sistémico</i>	32
<i>1.2.4. Modelo cognitivo-conductual</i>	33
<i>1.2.5. Modelo integrativo</i>	33
<i>1.3. Psicoterapia en Argentina</i>	34
<i>1.4. Investigación en psicoterapia</i>	37
<i>1.5. Abandono y efectos adversos de la psicoterapia</i>	40
<i>1.6. Variables del terapeuta</i>	41
<i>1.6.1. Experiencia profesional</i>	42
<i>1.6.2. Entrenamiento</i>	43

1.6.3. <i>Terapia personal</i>	45
1.6.4. <i>Estilo personal del Terapeuta</i>	48
1.6.5. <i>Otras consideraciones acerca de la persona del terapeuta</i>	52
1.7. <i>Variables del paciente</i>	52
1.8. <i>Síntesis sobre el proceso psicoterapéutico</i>	53
Capítulo 2 “Competencias clínicas para el ejercicio de la psicoterapia”	55
2.1. <i>Definición de competencia</i>	55
2.2. <i>Formación por competencias</i>	57
2.3. <i>Modelos de formación por competencias</i>	58
2.3.1. <i>Modelo del Cubo</i>	60
2.3.2. <i>Modelo EuroPsy</i>	62
2.3.3. <i>European Association for Psychotherapy</i>	63
2.3.4. <i>Proyecto Tuning y UEALC 6X4</i>	64
2.3.5. <i>Otros proyectos y aportes internacionales</i>	65
2.4. <i>Competencias clínicas para el ejercicio de la psicoterapia</i>	66
2.4.1. <i>Establecimiento de la relación y alianza terapéutica</i>	66
2.4.2. <i>Conceptualización del caso</i>	70
2.4.3. <i>Diseño del tratamiento</i>	72
2.4.4. <i>Evaluación de los resultados</i>	74
2.4.5. <i>Supervisión</i>	75
2.4.6. <i>Competencia cultural</i>	77

2.5. Síntesis competencias para la psicoterapia	79
Capítulo 3 “Evaluación de competencias clínicas del psicoterapeuta”	81
3.1. Definición de evaluación.....	81
3.2. Modelos de evaluación de competencias	83
3.2.1. Medidas de conocimiento.....	84
3.2.1.1. Exámenes múltiple choice	84
3.2.1.2. Exámenes de respuesta corta y ensayos.....	85
3.2.2. Medidas de toma de decisiones	86
3.2.2.1. Exámenes orales basados en casos	86
3.2.2.2. Entrevista por competencias y entrevista por incidentes críticos.....	87
3.2.3. Evaluaciones de desempeño	88
3.2.3.1. Portfolios.....	88
3.2.3.2. Evaluaciones 360 grados	89
3.2.4. Evaluaciones integradas de habilidades prácticas	90
3.2.4.1. Simulaciones.....	91
3.2.5. Medidas de autoinforme	93
3.2.5.1. Autopercepción de competencias	93
3.3. Síntesis evaluación de competencias clínicas	95
SECCIÓN EMPÍRICA	978
Objetivo general	99
Objetivos específicos	99

Hipótesis	100
Diseño y Tipo de estudio	100
Capítulo 4 “Primer estudio: Modelo de competencias clínicas básicas e indicadores asociados a su desarrollo. Construcción de la ECCBP”	101
<i>4.1. Metodología</i>	<i>101</i>
<i>4.1.1. Diseño y tipo de estudio</i>	<i>101</i>
<i>4.1.2. Muestra</i>	<i>101</i>
<i>4.1.3. Instrumentos</i>	<i>102</i>
<i>4.1.3.1. Entrevistas semi-dirigidas.....</i>	<i>102</i>
<i>4.1.3.2. Escala Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas ECCBP (versión preliminar)</i>	<i>103</i>
<i>4.1.4. Procedimiento</i>	<i>103</i>
<i>4.1.5. Análisis de datos</i>	<i>105</i>
<i>4.2. Resultados</i>	<i>105</i>
<i>4.2.1. Identificación de competencias clínicas básicas que deben poseer los psicoterapeutas para el ejercicio de su profesión.....</i>	<i>105</i>
<i>4.2.1.1. Realización de entrevistas semi-dirigidas a expertos</i>	<i>105</i>
<i>4.2.1.2. Análisis temático de las entrevistas</i>	<i>106</i>
<i>4.2.1.2.1. Familiarización con los datos y generación de códigos iniciales</i>	<i>107</i>
<i>4.2.1.2.2. Búsqueda y revisión de temas</i>	<i>107</i>
<i>4.2.1.2.3. Definición y denominación de temas</i>	<i>109</i>
<i>4.2.1.3. Análisis temático por jueces expertos</i>	<i>110</i>

4.2.1.4. Producción del informe final.....	113
4.2.1.5. Revisión final por jueces expertos.....	115
4.2.2. Establecimiento de indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas para la psicoterapia	117
4.2.2.1. Realización de entrevistas semi-dirigidas a expertos	117
4.2.2.2. Análisis temático de las entrevistas	117
4.2.2.2.1. Familiarización con los datos y generación de códigos iniciales	117
4.2.2.2.2. Búsqueda y revisión de temas	118
4.2.2.2.3. Definición y denominación de temas	120
4.2.2.3. Análisis temático por jueces expertos	121
4.2.2.4. Producción del informe final.....	123
4.2.2.5. Revisión final por jueces expertos.....	124
4.2.3. Construcción de un instrumento para la evaluación de las competencias clínicas identificadas y los indicadores asociados a su desarrollo.....	126
4.2.3.1. Elaboración del sistema de evaluación.....	126
4.2.3.2. Redacción de ítems	127
4.2.3.2.1. Resolución de casos clínicos	128
4.2.3.2.2. Autoevaluación.....	131
4.2.3.2.3. Encuesta.....	132
4.2.3.3. Revisión de la versión piloto	134
4.2.3.3.1. Resolución de casos clínicos	135
4.2.3.3.2. Autoevaluación.....	140

4.2.3.3.3. Encuesta.....	141
4.2.3.4. <i>Desarrollo del instrumento definitivo</i>	142
4.2.3.4.1. Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP). Versión definitiva	143
4.2.3.4.1.1. Resolución de casos clínicos	143
4.2.3.4.1.2. Autoevaluación.....	144
4.2.3.4.1.3. Encuesta.....	145
Capítulo 5 “Segundo estudio: Evaluación de las competencias clínicas básicas para la psicoterapia e indicadores asociados a su desarrollo	146
5.1. <i>Metodología</i>	146
5.1.1. <i>Diseño y tipo de estudio</i>	146
5.1.2. <i>Muestra</i>	147
5.1.3. <i>Instrumentos</i>	148
5.1.4. <i>Procedimiento</i>	150
5.1.5. <i>Análisis de datos</i>	152
5.2. <i>Resultados</i>	154
5.2.1. <i>Descripción de las competencias clínicas básicas que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina</i>	154
5.2.1.1. <i>Proceso diagnóstico</i>	155
5.2.1.2. <i>Diseño, intervenciones y técnicas I</i>	156
5.2.1.3. <i>Vínculo terapéutico</i>	157

5.2.1.4. Rol profesional	158
5.2.1.5. Variables contextuales y diversidad.....	159
5.2.1.6. Manejo de entrevista	161
5.2.1.7. Evaluación y finalización del proceso	162
5.2.1.8. Diseño, intervenciones y técnicas II.....	163
5.2.2. Descripción de los indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina	164
5.2.2.1. Formación de base y actualización.....	164
5.2.2.2. Experiencia personal y profesional	165
5.2.2.3. Supervisión	166
5.2.2.4. Pertenencia a instituciones y red de profesionales	167
5.2.2.5. Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo.....	168
5.2.3. Evaluación de la existencia de diferentes niveles de competencias clínicas básicas de acuerdo a la experiencia profesional en una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina	169
5.2.3.1. Análisis de la distribución de los datos.....	170
5.2.3.2. Relación entre competencias clínicas básicas y experiencia profesional.....	170
5.2.3.3. Diferencias de grupo en las competencias clínicas básicas de acuerdo a la experiencia profesional.....	171

<i>5.2.4. Relación entre las competencias clínicas básicas y los indicadores asociados a su desarrollo</i>	173
<i>5.2.4.1. Formación de base y actualización</i>	174
5.2.4.1.1. Pertenencia a modelo teórico.....	174
5.2.4.1.2. Formación en otro modelo teórico.....	175
5.2.4.1.3. Realización de posgrado.....	175
5.2.4.1.4. Fecha del último curso/entrenamiento.....	177
5.2.4.1.5. Lectura de revista indexada	1778
<i>5.2.4.2. Supervisión</i>	178
5.2.4.2.1. Concurrencia a supervisión	178
5.2.4.2.2. Frecuencia de supervisión	178
5.2.4.2.3. Modalidad de supervisión.....	179
5.2.4.2.4. Objetivo de la supervisión	179
<i>5.2.4.3. Pertenencia a instituciones y red de profesionales</i>	180
5.2.4.3.1. Pertenencia a grupo de trabajo.....	180
5.2.4.3.2. Fecha de última reunión con su grupo de trabajo.....	181
5.2.4.3.3. Motivo del último encuentro con su grupo de trabajo.....	181
5.2.4.3.4. Asistencia a jornada, congreso o actividad científica.....	182
5.2.4.3.5. Participación en grupos de formación	182
<i>5.2.4.4. Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo</i>	182
5.2.4.4.1. Concurrencia a psicoterapia.....	182
5.2.4.4.2. Frecuencia de la psicoterapia personal	182

5.2.4.4.3. Objetivo de la psicoterapia personal.....	183
5.2.4.4.4. Actividades realizadas durante los últimos 15 días	183
5.2.4.5. <i>Experiencia personal y profesional</i>	184
5.2.4.5.1. Cantidad de pacientes asistidos	184
5.2.4.5.2. Población que asiste habitualmente	184
5.2.4.5.3. Patología que se asiste habitualmente	185
5.2.4.5.4. Realización de prácticas	186
DISCUSIÓN	188
Capítulo 6. “Discusión y conclusiones: aportes limitaciones y perspectivas futuras”	1889
6.1. <i>Discusión</i>	189
6.1.1. <i>Identificación de las competencias clínicas básicas de los psicoterapeutas para el ejercicio de su profesión</i>	190
6.1.2. <i>Establecimiento de indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas para la psicoterapia</i>	194
6.1.3. <i>Construcción de un instrumento para la evaluación de las competencias clínicas identificadas y los indicadores asociados a su desarrollo</i>	203
6.1.4. <i>Descripción de las competencias clínicas básicas</i>	206
6.1.5. <i>Descripción de los indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas</i>	211
6.1.6. <i>Evaluación de la existencia de diferentes niveles de competencias clínicas básicas de acuerdo a la experiencia profesional</i>	216

<i>6.1.7. Relación entre las competencias clínicas básicas y los indicadores asociados a su desarrollo</i>	220
<i>6.2. Conclusiones</i>	226
REFERENCIAS	230
ANEXOS	313
<i>Ejemplo de análisis temático de un juez experto para las competencias clínicas básicas</i>	314
<i>Definiciones operacionales de las competencias clínicas básicas</i>	315
<i>Definiciones operacionales de los indicadores asociados</i>	318
<i>Depuración de la ECCBP (versión piloto)</i>	321
<i>Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP)</i>	325
<i>Claves de corrección</i>	333
<i>Comparación de modelos de competencias</i>	336

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Modelo del Cubo: Competencias fundamentales</i>	60
Tabla 2. <i>Modelo del Cubo: Competencias funcionales</i>	61
Tabla 3. <i>Modelo Europsy: Competencias primarias</i>	62
Tabla 4. <i>Modelo de la EAP: Dominios de competencia</i>	63
Tabla 5. <i>Condiciones del psicoterapeuta para ser considerado experto</i>	106
Tabla 6. <i>Familiarización con los datos y generación de códigos iniciales para las competencias clínicas básicas</i>	107
Tabla 7. <i>Revisión de temas para las competencias clínicas básicas</i>	109
Tabla 8. <i>Criterios para ser considerado competencia clínica básica</i>	109
Tabla 9. <i>Competencias clínicas básicas</i>	110
Tabla 10. <i>Comparación de los análisis temáticos para las competencias clínicas básicas</i>	112
Tabla 11. <i>Ejemplo de definición operacional de una competencia clínica básica</i>	114
Tabla 12. <i>Ejemplo juicio de experto para las competencias clínicas básicas</i>	115
Tabla 13. <i>Acuerdo en el análisis temático por jueces expertos para las competencias clínicas básicas</i>	116
Tabla 14. <i>Familiarización con los datos y generación de códigos iniciales para los indicadores asociados</i>	118
Tabla 15. <i>Búsqueda y revisión de temas para los indicadores asociados</i>	120
Tabla 16. <i>Criterios para ser considerado indicador asociado</i>	120
Tabla 17. <i>Indicadores asociados al desarrollo de las competencias clínicas básicas</i>	121
Tabla 18. <i>Comparación de los análisis temáticos para los indicadores asociados</i>	122
Tabla 19. <i>Ejemplo de definición operacional de un indicador asociado</i>	124
Tabla 20. <i>Acuerdo en el análisis temático por jueces expertos para los indicadores asociados</i>	125

Tabla 21. <i>Criterios para la elaboración de ítems.....</i>	127
Tabla 22. <i>Criterios para la elaboración de viñetas clínicas.....</i>	128
Tabla 23. <i>Viñetas clínicas versión piloto.....</i>	129
Tabla 24. <i>Ítems casos clínicos versión piloto.....</i>	130
Tabla 25. <i>Puntajes viñetas clínicas.....</i>	131
Tabla 26. <i>Ejemplo ítems piloto para la autoevaluación de competencias clínicas básicas....</i>	132
Tabla 27. <i>Evaluación mediante encuesta para el indicador Formación de base y actualización.....</i>	133
Tabla 28. <i>Criterios para la revisión del instrumento.....</i>	134
Tabla 29. <i>Ejemplo de caso clínico presentado a los revisores del instrumento.....</i>	136
Tabla 30. <i>Revisión de viñetas clínicas: criterio dificultad.....</i>	137
Tabla 31. <i>Revisión de viñetas clínicas: criterio verosimilitud.....</i>	137
Tabla 32. <i>Revisión de viñetas clínicas: criterio coherencia.....</i>	138
Tabla 33. <i>Revisión de viñetas clínicas: criterio relevancia.....</i>	139
Tabla 34. <i>Revisión de viñetas clínicas: criterio suficiencia.....</i>	140
Tabla 35. <i>Depuración de ítems para la autoevaluación de competencias clínicas básicas..</i>	141
Tabla 36. <i>Depuración de los ítems de la encuesta para los indicadores asociados.....</i>	141
Tabla 37. <i>ECCBP: Ítems definitivos para la evaluación de las competencias clínicas básicas mediante viñetas clínicas.....</i>	144
Tabla 38. <i>ECCBP: Ítems definitivos para la autoevaluación de las competencias clínicas básicas.....</i>	144
Tabla 39. <i>ECCBP: Ítems definitivos para la evaluación de los indicadores asociados.....</i>	145
Tabla 40. <i>División de la muestra por cuartiles.....</i>	148
Tabla 41. <i>Análisis descriptivos de la competencia Proceso Diagnóstico.....</i>	156

Tabla 42. <i>Análisis descriptivos de la competencia Diseño, intervenciones y técnicas I.....</i>	156
Tabla 43. <i>Análisis descriptivos de las competencias ponderadas mediante autoevaluación..</i>	157
Tabla 44. <i>Análisis descriptivos de la competencia Vínculo Terapéutico.....</i>	158
Tabla 45. <i>Análisis descriptivos de la competencia Rol Profesional.....</i>	159
Tabla 46. <i>Análisis descriptivos de la competencia Variables contextuales y diversidad.....</i>	160
Tabla 47. <i>Análisis descriptivos de la competencia Manejo de entrevista.....</i>	161
Tabla 48. <i>Análisis descriptivos de la competencia Evaluación y finalización del proceso.....</i>	162
Tabla 49. <i>Análisis descriptivos de la competencia Diseño, intervenciones y técnicas.....</i>	163
Tabla 50. <i>Formación en otro modelo teórico adicional al referido en primera instancia.....</i>	165
Tabla 51. <i>Cantidad de pacientes asistidos semanalmente.....</i>	166
Tabla 52. <i>Frecuencia de supervisión.....</i>	167
Tabla 53. <i>Pertenencia a grupos de trabajo.....</i>	167
Tabla 54. <i>Objetivos de la psicoterapia personal del terapeuta.....</i>	168
Tabla 55. <i>Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las competencias clínicas básicas.....</i>	170
Tabla 56. <i>Prueba de Rho de Spearman correlación entre puntajes de competencia y años de experiencia.....</i>	171
Tabla 57. <i>Prueba de Kruskal Wallis relación entre puntajes de competencia y grupos de experiencia.....</i>	172
Tabla 58. <i>Diferencias de grupo en las competencias clínicas básicas.....</i>	172
Tabla 59. <i>Diferencias de grupo de acuerdo al modelo teórico.....</i>	174
Tabla 60. <i>Diferencias de grupo de acuerdo a la formación en otros modelos.....</i>	175
Tabla 61. <i>Diferencias de grupo de acuerdo a los estudios de posgrado.....</i>	176
Tabla 62. <i>Diferencias de grupo de acuerdo a la fecha del último curso/entrenamiento.....</i>	177
Tabla 63. <i>Diferencias de grupo de acuerdo a la fecha de la última lectura de revista indexada.....</i>	177

Tabla 64. <i>Diferencias de grupo de acuerdo la concurrencia a supervisión.....</i>	178
Tabla 65. <i>Diferencias de grupo de acuerdo la frecuencia de supervisión.....</i>	178
Tabla 66. <i>Diferencias de grupo de acuerdo al objetivo de supervisión.....</i>	179
Tabla 67. <i>Diferencias de grupo de acuerdo a la pertenencia a un grupo de trabajo.....</i>	180
Tabla 68. <i>Diferencias de grupo de acuerdo a la fecha de la última reunión con su grupo de trabajo.....</i>	181
Tabla 69. <i>Diferencias de grupo de acuerdo al motivo de la última reunión con su grupo de trabajo.....</i>	181
Tabla 70. <i>Diferencias de grupo de acuerdo a la concurrencia a psicoterapia.....</i>	182
Tabla 71. <i>Diferencias de grupo de acuerdo al motivo de realización de psicoterapia.....</i>	183
Tabla 72. <i>Diferencias de grupo de acuerdo a las actividades realizadas durante los últimos 15 días.....</i>	184
Tabla 73. <i>Diferencias de grupo de acuerdo a la cantidad de pacientes asistidos por semana.....</i>	184
Tabla 74. <i>Diferencias de grupo de acuerdo a la población asistida I.....</i>	185
Tabla 75. <i>Diferencias de grupo de acuerdo a la población asistida II.....</i>	185
Tabla 76. <i>Diferencias de grupos de acuerdo al tipo de patología asistida I.....</i>	186
Tabla 77. <i>Diferencias de grupos de acuerdo al tipo de patología asistida II.....</i>	186
Tabla 78. <i>Diferencias de grupos de acuerdo al tipo de prácticas realizadas.....</i>	187

Lista de gráficos

Gráfico 1. <i>Estructura del Estudio 1.1</i>	24
Gráfico 2. <i>Estructura del Estudio 1.2</i>	25
Gráfico 3. <i>Estructura del Estudio 2</i>	26
Gráfico 4. <i>Ejemplo de búsqueda de temas para las competencias clínicas básicas</i>	108

Resumen

Evaluación de Competencias Clínicas Básicas en Psicoterapeutas Argentinos

Palabras clave: Competencias clínicas- Psicoterapia- Experiencia profesional-Evaluación de competencias

La presente tesis tuvo como objetivo general examinar las competencias clínicas básicas de psicoterapeutas con diferentes niveles de experiencia profesional. Se encuentra organizada en torno a siete objetivos específicos: OE1. Identificar las competencias clínicas básicas que debieran poseer los psicoterapeutas para el ejercicio de su profesión. OE2. Establecer indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas para la psicoterapia. OE3. Construir un instrumento para evaluar las competencias identificadas y los indicadores asociados. OE4. Describir las competencias clínicas básicas que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas. OE5. Describir los indicadores asociados que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas. OE6. Evaluar si existen diferentes niveles de competencias clínicas básicas según la experiencia profesional. OE7. Examinar la relación entre las competencias clínicas básicas y los indicadores asociados.

En primer lugar, se identificaron las competencias clínicas básicas: Proceso diagnóstico, Diseño, intervenciones y técnicas, Evaluación y finalización del proceso, Vínculo terapéutico, Rol profesional, Manejo de entrevista y Variables contextuales y diversidad. En segundo lugar, se establecieron los indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas: Formación de base y actualización, Supervisión, Pertenencia a instituciones y red de profesionales, Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo y Experiencia personal y profesional. Seguidamente, se construyó la Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (*ECCBP*) un instrumento para la evaluación de las competencias clínicas identificadas y los indicadores asociados a su desarrollo. Posteriormente, utilizado para

describir tanto las competencias clínicas básicas como los indicadores asociados en una muestra de 534 terapeutas.

Luego, se evaluó la existencia de diferentes niveles de competencias clínicas básicas de acuerdo a la experiencia profesional y se confirmó que los psicoterapeutas con mayor experiencia profesional poseen niveles superiores de competencias clínicas básicas. Y, por último, se examinaron las relaciones entre las competencias clínicas básicas y los indicadores asociados a su desarrollo.

Abstract

Basic Clinical Competences Assessment in Argentinian Psychotherapists

Key words: Clinical Competence- Psychotherapy- Professional experience- Competence assessment

The main objective of this thesis was to examine the basic clinical competences of psychotherapists with different levels of professional experience. Seven specific objectives organized it: SO1: Identify the basic clinical competences that psychotherapists should have in order to develop their profession. SO2: Establish indicators associated to the development of basic clinical competences. SO3: Develop an instrument to assess the identified competences and the associated indicators. SO4: Describe the basic clinical competences of a heterogeneous sample of psychotherapists. SO5: Describe the associated indicators that have a heterogeneous sample of psychotherapists. SO6: Evaluate if there are different basic clinical competence levels according to the professional experience in a heterogeneous sample of psychotherapists. SO7: Examine the link between the basic clinical competences and the indicators associated in a heterogeneous sample of psychotherapists.

To begin with, the basic clinical competences identified were: Diagnostic process, Design, interventions and techniques, Evaluation and completion of the process, Therapeutic bond, Professional role, interview management and contextual variables and diversity. Then, indicators associated with the development of basic clinical competencies were established: Basic training and updating, Supervision, Sense of belonging to institutions and Professionals network, Personal development and work on oneself and Personal and Professional experience. After that, the Basic Clinical Competencies Scale for Psychotherapists (BCCSP) was built, an instrument for the evaluation of the clinical competences identified and the indicators

associated with their development, which was later used to describe both basic clinical competencies and associated indicators in a sample of 534 therapists.

Moreover, the existence of different levels of basic clinical skills was evaluated according to professional experience and it was confirmed that psychotherapists with more professional experience have higher levels of basic clinical skills. Finally, the link between the basic clinical competences and the indicators associated with their development were examined.

Introducción

La psicoterapia como tratamiento psicológico destinado a aliviar cierto tipo de padecimiento en los seres humanos (Fernández-Álvarez, Kirszman & Nieto, 1994) es ejercida, en la mayoría de los países de Latinoamérica, con el título habilitante de la carrera de grado de psicología (Fernández-Álvarez, 2017). Teniendo en consideración que Argentina es uno de los países que posee mayor número de psicólogos per cápita a nivel mundial, cuya mayoría se desempeña en el área clínica (Alonso, Gago & Klinar, 2017; Alonso & Klinar, 2016), esta tesis abordará dos temas centrales: las competencias clínicas básicas para el ejercicio de la psicoterapia y el concepto de experiencia profesional.

Por un lado, en las dos últimas décadas, han aumentado los estudios sobre las competencias para el ejercicio de profesiones de la salud (Gonsalvez, Hamid, Savage & Livni, 2017). En psicología y, en particular para la psicoterapia, se han elaborado diferentes modelos que detallan las competencias que deben adquirir los psicoterapeutas durante su formación. A modo de ejemplo, el Modelo del Cubo elaborado por la *American Psychological Association* (Kaslow, 2004; Rodolfa et al., 2005), el modelo del *European Diploma in Psychology* (Bartram & Roe, 2005) y el modelo de la *European Association of Psychotherapy* (European Association for Psychotherapy, 2013). En Latinoamérica, se desarrolló el Proyecto Alfa Tuning (Beneitone et al., 2007) y el Proyecto 6X4 UEALC (Malo et al., 2008).

Si bien en Argentina, a partir de los años 80 se comenzó a hacer hincapié en los contenidos que los estudiantes de grado de psicología deben adquirir, debido a que la carrera fue declarada de interés público y, como consecuencia se iniciaron los procesos de acreditación de las carreras de grado (Klappenbach, 2015), en la actualidad, no se cuenta con un modelo local específico de competencias requeridas para la psicoterapia, donde se detallen cuáles son las habilidades, actitudes, conductas y conocimientos que los profesionales deben adquirir durante la formación.

En este sentido, Sánchez-Bahillo, Aragón-Alonso, Sánchez-Bahillo y Birtle (2014) afirman que los investigadores necesitan considerar la enorme complejidad de la persona del terapeuta y la multiplicidad de aspectos que impactan potencialmente sobre el resultado del proceso terapéutico. La relevancia de estudiar y, además, evaluar las competencias clínicas para la psicoterapia no puede subestimarse dado que influye en la calidad del servicio que se ofrece a la población (Goodyear, Wampold, Tracey & Lichtenberg, 2017; Keegan, 2012; Yonantan-Leus, Tishby, Shefler, & Wiseman, 2017; Loubat, 2005; Oblitas, 2008; Ronnestad, 2016).

Por otra parte, diversos estudios examinaron la variabilidad del desempeño a lo largo del tiempo (Goldberg, et al., 2016) y, en concreto, si la práctica profesional sostenida predice los efectos de la psicoterapia (Bickman, 1999; Hill et al., 2017; Stein & Lambert, 1995). En consecuencia, algunos estudios afirman que la experiencia profesional se vincularía con la obtención de mejores resultados clínicos (Goodyear, Wampold, Tracey & Lichtenberg, 2017; Mullen et al., 2004). (Ver “H6”). Mientras que otros investigadores cuestionan la mejora de habilidades a lo largo del tiempo (Budge et al., 2013; Erekson, et al., 2017).

Dicho lo anterior, esta tesis tiene como objetivo general “*examinar las competencias clínicas básicas de psicoterapeutas con diferentes niveles de experiencia profesional*”, se organiza en torno a siete objetivos específicos, y, plantea la siguiente hipótesis: “*los psicoterapeutas con mayor experiencia profesional poseen niveles superiores de competencias clínicas básicas*”. Para cumplir con este cometido, se trabajó en diferentes etapas. Primeramente, se realizó una revisión exhaustiva de la bibliografía, que se sintetiza a lo largo de los tres capítulos que componen la SECCIÓN TEÓRICA denominados: Capítulo 1 “*El proceso psicoterapéutico y la persona del terapeuta*”, Capítulo 2 “*Competencias clínicas para el ejercicio de la psicoterapia*”, y, Capítulo 3 “*Evaluación de competencias clínicas del psicoterapeuta*”.

En segundo lugar, la SECCIÓN EMPÍRICA esta conformada por el Capítulo 4 “*Primer estudio: Modelo de competencias clínicas básicas e indicadores asociados a su desarrollo. Construcción de la ECCBP*”, donde se presenta el trabajo que se realizó para identificar las competencias clínicas básicas que deben poseer los psicoterapeutas para el ejercicio de su profesión, establecer indicadores asociados su desarrollo y, posteriormente, construir un instrumento para su evaluación (Ver “OE1, OE2 y OE3”). Y por el Capítulo 5 “*Segundo estudio: “Evaluación de competencias clínicas de acuerdo a la experiencia”*”, donde se exponen los resultados del trabajo que se realizó para dar respuesta a los últimos cuatro objetivos específicos de la investigación: describir las competencias clínicas básicas que poseen los psicoterapeutas, describir los indicadores asociados al desarrollo de las competencias clínicas básicas, evaluar la existencia de diferentes niveles de competencias clínicas básicas de acuerdo a la experiencia profesional y examinar la relación entre las competencias clínicas básicas y los indicadores asociados a su desarrollo en una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina. (Ver “OE4, OE5, OE6 y OE7”).

Por último, en la sección DISCUSIÓN se encuentra el Capítulo 6 “*Discusión y conclusión. Aportes, limitaciones y perspectivas futuras*”, donde se evalúan los aportes, limitaciones y alcances de la presente investigación y, además, los elementos que deberán ser abordados en próximos estudios.

Gráfico 1
Estructura del Estudio 1.1

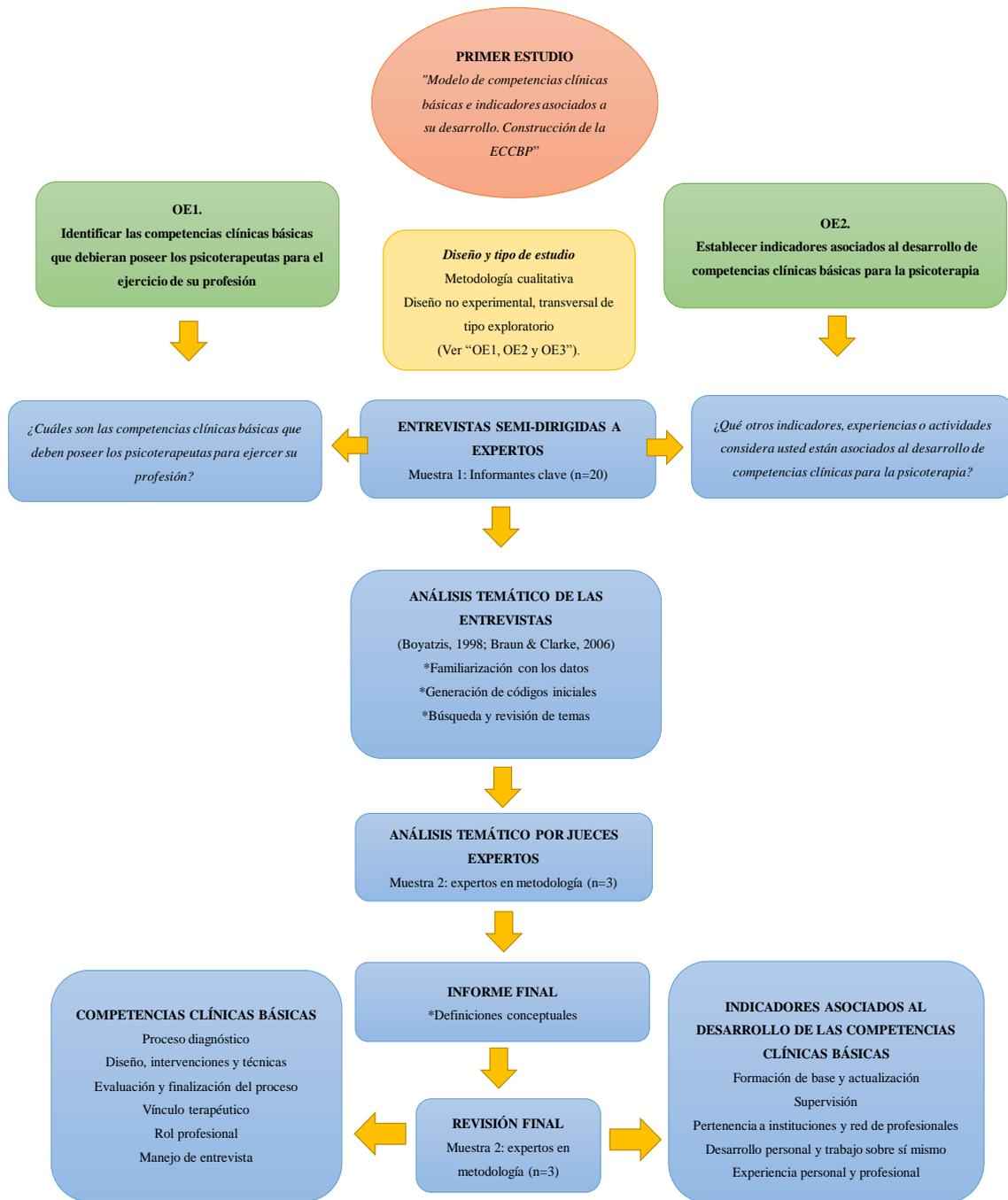


Gráfico 2
Estructura del Estudio 1.2

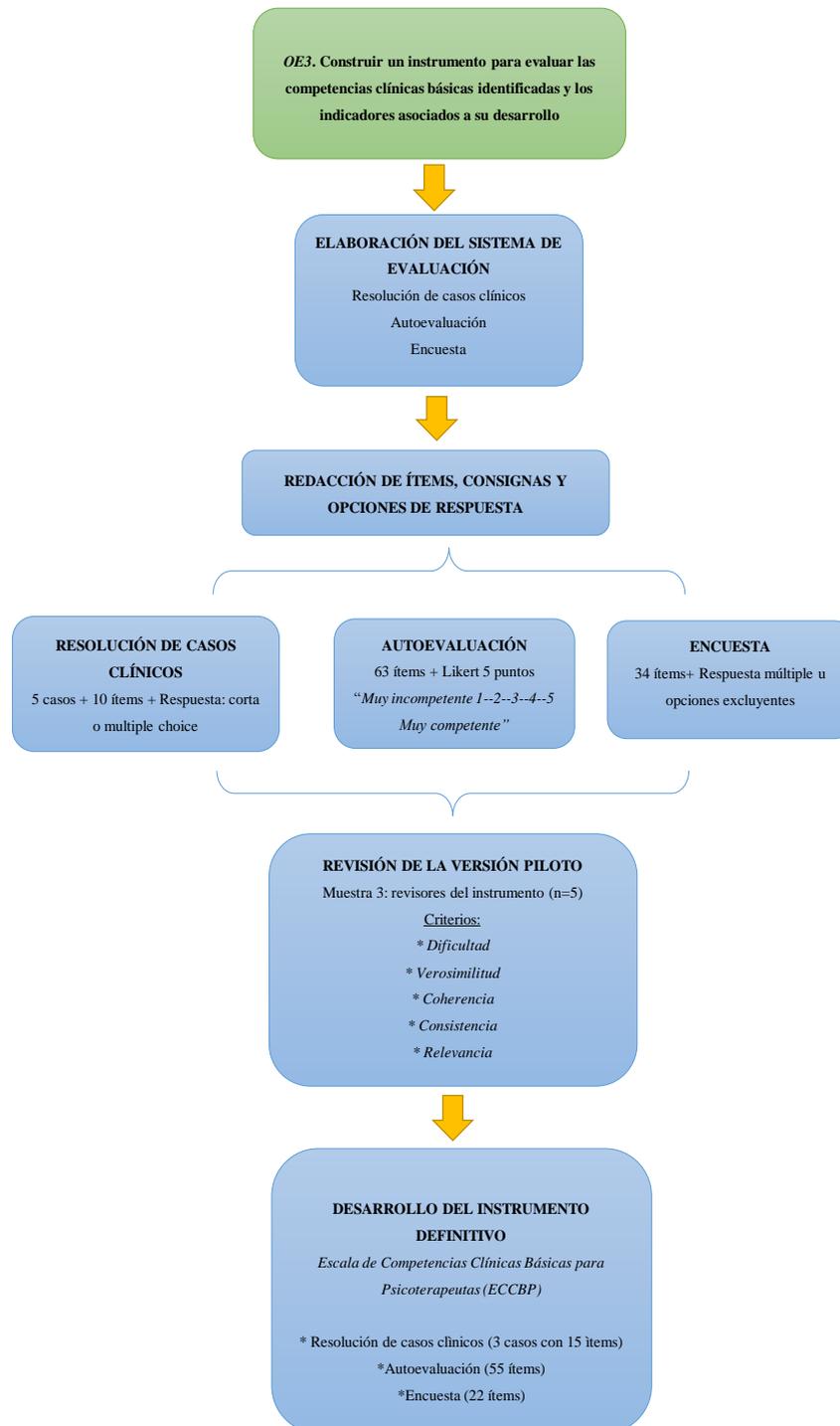
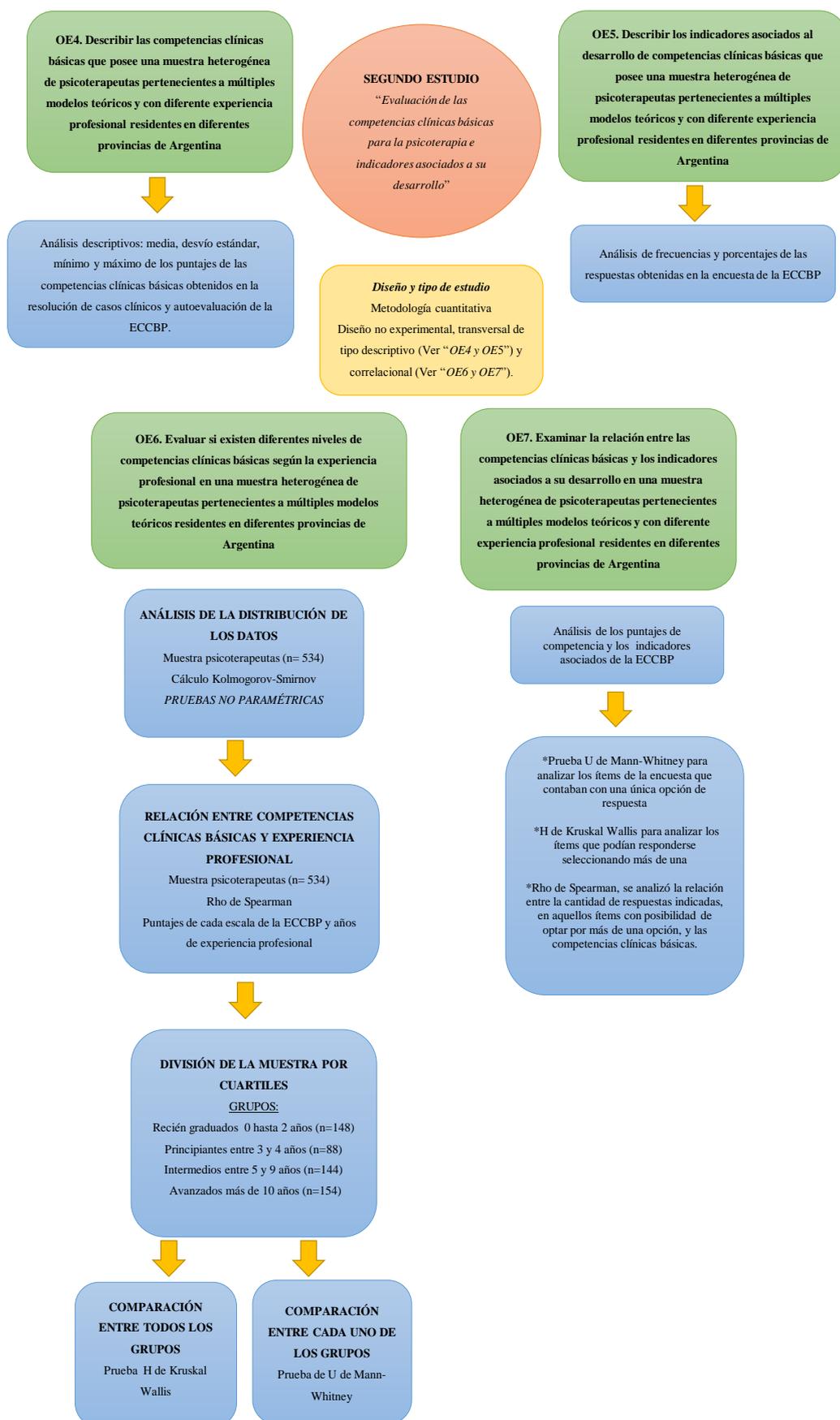


Gráfico 3
Estructura del Estudio 2



SECCIÓN TEÓRICA

Capítulo 1

El proceso psicoterapéutico y la persona del terapeuta

1.1. Definiciones de psicoterapia

Según la *American Psychological Association*, la psicología clínica es una rama amplia de la psicología que tiene como objeto de estudio la salud mental de los individuos y familias y para ello integra conocimientos y habilidades de diversas disciplinas (*American Psychological Association*, 2018a). Dentro de esta rama se encuentra la psicoterapia, definida como una práctica diseñada con el objetivo de proveer alivio sintomático, mejorar la calidad de vida y estimular el funcionamiento adaptativo del sujeto a partir de la colaboración entre el profesional y el paciente (*American Psychological Association*, 2012).

El término psicoterapia posiblemente aparece por primera vez en un escrito de Francis Power Cobbe “*Faith Healing and Fear Killing*” en 1887 (Feixas & Miró, 1993; Walker & Shelton, 1985) y desde ese entonces se han enunciado múltiples definiciones (Feixas & Miró, 1993; Fernández-Liria, Hernández, Rodríguez, Benito & Mas, 2011; Norcross, 1990; Wolberg, 1977).

La *American Psychological Association* en una resolución que reconoce la efectividad de la psicoterapia (APA, 2012) toma como oficial la definición de Norcross (1990):

La psicoterapia es la aplicación informada e intencional de métodos clínicos y posturas interpersonales derivadas de principios psicológicos establecidos, con el propósito de ayudar a las personas a modificar sus conductas, cogniciones, emociones, y/u otras características personales, en direcciones que los participantes consideren deseable (Norcross, 1990, p. 218).

También se ha definido psicoterapia como conjunto de intervenciones psicológicas (Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson & Loftus, 2003; Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton, 1995), tratamiento por medios psicológicos (Feixas & Miró, 1993; Wolberg, 1977), aplicación de técnicas (Korchin, 1976), proceso interpersonal (Strupp, 1978), proceso orientado al cambio (Zeig & Munion, 1990) o proceso de arte y ciencia; ciencia en tanto las técnicas implementadas deben demostrar su efectividad, y arte ya que deben ser aplicadas de manera creativa y flexible (Hofman & Weinberger, 2007).

La mayoría de las definiciones de psicoterapia enuncian dos objetivos, la intervención específica para el cambio de una situación que genera sufrimiento y el desarrollo personal del individuo en el marco de una relación con un profesional (Feixas & Miró, 1993; Zeig & Munion, 1990). En otras palabras, la psicoterapia tiene como meta aliviar los problemas humanos y facilitar el funcionamiento de la persona en sociedad (Smith et al., 2003), suprimir, modificar o paliar síntomas existentes e intervenir en pautas distorsionadas de conducta, promover el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad (Wolberg, 1977), generar cambios de personalidad y conducta (Korchin, 1976), promover el cambio de sentimientos, cogniciones, actitudes y conductas que han sido problemáticas para el individuo (Strupp, 1978), reducir el estrés y comportamiento desadaptativo y favorecer el comportamiento adaptativo (Weisz et al., 1995).

La definición de psicoterapia que guiará la realización de esta Tesis fue elaborada por tres autores argentinos (Fernández-Álvarez et al., 1994) quienes sintetizan los elementos previamente mencionados:

La psicoterapia es un conjunto de procedimientos destinados a aliviar cierto tipo de padecimiento de los seres humanos, específicamente, aquellas formas de sufrimiento consideradas como carentes de sentido o posibles de ser evitadas por la persona que

padece, o las que derivan de la necesidad de llevar adelante la vida de otro modo. Por lo tanto, un tratamiento psicológico está destinado a producir cambios que ayuden a las personas a vivir de manera más plena (Fernández-Álvarez et al., 1994, p. 261).

1.2. Modelos teóricos en psicoterapia

El terapeuta emprende sus acciones siguiendo los principios de un modelo teórico que proporciona una visión determinada de los problemas humanos y una teoría de la cura, también un lenguaje y una estructura científico-social de apoyo que ejerce una señal de identidad en el desarrollo profesional del psicoterapeuta American Psychological Association, 2018b; Corbella, Fernández-Álvarez, Saúl Gutiérrez, García & Botella, 2008; Leibovich de Duarte, Duhalde, Huerin, Rutzstein & Torricelli, 2001; Santiago, Etchebarne, Waizmann, Leibovich de Duarte & Roussos, 2009).

La inclinación por ciertas corrientes teóricas se relaciona con aspectos de la personalidad del profesional, su visión del psiquismo humano y del cambio (Cariaga Siracusa & Casari Cobos, 2014; Ceberio, Moreno & Des Champs, 2000; Heinonen & Orlinsky, 2013).

Si bien existen cientos de enfoques, la mayoría de los expertos acuerdan que pueden reducirse al psicoanálisis, cognitivo-conductual, humanístico-existencial y sistémico, y a partir de los años 80 el movimiento integrador se constituyó en un modelo teórico por sí mismo (Fernández-Álvarez, 2001; Längle & Kriz, 2012; Wachtel, 2014; Fernández-Álvarez, Consoli, & Gómez, 2016). Estos cinco modelos teóricos fueron denominados *tradicionales* por Fernández-Álvarez (1994) y serán los considerados para la realización de esta Tesis.

1.2.1. Modelo psicoanalítico

La esencia del *enfoque psicoanalítico* es el descubrimiento de los significados y motivaciones inconscientes (Kernberg, 2001), y el estudio de la experiencia del pasado,

especialmente las primeras experiencias con las figuras de apego ya que afectarían la experiencia presente (Blagys & Hilsenroth, 2000).

La exploración de aspectos de sí mismo que no son totalmente conscientes para el sujeto (Shedler, 2010) se realiza principalmente a partir del análisis de la asociación libre, (Blagys & Hilsenroth; 2000), el análisis de los sueños (Freud, 1899) y los actos fallidos (Greenson, 2004). La técnica de *interpretación* es una de las intervenciones características del modelo que permite hacer consciente el sentido oculto o latente de las conductas verbales o no verbales del paciente (Tortosa Gil, 1998; Etchegoyen, 1986).

Se distinguen diferentes escuelas, psicoanálisis francés cuyo exponente principal es Lacan (Chorne & Dessal, 2017), psicoanálisis americano o psicología del yo representado por Hartmann, Klein, Jones, Anna Freud y Winnicott (Tessier, 2010; Kernberg, 2001; Wallerstein, 2002).

1.2.2. Modelo humanístico-existencial

Las *terapias humanístico-existenciales* poseen como denominador común el concepto de crecimiento personal y el énfasis en la capacidad que poseen los seres humanos para hacer elecciones racionales y desarrollar al máximo su potencial (Rogers, 1978; Rosal Cortés, 2017; Tobías Imbernón & García-Valdecasas Campelo, 2009) por este motivo fue el primer enfoque en abogar por reemplazar el uso de la palabra paciente por cliente (Keegan, 2010). Cabe aclarar que de aquí en adelante y para los fines de la realización del estudio se utilizará de manera indistinta el término paciente/cliente ya que esta distinción responde a diferencias específicas entre modelos que no serán abordadas en esta investigación.

Tradicionalmente, la psicoterapia existencial ha centrado su estudio en preguntas relacionadas con la vida, muerte, temor, amor, odio, desesperación y voluntad también denominadas *preocupaciones supremas* (May, 1958; Yalom, 2011). Una de las técnicas más

representativas de este modelo es el *reflejo*. A diferencia de otros modelos, se otorga una importancia mayor a la situación inmediata que al pasado de un sujeto (Rosso & Lebel, 2006). Dentro de este enfoque, la *American Psychological Association* (2014) distingue tres sub-tipos de terapia: Terapia Centrada en el Cliente, Terapia Gestáltica y Terapia Existencial (Burga, 1981; Perls & Baumgardner, 2006; Perls, 2001; Robine, 1998).

1.2.3. Modelo sistémico

La distinción sustancial de la *terapia sistémica* es la priorización del contexto interpersonal a la hora de comprender el fenómeno humano (Corbella & Botella, 2004; Desatnik, 2004; Sánchez, 2000). Los teóricos de este modelo consideran, por un lado, que las dificultades que presentan los pacientes tienen su origen en las relaciones, interacciones y el lenguaje que se desarrolla entre los sujetos y por otro, cuestionan la necesidad de considerar a la dinámica psíquica del individuo que postula el psicoanálisis (Biscotti, 2008; Colapinto, 1996; Desatnik, 2004). En un inicio, los modelos clínicos sistémicos privilegiaron el abordaje familiar (Kelmanowicz, 2011), pero luego se extendieron a la realización de tratamientos individuales, grupales y de pareja (Hoffman, 1987).

Se han desarrollado diferentes modelos sistémicos cuyo concepto unificador es el de sistema (Camacho, 2006), el Modelo del Mental Research Institute (Watzlawick, Beavin Bavelas & Jackson, 1991), el Modelo Estructural (Minuchin, 2009), el Modelo Estratégico (Haley, 1976, 1980; Madanes, 2007), el Grupo de Milán (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1987), el de Roma (Ackermans & Andolfi, 1990), el Enfoque Colaborativo (Anderson & Goolishian, 1996), el Equipo Reflexivo (Andersen, 1994) y el Enfoque Narrativo (Montesano, 2012; White & Epston, 1993).

1.2.4. Modelo cognitivo-conductual

La *terapia cognitivo-conductual* es una denominación genérica de diversas formas de psicoterapia cuyo denominador común es el supuesto de que el pensamiento puede generar cambios de conducta y estado de ánimo. Además, se distingue de otros modelos por rechazar de la idea de que la conducta está determinada por fenómenos inconscientes (Eysenck, 1952, 1960; Keegan & Holas, 2010; Meichenbaum, 1977). A pesar de las diferencias particulares, se consideran parte de la terapia cognitiva conductual a una variedad de terapias: la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, 1963, 1967, 1979) la Terapia Racional Emotivo-Comportamental (Ellis, 1958, 1962), la Terapia Dialéctica Comportamental y la Terapia Metacognitiva o Terapia de Aceptación y Compromiso (Garay & Keegan, 2016; Keegan & Holas, 2010).

Keegan y Holas (2010) describen algunas de las técnicas características del modelo cognitivo-conductual entre ellas exposición, reestructuración cognitiva, asignación graduada de tareas, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, relajación y biblioterapia. En la actualidad, se dispone de numerosos estudios sobre su eficacia, efectividad y eficiencia en variedad de problemas y trastornos de atención clínica (Garay & Keegan, 2016).

1.2.5. Modelo integrativo

La *terapia integrativa* se nutre de los enfoques de psicoterapia detallados anteriormente, reencuadrados en un marco teórico más amplio, generando una nueva estructura teórica y clínica cuyo espíritu es generar el diálogo y un contexto cooperativo (Fernández-Álvarez, 2003; Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2016; Fernández-Álvarez, Consoli & Gómez, 2016; Fernández-Álvarez & Opazo, 2004).

Según Arkowitz (1991) el movimiento integrador aglutina diferentes áreas de trabajo. En primer lugar, el estudio de los *factores comunes* y el proceso de cambio, Frank (1971) propuso un modelo de cuatro factores responsables del cambio comunes a todas las

psicoterapias y, en segundo lugar, el *eclecticismo técnico* (Lazarus, 1967, 1995) postura que enfatiza la selección empírica y clínica de las intervenciones y técnicas para utilizar con el paciente en particular más allá de la orientación teórica de la que provienen. Dentro de esta modalidad se encuentra la Terapia Multimodal de Lazarus (Lazarus, 2005) y la Selección Sistemática de Tratamientos de Beutler (Beutler, Consoli, Lenore & Sheltzer, 2017).

En tercer lugar, la *integración teórica* (Feixas & Botella, 2004; Moggia, 2017) articula la síntesis de dos o más perspectivas teóricas, como ser la Terapia Cognitivo Analítica de Ryle (1995) o la Psicoterapia Dinámica Cíclica de Wachtel (2008) y por último, la *integración asimilativa* que abarca enfoques de psicoterapia que adhieren a una orientación teórica tradicional y utilizan selectiva y ocasionalmente intervenciones específicas desde otra orientación (Messer, 1986) como son la Psicoterapia Psicodinámica Asimilatoria de Stricker y Gold (2005) y la Integración Asimilativa Cognitivo-Conductual de Castonguay, Newman, Borkovec, Holtforth y Maramba (2005). En Argentina, Héctor Fernández-Álvarez (1994) junto a su equipo de Fundación Aiglé elaboraron un modelo integrativo en psicoterapia que integra los aportes de los modelos humanístico-existencial, conductismo, psicoanálisis y sistémico bajo el marco de la psicología cognitiva cuyo eje principal es la construcción de los significados de los sujetos a lo largo de la vida.

1.3. Psicoterapia en Argentina

En la mayoría de los países de Latinoamérica, los graduados pueden ejercer la profesión con el título habilitante de una carrera de grado. Recientemente, ha habido una creciente oferta de programas de formación de postgrado y algunas organizaciones profesionales han comenzado con el proceso de acreditación y regulación de la psicoterapia. La certificación como psicoterapeutas en los países latinoamericanos no suele ser un requisito para el ejercicio de la profesión, sino que es considerado como un sello de calidad. En general, son las

organizaciones profesionales por especialidad las que se ocupan de brindar acreditación y, en algunos casos, toman a su cargo la regulación de la práctica (Fernández-Álvarez, 2017).

En Argentina, el accionar del psicólogo en el área clínica se reconoce por primera vez en el año 1985, mediante la Ley 23.277 del Ejercicio Profesional de la Psicología, y por medio de la Resolución N° 2447 del Ministerio de Educación (Ministerio de Educación y Justicia, 1985). Previo a esta regulación, atento a la resolución N° 2282/54 del Ministerio de Salud Pública de la Nación, y la ley 17.132, se prohibía explícitamente el ejercicio de la psicoterapia por parte del psicólogo (Caló, 2000; González & Dagfal, 2012). A partir de la Resolución Ministerial 136/04, la carrera de psicología fue declarada de interés público puesto que su ejercicio compromete de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes (González & Dagfal, 2012; Fierro & Di Doménico, 2016).

Argentina es uno de los países que posee mayor número de psicólogos per cápita a nivel mundial (Alonso & Klinar, 2016), se estima que durante el periodo 2014-2015 Argentina contaba con 82.776 psicólogos activos (Alonso & Klinar, 2015), 84% de género femenino frente a 16 % de género masculino (Alonso, Gago & Klinar, 2017). La mayoría de los psicólogos se desempeñan en el área clínica (Alonso & Klinar, 2016; Alonso, Gago & Klinar, 2017), uno de los primeros estudios sobre la profesión en Argentina concluía que el 77 % de los profesionales de la Ciudad de Buenos Aires, trabajaban en el área clínica (Litvinoff & Gomel, 1975), tendencia ratificada en otros estudios décadas posteriores (Alonso & Klinar, 2013, 2014, 2015, 2016; Alonso, Gago & Klinar, 2017).

Uno de los motivos principales de la predominancia del área es la formación recibida, desde la creación de la carrera de psicología se observó una tendencia marcada hacia la formación en clínica psicoanalítica (Casari, 2012; Cullari & Márquez, 2011; Fierro, 2014; Fierro, Brisuela, Bruna, & Biglieri, 2017; Manzo & Di Doménico, 2010; Parisi, 2011).

El psicólogo en Argentina generalmente ejerce bajo la modalidad de pluriempleo, es decir se desempeña en más de un área y con predominancia del ámbito de trabajo privado sobre el público (Benatuil & Laurito, 2009; Casari, Espeche & Bustos, 2011; Alonso, Gago & Klinar, 2017). En una investigación de Noailles (2005), se informa que el 54% de profesionales tuvo su primer trabajo clínico en una institución pública y que el 97% trabaja en la actualidad en consultorio privado.

La psicoterapia en Argentina, en la actualidad, es percibida como un tratamiento legítimo y benéfico para los trastornos mentales (García & Fantin, 2010; Pupperto, 2017), su ejercicio se encuentra regulado por dos vías denominadas profesional y académica (Ferrero & De Andrea, 2011). La primera compuesta por las leyes de ejercicio profesional y los colegios de psicólogos responsables de otorgar la matrícula obligatoria para ejercer (Caló, 2000; Federación de Psicólogos de la República Argentina, 2016) y la segunda, a partir del establecimiento de los lineamientos de la formación de grado, planes de estudio y contenidos curriculares, evaluados periódicamente a través de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) encargada de acreditar las carreras universitarias (Di Doménico & Risueño, 2013; Ferrero & De Andrea, 2011; González & Dagfal, 2012; Klappenbach, 2015).

En Argentina, diversos estudios señalan el alto grado de adhesión de los profesionales al modelo psicoanalítico y el sostenido crecimiento de modelos de integración (García & Morales de Barbenza, 2006; Muller, 2008; Muller, Fondacaro, García & Rodríguez, 2005; Muller, Oberholzer, Iglesias, Flores & Bugiolochi, 2004; Muller & Palavezzatti, 2005, 2016; Muller, Zammito, Oberholzer & Iglesias, 2008). Aproximadamente, el 50% de los psicoterapeutas pertenecen al modelo psicoanalítico y un 40% al integrativo. Dentro del grupo de terapeutas integradores, el 60% refirió utilizar una teoría psicoanalítica como teoría de base, seguida por la corriente cognitiva, reportada por el 20% (Muller & Palavezzatti, 2016).

1.4. Investigación en psicoterapia

Según Roussos (2001) la investigación en psicoterapia ha tejido múltiples polémicas acerca de su viabilidad, conveniencia y sentido. Se han observado diversos problemas, metodológicos debido a la falta de tradición empírica en el área y la complejidad de la temática; logísticos debido a la ardua tarea de conseguir fondos, espacios fijos de trabajo y lugares de difusión para los resultados y, por último, problemas asociados al distanciamiento entre la teoría y la práctica clínica.

Según Casari (2017) el estudio del proceso psicoterapéutico ha atravesado diferentes etapas, el *inicio de la investigación en psicoterapia* vino de la mano de las grabaciones de audio, a partir de las cuales se tuvo la oportunidad de contar con un registro detallado de lo que ocurría durante la sesión. En la *década de los 50* se inicia formalmente la investigación a raíz del fuerte cuestionamiento a la efectividad de los procedimientos terapéuticos que realizara Eysenck (1952), quien luego de la revisión de estudios sobre los resultados de la psicoterapia afirmó que la psicoterapia no solo no era efectiva, sino que era inferior a la remisión espontánea.

En los *años 60* se proponen nuevas alternativas de investigación y se generan posibles explicaciones sobre los resultados negativos que se habían observado en los procesos terapéuticos, luego, en los *años 70* comenzaron las revisiones sistemáticas, metanálisis y estudios comparativos sobre la eficacia de las distintas modalidades terapéuticas (Casari, 2017). La pluralidad de enfoques produjo la búsqueda de los puntos comunes entre los diferentes modelos, la confrontación de resultados y desacuerdos sobre la importancia relativa de cada elemento que constituía una psicoterapia efectiva (Botella & Maestra, 2016; Fernández-Álvarez, 1994), por ello, los *años 80* se caracterizan por la realización de estudios multicéntricos y debates en torno a factores comunes y específicos y de la combinación de

estudios sobre el terapeuta y el paciente, surge paralelamente el estudio de la alianza terapéutica (Casari, 2017).

La postura de los factores comunes considera que todas las psicoterapias comparten factores implícitos que propician el cambio y se comenzó a desarrollar a partir de las ideas de Rosenzweig (2002) y luego Frank (1971) quien propuso un modelo de cuatro factores comunes que incluían la relación terapéutica, el encuadre, un esquema racional que explica los síntomas y su solución, y un procedimiento para resolverlos. El estudio comparativo de la eficacia de diversos modelos teóricos reveló diferencias menores, hallazgo conocido como *veredicto del pájaro Dodó*, invocando el cuento Alicia en el País de las Maravillas (Botella & Maestra, 2016; Botella, Maestra, Feixas, Corbella & Vall, 2015; Wampold & Brown, 2005; Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015).

Por otra parte, el enfoque de los factores específicos postula que las diferentes técnicas generan los efectos de cambio tomando como sustento algunos estudios que han demostrado que ciertos enfoques psicoterapéuticos tienen mejores resultados en el tratamiento de pacientes con determinadas características o patologías (Mulder, Murray & Rucklidge, 2017). Como consecuencia, en la actualidad se considera que la generación de cambios en el marco de la psicoterapia se debe a un interjuego entre técnicas específicas y factores comunes ya que representan diferentes aspectos y niveles del proceso psicoterapéutico (Mulder, Murray & Rucklidge, 2017; Orlinsky et al., 2009; Tschacher & Pfammatter, 2016; Wampold & Budge, 2012; Weinberger, 2014).

A partir de la *década del 90* se comenzó a valorar los tratamientos desde diferentes perspectivas: eficacia, efectividad y eficiencia. Castro Solano (2003) afirma que las intervenciones psicológicas son eficaces cuando logran plenamente los objetivos que se plantean, mientras que un tratamiento que resulta en cierta medida beneficioso para el paciente

o para la población para la que ha sido diseñado se denomina efectivo, aunque no necesariamente sea eficaz. En cambio, otros autores han utilizado el concepto de eficacia cuando los resultados favorables se han encontrado en un contexto de investigación, o efectividad si se han encontrado en la práctica clínica (Echeburúa, Salaberría, De Corral & Polo-López, 2010). Por otra parte, la eficiencia en psicoterapia refiere a la viabilidad de las intervenciones en términos de aceptación de esta por parte de los clientes en lo que respecta a costos, malestar, duración, efectos secundarios, probabilidad de cumplimiento, facilidad de difusión entre los profesionales (Bados López, García Grau & Fusté Escolano, 2002).

En la *década del 90*, además, se comenzaron a identificar aquellas psicoterapias que cumplían los criterios para ser clasificados como *Terapias Psicológicas Basadas en Evidencia* (TPBE) definidas como aquellas que han mostrado ser eficaces en investigaciones controladas con una población específica (Barlow, Allen & Choate, 1994; Chambless & Hollon, 1998; Echeburúa & Corral, 2001; Pérez Álvarez, Fernández Heredia, Fernández Rodríguez & Amigo Vázquez, 2003). Diversos estudios, siguiendo rigurosa metodología, concluyen que los pacientes que concurren a psicoterapia obtienen resultados superiores en comparación con aquellos que no lo hacen (Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018; Hoyt & Del Re, 2017; Wampold & Imel, 2015).

Por último, Casari (2017) considera que las *tendencias actuales en la investigación en psicoterapia* incluyen el estudio del abordaje grupal, la aparición de recursos tecnológicos y las guías de aplicación clínica que brindan protocolos de acción para determinadas patologías. Asimismo, otras líneas actuales de investigación en psicoterapia en Argentina abordan temas como la elección del modelo teórico (Cariaga Siracusa & Casari, 2014; Muller & Palavezzatti, 2016), la experiencia de la psicoterapia desde la perspectiva del paciente (Olivera, Santiago & Rousoss, 2016; Rousoss, Braun & Olvera, 2017), la finalización del proceso terapéutico (Olivera, Challú, Gómez Penedo & Rousoss, 2017), la validez y confiabilidad de instrumentos

(Gómez Penedo, Barrientos, Martínez & Roussos, 2016), la alianza terapéutica, sus predictores y su ruptura (Artiaga et al., 2016), el burn out y el autocuidado del terapeuta (Behobi, 2015, 2016; Casari, et al., 2017; Casari, Boetto & Daher, 2015) y el estilo personal del terapeuta (Casari, Assennato & Grzona, 2017; Casari, Albanesi, Maristany & Ison, 2016; Casari, Morán, Ison, 2017; Casari, Ison, Albanesi & Maristany, 2017).

1.5. Abandono y efectos adversos de la psicoterapia

La psicoterapia tiene menor tasa de abandono en comparación con otros tipos de intervenciones en salud mental (Swift, Greenberg, Tompkins, & Parkin, 2017). Si bien los porcentajes informados varían, generalmente se reportan valores comprendidos entre un 30-50% de deserción que ocurre en su mayoría en las primeras sesiones (Roos & Werbart, 2013; Swift & Greenberg, 2012). Se han encontrado relaciones entre la experiencia del terapeuta, su entrenamiento, habilidades, calidad de la alianza terapéutica y menor tasa de deserción (Roos & Werbart, 2013). Para Zimmermann (2014) la percepción de incompetencia y falta de empatía que se forma el paciente sobre el psicoterapeuta en los primeros encuentros son factores involucrados en el abandono del proceso.

Además, en los años 60 se identificaron ciertos efectos adversos de la psicoterapia y su consiguiente prevención, temas que posteriormente no fueron investigados en profundidad (Barlow, 2010; Bergin, 1963, 1966; Parry, Crawford & Duggan, 2016). Alguno de los factores intervinientes en la generación de los efectos negativos son la falta de reparación de alianza terapéutica luego de una ruptura, inadecuada aplicación de técnicas, utilización de tratamientos potencialmente perjudiciales, características de personalidad y apego del paciente, características personales del terapeuta que interfieren en su labor con ese paciente en particular, riesgos específicos de la técnica a aplicar y características del contexto u organización en la que se encuentra inmerso el terapeuta que dificultarían su labor (Lilienfel,

2007, 2017; McAleavey et al., 2017; Parry et al., 2016; Werbart, Below, Brun, & Gunnarsdottir, 2015).

Se estima que entre el 3 y el 15% de los pacientes tienen una experiencia negativa (Boisvert & Faust, 2003; Crawford et al., 2016; Hardy, et al., 2017) que incluye el empeoramiento de los síntomas, la aparición de otros, el aumento de la preocupación sobre los existentes, alteraciones en el funcionamiento del individuo, autolesiones, generación de dependencia con el terapeuta y reticencia a buscar tratamiento en el futuro (Barlow, 2010; Ortiz Lobos, 2013; Parry, Crawford & Duggan, 2016). Con respecto al terapeuta, Ghraiba (2006) expresa que, a pesar de tener las mejores intenciones, las intervenciones poco planeadas o mal ejecutadas pueden tener un impacto negativo en el bienestar del paciente y concluye que cuanto menos competente sea el terapeuta mayor probabilidad tiene de generar efectos adversos e iatrogenia, algunas variables del terapeuta se detallan a continuación.

1.6. Variables del terapeuta

Sánchez Bahílo et al., (2014) afirman que los investigadores necesitan considerar la enorme complejidad de la persona del terapeuta y la multiplicidad de aspectos que éste trae a la terapia con un impacto potencial sobre el resultado del proceso terapéutico. Algunos autores consideran que la persona del terapeuta es responsable de la mayor varianza en los tratamientos, mientras que otros afirman que solo explicaría el 5% (Baldwin & Imel, 2013; Nissen-Lie et al., 2013). A continuación, se analizarán algunas variables vinculadas a la persona del terapeuta: experiencia profesional, entrenamiento, terapia personal y estilo personal, luego, en el próximo capítulo se abordarán las competencias clínicas que los psicoterapeutas debieran desarrollar para el ejercicio de la psicoterapia.

1.6.1. Experiencia profesional

La experiencia profesional puede definirse, desde diversas perspectivas, como nivel educativo alcanzado, entrenamiento clínico, años de ejercicio profesional, y cantidad y/o variedad de pacientes asistidos (Bergin, 1963; Castañeiras, García et al., 2006; Chambless & Hollon, 1998; Sánchez-Bahillo et al., 2014; Seligman, 1995; Overholser, 2010; Wampold & Brown, 2005; Wampold, Goodyear & Lichtenberg, 2015).

Diversos estudios examinaron la variabilidad del desempeño a lo largo del tiempo (Goldberg, et al., 2016) y, en concreto, si la práctica profesional sostenida prediciría los efectos de la psicoterapia (Bickman, 1999; Hill et al., 2017; Stein & Lambert, 1995). En consecuencia, algunos estudios afirman que la experiencia profesional se vincularía con la obtención de mejores resultados clínicos (Goodyear, Wampold, Tracey y Lichtenberg, 2017; Mullen, Rieder, Glick, Lubert & Rosen, 2004).

Los profesionales más experimentados conceptualizarían los casos de manera diferente, planificarían de manera más cuidadosa la recopilación de datos, procesarían la información con mayor selectividad (Caspar, 1997), tendrían mayor facilidad en la formulación de inferencias (Leibovich de Duarte et al., 2009), emitirían mejores juicios clínicos (Spengler, White, Ægisdóttir, & Maugherman, 2009), desarrollarían mayores niveles de empatía, establecerían mejor alianza terapéutica (Heinonen, 2014; Sánchez-Bahillo et al., 2014) y tendrían menores tasas de deserción, en comparación con los menos experimentados (Ronnestad & Skovholt, 2013; Tracey, Wampold, Lichtenberg & Goodyear, 2014). Kottler (1991) afirma que mayor nivel de experiencia acrecientaría la flexibilidad teórica de los terapeutas, lo que se produciría por la incorporación de elementos de otras teorías.

Por otra parte, otros investigadores cuestionan la mejora de habilidades a lo largo del tiempo (Budge et al., 2013; Erikson, Janis, Bailey, Russell, Cattani & Pedersen, 2017). Por

ejemplo, un estudio de Witteman et al., (2012) concluye que los estudiantes de maestría tomarían decisiones más acertadas y en niveles mínimos, tenderían mejores resultados, en comparación a los terapeutas más experimentados (Goldberg, Miller, Nielsen, Rousmaniere, Whipple & Hoyt, 2016; Tracey, Wampold, Goodyear & Lichtenberg, 2015). En línea, Fernández-Álvarez (2009) afirma que, si bien suele suponerse que la falta de experiencia constituye un factor negativo, un elevado nivel de experiencia en general, o en relación con un tipo de problema en particular, podría favorecer que la generalización de situaciones y la falta de atención a las particularidades del caso.

A pesar de los diferentes argumentos expuestos previamente, existe mayor acuerdo de que las actividades de entrenamiento, educación continua y supervisión, que se analizarán en el próximo apartado, podrían ser mejores predictores de los resultados, en comparación con la experiencia profesional (Corbella & Botella, 2004; Goldberg, Miller, Nielsen, Rousmaniere, Whipple & Hoyt, 2016; Mullen, Rieder, Glick, et al., 2004; Tracey, et al., 2014).

1.6.2. Entrenamiento

La psicoterapia requiere de una formación especializada y supervisada que no puede subestimarse dado que influye en la calidad del servicio que se ofrece a la población (Goodyear, Wampold, Tracey & Lichtenberg, 2017; Ronnestad, 2016; Keegan, 2012; Loubat, 2005; Leus, Tishby, Shefler, & Wiseman, 2017; Oblitas, 2008). Para Klein, Bernard y Schermer (2011) la educación del terapeuta atraviesa diferentes etapas, el entrenamiento en una profesión en particular, por ejemplo, medicina o psicología, la educación de posgrado donde se define una orientación teórica, el entrenamiento para desarrollar una especialidad que definiría su identidad profesional y, por último, la educación profesional continua en la que el terapeuta sigue desarrollándose como profesional y busca mantenerse actualizado en su práctica.

Existen diferentes posturas acerca del desarrollo de las competencias clínicas durante el entrenamiento (Milne, Baker, Blackburn, James & Reichelt, 1999). Algunos autores

consideran que existe poca evidencia sobre un vínculo directo entre la formación y la evolución de los pacientes (Davidson et al, 2004; Ronnestad & Ladany, 2006), a modo de ejemplo un estudio concluye que la realización de talleres de formación por sí sola tiene un valor limitado, especialmente en el largo plazo (King et al., 2002; Walters, Matson, Baer & Ziedonis, 2005). Por el contrario, otros consideran que la experticia del psicoterapeuta se encuentra vinculada al nivel educativo alcanzado y que la cantidad de tiempo que dedican a actividades para mejorar las habilidades profesionales predeciría la efectividad de algunos tipos de terapia (Show et al., 2015; Overholser, 2010; Wampold & Brown, 2005).

A nivel mundial, se han elaborado diferentes modelos que detallan las competencias que deben adquirir los psicoterapeutas durante el entrenamiento y que se desarrollarán en el próximo capítulo. A modo de ejemplo, el Modelo del Cubo elaborado por la APA (Kaslow et al., 2007; Kaslow et al., 2006), el modelo del European Diploma in Psychology (Bartram et al., 2008; Bartram & Roe, 2005; Berdullas et al., 2007; Freixa, 2005; Gutiérrez & Pallarès, 2007; Sánchez, 2003; Peiró, 2003) y el modelo de la European Association for Psychotherapy (European Association for Psychotherapy, 2013). En Latinoamérica, se desarrolló el Proyecto Alfa Tuning (Beneitone et al., 2007) y el Proyecto 6X4 UEALC (Malo; Fortes; Verdejo et al., 2008). Por último, modelos específicos de cada nación como es el caso de España y el Libro Blanco de la Carrera de Psicología propuesto por la Agencia Nacional de la Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), en Canadá el modelo de la Canadian Psychological Association (Anderson et al., 2007; Edwards, 2000), en Australia el modelo de la Australian Psychological Society (Cranney et al., 2008; Lipp et al., 2006; Garton et al., 1997; Garton et al., 1996) y en Nueva Zelandia el modelo de la New Zeland Psychologist Board (Annan et al., 2011; Goodhead et al., 2010).

Además, se han desarrollado diversos modelos de competencias de acuerdo al tipo de patología abordada y según el modelo teórico al que pertenece el terapeuta. Por ejemplo, terapia

cognitivo conductual (Newman, 2010; Roth & Pilling, 2008), terapia psicodinámica y psicoanalítica (Lemma, Roth & Pilling, 2008), terapia sistémica (Pilling, Roth & Stratton, 2010) y psicoterapia humanística-existencial (Roth, Hill & Pilling, 2009).

Los psicoterapeutas necesitan conocimientos sobre los procesos de aprendizaje, dinámica de la personalidad, procedimientos y técnicas de evaluación psicológica, psicopatología, principios de la interacción social, procesos cognitivos y emocionales y desarrollo durante el ciclo vital y también tienen la responsabilidad de conocer y recurrir a las intervenciones de mejor calidad comprobada, que debería ser un requisito para la regulación del ejercicio profesional (Feixas & Miró, 1993; Fernández Álvarez, 2015).

Si bien la formación permanente del terapeuta por sí misma no sería suficiente, favorecería el afrontamiento de cada situación con la mayor idoneidad posible (Baringoltz, 2005). En la actualidad, hay gran volumen de investigación disponible generando el desafío de mantenerse actualizado (Casari, 2017). Fairburn y Cooper (2011) afirmaron que los métodos actuales para capacitar psicoterapeutas son poco adecuados, se deben desarrollar nuevos. Similar a Sharpless y Barber (2009) quienes señalaron que durante los entrenamientos los terapeutas leen casos, observan videograbaciones breves, pero en escasas ocasiones se observa el tratamiento completo.

1.6.3. Terapia personal

Las situaciones vitales que atraviesa el terapeuta influyen de modo decisivo en la manera de afrontar su trabajo y facilitan o dificultan su capacidad para resolver los problemas específicos de su actividad laboral (Fernández-Álvarez, 2008). Para algunos autores, el terapeuta debe tener un conocimiento profundo de sí mismo y ser consciente de sus propias áreas de conflicto para que su personalidad y problemas no interfieran con el trabajo con sus

pacientes (Aponte & Winter, 2000; Keegan, 2012; Macaskill, 1988; Roque Tovar & García García, 2016).

Dado que la persona del terapeuta es la herramienta principal en la psicoterapia es deseable que el profesional presente salud mental compatible con su quehacer (Casari, 2010; Consoli & Machado, 2004). Sin embargo, en Argentina no se evalúa el estado de salud mental ni para el ingreso a la carrera de psicología, ni para la obtención del título. En universidades de otros países, por ejemplo la Universidad de Chile, los aspirantes deben atravesar un examen con características de psicodiagnóstico y dentro de las patologías señaladas como obstáculos para el ingreso a la carrera se encuentran psicosis, esquizofrenia, bipolaridad y adicciones (Casari, 2010; Gallardo Rayo, Álvarez Aguirre, Rojas Gorigoytía, 2003 en Casari, 2010).

El terapeuta es continente de variados temas como son su historia y experiencias de vida, similitudes y resonancias con las situaciones problemáticas de los pacientes, que ellos mismos pueden haber resuelto o no, sentimientos que se ponen en juego en la tarea, ideas y creencias propias que pueden ser disonantes con las del paciente, sus características de personalidad y los mandatos de sus lugares de pertenencia sobre cómo trabajar y estilos personales de trabajo. Por lo tanto, es conveniente que los terapeutas dispongan de un espacio complementario a las clases y supervisiones para explorar su vida personal (Galfré & Frascino, 2007).

En el marco del estudio de los factores personales que llevan a una persona a convertirse en terapeuta, Guy (1995) distingue motivaciones funcionales y disfuncionales. Las primeras aumentarían la capacidad de la persona para dar un buen servicio y, al mismo tiempo, enriquecerían su vida interna, dentro de esta categoría se incluirían su curiosidad y carácter inquisitivo, capacidad de escuchar y conversar, empatía, comprensión emocional, introspección, capacidad de autonegación, tolerancia a la ambigüedad e intimidad, comodidad frente al poder y capacidad de reír. Por el contrario, las motivaciones disfuncionales podrían

entorpecer la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas y afectar de modo negativo la satisfacción personal, dentro de esta categoría se encontrarían la perturbación emocional, el afrontamiento indirecto, soledad, aislamiento, deseo de poder, necesidad de amor y rebelión indirecta.

La obligatoriedad de la realización de psicoterapia durante el entrenamiento y ejercicio de la profesión varía de acuerdo al modelo teórico (Malikiosi-Loizos, 2013). A modo de ejemplo, existe mayor consenso del carácter obligatorio de la psicoterapia en el modelo psicoanalítico, proceso denominado análisis didáctico de alta frecuencia que constituye un pilar fundamental de la formación (Keegan, 2012; Macaskill, 1988). Por otro lado, los terapeutas que aspiran a trabajar desde el enfoque humanístico existencial son alentados a participar de experiencias orientadas al crecimiento personal tomando como fundamento a Rogers (1942) quien afirmaba que el desarrollo de la persona del terapeuta es más importante que el entrenamiento formal. Sin embargo, la terapia personal es deseable, pero no esencial.

En el modelo cognitivo conductual, se considera que la realización de psicoterapia es optativa, aunque se observa una leve tendencia a considerarse obligatorio (Malikiosi-Loizos, 2013), en el sistémico varios autores clásicos enfatizan la importancia de realizar un proceso personal (Whitaker y Keith, 1981; White & Epston, 1990), y en el integrativo Gómez, (2015) considera que la necesidad de iniciar un proceso está sujeta a las circunstancias que esté atravesando el terapeuta. Para Ivey (2014) la psicoterapia requiere de autorreflexión, integridad personal y la creencia en la eficacia de la psicoterapia, y esto se constituye en el fundamento ético para insistir en la realización de psicoterapia durante el entrenamiento, a pesar de que establecer la psicoterapia como obligatoria pueda causar incomodidad. Kottler (2010) sintetiza esta postura afirmando que es hipócrita que el psicoterapeuta trabaje sin haber experimentado

un proceso él mismo. Sin embargo, esto no es suficiente para convertir al profesional novato en un terapeuta competente (Keegan, 2012).

Si bien se ha aseverado que, durante la formación, se debe favorecer el autocuidado de los alumnos y la ejecución de actividades que propicien salud, bienestar y calidad de vida que permitan detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste asociadas al ejercicio profesional (Durruty, 2005; Tapia & Iturra, 1996; Werner Ipinza, 2010; Keegan, 2012). Recientemente, Regas, Kostick y Doonan (2017) señalaron una falta de énfasis en el desarrollo emocional de los terapeutas en los programas de posgrado, hipotetizando que proviene de la resistencia tradicional a la fusión de las estrategias de crecimiento personal y profesional. Araya-Véliz y Porter Jalife (2017) proponen que la inclusión de la práctica de mindfulness en los programas de formación de habilidades clínicas podría ofrecer una alternativa novedosa, práctica y efectiva en el entrenamiento de las habilidades terapéuticas claves para facilitar el cambio terapéutico, tales como las de autoobservación y el autocuidado.

Por último, Ivey y Phillips (2016) exploraron la creencia de 230 pacientes acerca de la terapia personal del terapeuta, el 61% estaba muy de acuerdo en que la terapia personal del terapeuta debiera ser obligatoria, el 75% se sentiría más cómodo y con mayor confianza al atenderse con un terapeuta que haya realizado psicoterapia. Messina et al., (2017) encontraron que la concurrencia a supervisión y la terapia personal predecían mayores niveles de autopercepción de compromiso con el proceso psicoterapéutico.

1.6.4. Estilo personal del Terapeuta

En el año 1998, Fernández Álvarez y García postulan el concepto Estilo Personal del Terapeuta (Casari, Isón, Gómez, 2018). Como antecedentes, se encuentran las publicaciones de Orlinsky Grawe y Parks (1994) donde afirman que el estilo del terapeuta son rasgos establecidos vinculados a su personalidad, que tendrían un impacto en la relación terapéutica e

influirían los resultados del tratamiento y la producción de Beutler, Machado y Allstetter Neufeldt (1994) donde postulan que el estilo del terapeuta sería un estado objetivo altamente estable en el tiempo y que modularía la forma específica en que cualquier procedimiento o técnica es aplicada (Casari, Isón & Gómez, 2018).

Para Fernández Álvarez y García (1998) el Estilo Personal del Terapeuta (EPT) es un constructo multidimensional que está presente en todo proceso terapéutico y describe un conjunto de funciones integradas que en la práctica expresan las disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en juego en su ejercicio profesional (Casari, 2017; Casari, Isón & Gómez, 2018). Se refiere a las características que cada terapeuta imprime a su trabajo como resultado de su manera de ser, más allá del foco de su trabajo y de los requerimientos específicos de la tarea (Fernández-Álvarez, García & Schreb, 1998).

El Estilo Personal del Terapeuta depende de tres factores: a) su posición socio profesional puesto que el EPT puede variar de acuerdo con el ámbito y condiciones en las que lleva a cabo su labor; b) su situación vital: sexo, características físicas, intelectuales y emocionales, nivel de conocimiento general y experiencia, tanto en lo que respecta a su vida cotidiana como a su actividad profesional y c) los modos dominantes de comunicación que emplea (Fernández-Álvarez, 2008).

En la actualidad, el modelo del EPT se compone de 5 funciones que oscilan entre dos extremos y los terapeutas se inclinan por alguno de ellos (Casari, Isón & Gómez, 2018). La primera función, denominada *Instruccional* considera el modo en el que terapeuta transmite las normas y prescripciones durante el tratamiento. Las dimensiones representativas de esta función son: *Rigidez-Flexibilidad*. Algunos terapeutas se sienten inclinados a marcar límites rígidos en el cumplimiento de las acciones o tareas y en los intercambios dentro del vínculo.

Por el contrario, otros terapeutas tienden a ajustar los límites de acuerdo con las condiciones que se presentan (García & Fernández-Álvarez, 2001).

La *función Atencional* es la actitud que toma el terapeuta en la búsqueda de información, cuyas acciones básicas son escuchar y preguntar (Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco & Corbella, 2003). Las dimensiones son *Atención abierta- Atención focalizada*. El terapeuta puede orientar su atención de manera focalizada, estimulando a que el paciente provea información nueva y orientar los datos presentados en una dirección específica, otros terapeutas actúan de manera abierta, dispuestos a captar la información espontánea que presenta el paciente (Fernández Álvarez & García, 1998).

La *función Operativa* o Implementación Instrumental hace referencia a las acciones vinculadas a las intervenciones terapéuticas cuyas dimensiones son *Planificada-Espontánea*. La primera se observa cuando los terapeutas aplican técnicas mediante una sucesión estrictamente lógica de pasos, generalmente, cuando la terapia tiene objetivos delimitados y cuenta con instructivos sobre las tareas a cumplir. En contraposición, otros terapeutas que utilizan modos menos pautados para ejecutar sus intervenciones (Fernández Álvarez et al., 2003).

La *función Expresiva* refiere al modo afectivo en que el terapeuta se relaciona con sus pacientes cuyas dimensiones son *Distancia-Proximidad*. Algunos terapeutas se sienten cómodos cuando establecen relaciones con mayor distancia interpersonal mientras otros trabajan a gusto cuando existe mayor cercanía (Casari, 2017).

La *función de Compromiso Vincular o Involucración* es la manifestación de la disposición para ayudar. Las dos principales dimensiones que representan esta función son: *Bajo compromiso-Alto compromiso*. El terapeuta con bajo compromiso involucra pocos aspectos de su vida personal en el trabajo en términos de tiempo, relaciones familiares y

personales, expectativas económicas y de prestigio social. Otros terapeutas, en cambio, se sienten comprometidos en forma más global con su tarea, lo que afecta y repercute su vida personal (Corbella et al., 2008; Fernández-Álvarez, 2008).

A partir de la elaboración de un cuestionario para su estudio, desde el origen del concepto hasta la actualidad, se realizaron numerosas investigaciones (Fernández-Álvarez, García, Lo bianco & Corbella, 2003; Fernández-Álvarez & García, 1998). Entre ellas, la relación entre el EPT y diferentes situaciones clínicas tales como pacientes severamente perturbados (Rial, Castañeiras, García, Gómez & Fernández-Álvarez, 2006), neonatología (Vega, 2006), maltrato infantil (Casari, Magni & Morelato, 2014), pacientes oncológicos y con enfermedades crónicas (Gómez, 2015), adicciones (Casari et al., 2016a, b; Casari, Ison, Albanesi & Maristany, 2017), autismo (Casari, Assenato & Grzona, 2017). En la mayoría de los estudios se concluye que no existen perfiles ideales, sino que depende de la situación clínica que se aborda (Casari et al., 2016).

También se estudió la relación entre el EPT y el enfoque terapéutico utilizado (Casari et al., 2017; Moya Cortés, 2015; Silva Palma & Guedes Gondim, 2016; Vázquez & Gutiérrez, 2015), variables de personalidad (Corbella et al., 2007; Hermosa-Bossano, 2010), sexo y edad del terapeuta. A modo de ejemplo, Castañeiras et al. (2008) encontraron que los terapeutas hombres tendrían valores más elevados en focalización atencional. También se detectó que los profesionales a medida que aumentan su edad cronológica tienden a una atención más abierta y a intervenciones más espontáneas. Otro tema de estudio fue la duración del tratamiento - breve o prolongado- y se encontró que los terapeutas que llevaban a cabo procesos breves eran más flexibles, focalizados y pautados a nivel técnico (Castañeiras et al., 2006; Castañeiras, Ledesma, García & Fernández-Álvarez, 2008; Da Siva, Teillet, Fernández-Álvarez & García, 2006). En relación al entrenamiento del terapeuta, estudios con profesionales y estudiantes

detectaron las funciones Involucración y Atención variaban significativamente: (Corbella, Botella, Fernández-Álvarez, Saúl & García, 2009; Grzona, Muñoz, Casari & Videla, 2016).

Por último, otra de las variables profesionales mayormente estudiadas fue la experiencia profesional. Se encontraron diferencias significativas entre terapeutas principiantes y expertos, especialmente en las funciones Atencional y Operativa. A menor cantidad de años de experiencia los profesionales tienden a trabajar más focalizados y pautados en sus intervenciones. En segundo lugar, se detectó una asociación significativa entre el nivel de experiencia del terapeuta y la tendencia a realizar menos preguntas durante las sesiones (Casari et al., 2018; Gómez et al., 2011).

1.6.5. Otras consideraciones acerca de la persona del terapeuta

Finalmente, cabe mencionar que varios estudios demuestran que algunos terapeutas logran mejores resultados más allá del enfoque que utilizan (Saxon & Barkham, 2012; Wampold & Bolt, 2006). Los terapeutas efectivos son persuasivos, convincentes, generan esperanza y expectativa de dominio, los que poseen menores niveles de honestidad obtendrían mejores resultados que los terapeutas honestos, también el sentido del humor y su optimismo predecirían los resultados obtenidos (Heinonnen, 2014; Holdsworth, Bowen, Brown, & Howa, 2014; Yonantan-Leus et al., 2017).

Por otra parte, la edad, género, estado civil y origen étnico no estarían relacionados con los resultados, aunque podrían influir en el establecimiento de la relación terapéutica (Beutler et al., 2004; Fuentes Pallas & Lorenzo Pontevedra, 2008; Nissen-Lie et al., 2013; Wampold & Brown, 2005).

1.7. Variables del paciente

Además de las variables del terapeuta desarrolladas previamente, el grado de efectividad de la psicoterapia puede variar de acuerdo a las características del paciente y de la

red social en las que se encuentra inserto (Beutler, 2009; Beutler & Malik, 2002; Wampold, 2001), también con su motivación, personalidad y características de la sintomatología - cronicidad y severidad- (McCoy Lynch, 2012). Otros estudios demuestran que las expectativas positivas antes y al inicio del tratamiento influyen positivamente en los resultados (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano, & Smith, 2011; Constantino, 2012; Constantino, Ametrano & Greenberg, 2012). También existen otras variables como edad, desarrollo cognitivo, historia de vida, género, nivel intelectual, estado civil y sinceridad, podrían afectar el proceso terapéutico parcialmente, aunque no necesariamente se refleje en el resultado final (Oblitas, 2008).

1.8. Síntesis sobre el proceso psicoterapéutico y la persona del terapeuta

A modo de cierre, Argentina es uno de los países que posee mayor número de psicólogos per cápita a nivel mundial, la mayoría de los profesionales se desempeñan en el área clínica, en el campo de la psicoterapia (Alonso & Klinar, 2016). Su accionar en esta área se reconoce por primera vez en el año 1985 y en la actualidad cuenta con amplia aceptación por parte de la comunidad profesional y la población general (Caló, 2000; Dagfal & González, 2012).

Como se expuso en este capítulo, existen numerosas definiciones de la psicoterapia y para la realización de esta Tesis se utilizará la propuesta por Fernández-Álvarez et al. (1994) quienes consideran que la psicoterapia es un conjunto de procedimientos destinados a aliviar cierto tipo de padecimiento y a producir cambios que ayuden a las personas a vivir de manera más plena. Durante el proceso terapéutico, los profesionales deben tomar decisiones que son el resultado de su juicio clínico, entendido como el pensamiento crítico utilizado para valorar las características del paciente, el contexto del tratamiento, variables de la relación y estrategia terapéutica (Beutler & Martín, 2000; Schottenbauer, Glass, & Arnkoff, 2007; Witteman & Koele, 1999).

La tarea del psicoterapeuta está guiada por los principios del modelo teórico al que adhiere (APA, 2014; Corbella et al., 2008; Leibovich de Duarte, et al., 2001, 2009; Santiago et al., 2009). Si bien existen numerosos enfoques, los modelos tradicionales son psicoanálisis, cognitivo-conductual, humanístico-existencial y sistémico e integrador (Fernández-Álvarez, 1994).

La pluralidad de enfoques produjo la búsqueda de los puntos comunes entre los diferentes modelos, la confrontación de resultados y desacuerdos sobre la importancia relativa de cada elemento que constituía una psicoterapia efectiva (Botella & Maestra, 2016; Botella, Maestra, Feixas, Corbella & Vall, 2015; DeRubeis, Gelfand, German, Fournier & Forand; Fernández-Álvarez, 1994; Wampold, 2001, 2015).

La investigación en psicoterapia también abordó el estudio de las variables del paciente (Beutler, 2009; Beutler & Malik, 2002; Wampold, 2001, 2015) y algunos aspectos de la persona del terapeuta tales como experiencia profesional, entrenamiento, terapia personal y estilo personal del terapeuta (Baldwin & Imel, 2013; Nissen-Lie et al., 2013; Sánchez Bahillo et al., 2014).

Sin embargo, sigue siendo necesario profundizar el estudio de otras variables vinculadas al proceso psicoterapéutico y a la persona del psicoterapeuta, sirva de ejemplo el estudio de las competencias clínicas requeridas para el ejercicio de la psicoterapia, tema que se abordará en detalle en el próximo capítulo.

Capítulo 2

Competencias clínicas para el ejercicio de la psicoterapia

2.1. Definición de competencia

A pesar de que numerosos autores se han acercado al estudio de las competencias, no existe una definición única, probablemente debido a la multiplicidad de ámbitos de su aplicación, lo que ha llevado incluso a la adjetivación del concepto como dinámico y en permanente construcción (Bunk, 1994; Martínez, 2009; Grootings, 1994). Como consecuencia, existen múltiples definiciones, algunas generales y otras aplicadas a contextos específicos (Martínez & Carmona, 2009).

Dentro de las definiciones generales, Denyer, Furnémont, Poulain y Vanloubbeeck (2007) definen competencia como el conjunto de elementos que el sujeto puede movilizar para resolver una situación con éxito. Por su parte, Meier (1993) considera que se trata de la capacidad de integrar de manera efectiva en la práctica profesional los conocimientos, habilidades, actitudes, valores, ética personal- profesional y factores específicos de una profesión.

En sintonía con las definiciones previas, el Proyecto de Definición y Selección de Competencias (DeSeCo) afirma que es la combinación de conocimientos, habilidades, actitudes, valores y emociones que activa el sujeto humano para comprender y actuar ante situaciones complejas de la vida personal, social y profesional. Además, es la capacidad de responder a demandas complejas y llevar a cabo tareas diversas de forma adecuada (OCDE, 2005). Dentro de las definiciones vinculadas a contextos específicos, ligado a la evaluación de personal en organizaciones, Lévy- Leboyer (2003) asocia las competencias con el análisis de las actividades profesionales y al inventario de lo que es necesario realizar para cumplir perfectamente las misiones que aquellas implican.

Otra definición elaborada por Epstein y Hundert (2002) en medicina, pero por extensión puede aplicarse a la psicología, define a la competencia como el uso habitual y juicioso de la comunicación, conocimientos, habilidades, técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores, y reflexión en la práctica diaria para el beneficio del individuo y la comunidad asistida.

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. Por último, para la realización de esta Tesis, por tratarse de una de las más contemporáneas y específica del área de psicología, se utilizará la definición proveniente de la Declaración Internacional de Competencias Fundamentales en Psicología Profesional (2016) donde se expresa que las competencias son:

Agrupaciones de conocimientos, habilidades, capacidades y otros atributos que le permiten a una persona lograr actuar de manera eficaz y dentro de un estándar definido en una situación particular de su ejercicio profesional (Pág.4)

Kaslow, Falender y Grus (2012) señalan que las competencias dependen de hábitos de la mente y reflejan la capacidad de pensamiento crítico, análisis y toma de decisiones por parte del profesional. Se pueden adquirir y desarrollar y la principal manera de hacerlo es en el puesto de trabajo, con la práctica real (Martínez & Carmona, 2009; Roe, 2002a, 2002b). Aunque la presencia de un alto nivel de competencia es prerequisite de una adecuada ejecución, ello no la garantiza puesto que hay diversos factores personales y situacionales que tienen influencia en la actuación profesional. Dentro de los primeros: motivación, fatiga y vitalidad, y dentro de los segundos: disponibilidad de instrumentos, equipamientos, información y recursos

(Matthews, Davies, Westerman & Stammers, 2000; Martínez & Carmona, 2009; Pereda & Berrocal, 2001; Roe, 2003).

2.2. Formación por competencias

En las dos últimas décadas, han aumentado los modelos basados en competencias para la formación profesional en todas las profesiones de salud (Gonsalvez, Hamid & Savage, 2017). Algunos autores afirman que se ha convertido en política educativa internacional, caracterizada por una nueva visión de los perfiles de egreso y la manera de lograrlos, que requiere una transformación conceptual y metodológica en la planificación, desarrollo y evaluación educativa y la consiguiente formación y actualización de los docentes para concretar los cambios (Aristimuño, 2004; Carrera Hernández & Marín Uribe, 2011; Martínez Alonso, Báez Villarreal, Garza Garza, Treviño Cubero & Estrada Salazar, 2012).

A partir de los años 70, comienza una serie de debates acerca de la formación, y evaluación del entrenamiento de los psicólogos desde una perspectiva basada en competencias, lo que permitió contar con un detalle más claro de aquellos conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los profesionales deberían desarrollar (Kenkel & Peterson, 2010; Peterson et al., 1992). Se considera que la conferencia organizada por el *National Council of Schools and Programs of Professional Psychology* en 2002, titulada *Direcciones Futuras en Educación y Acreditación en Psicología Profesional*, marcó un hito en la transición del modelo educativo tradicional hacia una cultura de las competencias en psicología (Kaslow, 2004; Kaslow et al., 2004; Roberts, Borden, Christiansen & Lopez, 2005). Se reunieron allí representantes de diversos grupos para identificar las competencias que los psicólogos deberían alcanzar durante los entrenamientos y también la forma de evaluar su adquisición (Foad et al., 2009; Hatcher & Lassiter, 2007; Kaslow et al., 2004).

Desde ese entonces, han surgido reacciones de cuestionamiento y oposición (Del Rey & Sánchez-Parga, 2010; Del Valle, 2010; Martínez Alonso et al., 2012) entre ellas el propio concepto de competencia al vincularse al mundo empresarial (Boutin & Jullien, 2000; Bolívar, 2008; Gimeno Sacristán, 2008; Rodríguez & Diestro, 2014; Nuñez Cortés, 2016) o la necesidad misma de realizar un cambio educativo (Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación, 2012; Macchiarola, 2007).

Previo a la incorporación del enfoque educativo basado en competencias, se requerirá mayores investigaciones y realización de pruebas pilotos. En primera instancia, es necesario contar con un perfil de competencias que se quieren lograr durante la formación, establecer niveles de desarrollo de referencia que indiquen el grado de avance en su adquisición y desarrollar mecanismos de evaluación acordes (Díaz-Barriga, 2011; Earnest & De Melo, 2001; Foad et al., 2009; Martínez Alonso, et al; 2012; Schmal & Ruíz-Tagle, 2008; Tobón 2006; Distel Sánchez, Piñeda & García, 2018). A continuación, se desarrollarán algunos modelos de formación por competencias.

2.3. Modelos de formación por competencias

Según Roe (2003) los modelos de competencias pueden clasificarse en dos tipos: *entrada o input* y de *salida u output*. Los primeros se caracterizan fundamentalmente por el estudio de la currícula educativa que debe seguirse para convertirse en psicólogo, mientras que los segundos estudian principalmente los roles y funciones que los psicólogos deben ser capaces de realizar una vez obtenido el título de grado.

En los *modelos de output* se describen en detalle las competencias demandadas por la práctica, lo que permite realizar una evaluación detallada para determinar si el psicólogo posee suficiente nivel de competencia. Asimismo, este tipo de modelos permite obtener información concerniente a los déficits de competencia, mejoras requeridas en la práctica y comparación de

diferentes sistemas educativos (Roe, 2003). Se han elaborado diferentes modelos de output a nivel internacional del que se desprenden diferentes clasificaciones, uno más reconocidos es el *Modelo del Cubo* elaborado por la *American Psychological Association*, que las clasifica en fundamentales y funcionales (Kaslow, Rubin, Leigh, Portnoy & Lichtenberg, 2006; Kaslow et al., 2007).

En Europa, el *proyecto EuroPsy* que otorga el *European Diploma in Psychology*, diferencia competencias primarias y posibilitadoras (Bartram et al., 2008; Berdullas et al., 2007; Gutiérrez Rosado & Pallarès Parejo, 2007) y la *European Association for Psychotherapy* establece competencias nucleares (European Association for Psychotherapy, 2017). Mientras que, en Latinoamérica, el *Proyecto Tuning* establece una clasificación de competencias *genéricas y específicas*, y a su vez las genéricas pueden ser instrumentales, de interacción social y sistémicas (Beneitone et al., 2007), el *Proyecto 6X4 UEALC* clasifica las competencias en *específicas, transversales y genéricas* (Malo et al., 2008).

También se desarrollaron otros proyectos y aportes internacionales propios de cada nación. En España, el Libro Blanco de la Carrera de Psicología propuesto por la *Agencia Nacional de la Evaluación de la Calidad y Acreditación*, en Canadá el modelo de la *Canadian Psychological Association* que desarrolla competencias nucleares (Anderson et al., 2007; Edwards, 2000), en Australia el modelo de la *Australian Psychological Society* que describe atributos (Cranney et al., 2008; Lipp et al., 2007) y en Nueva Zelandia el modelo de la *New Zealand Psychologist Board* que detalla competencias nucleares (New Zealand Psychologist Board, 2011). A continuación, se desarrollarán los modelos con mayor reconocimiento en la comunidad científica y profesional.

2.3.1. Modelo del Cubo

El *Modelo del Cubo* es uno de los productos que resume e integra las conclusiones de la conferencia *Direcciones Futuras en Educación y Acreditación en Psicología Profesional* (Hatcher & Lassiter, 2007; Rodolfa et al., 2005) y se encuentra estructurado en tres dimensiones interrelacionadas, denominadas *competencias fundamentales, funcionales y desarrollo profesional* considerando cinco etapas: doctorado, prácticas de doctorado/residencia, supervisión post doctoral, residencia/ fellow y competencia continua (Rodolfa et al., 2005).

Las *competencias fundamentales* son los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que sirven como cimientos de la tarea del psicólogo, se adquieren durante los primeros años de entrenamiento y se organizan en seis dominios: a. Práctica reflexiva; b. Métodos y conocimiento científico; c. Relaciones; d. Estándares éticos y legales; e. Diversidad individual y cultural y f. Sistemas interdisciplinarios (Daniel, Roysircar, Abeles & Boyd, 2004; Rodolfa et al., 2005). Ver tabla 1.

Tabla 1

Modelo del Cubo: Competencias fundamentales

Competencia fundamentales	Contenido
<i>Práctica reflexiva</i>	Evaluación reflexiva sobre la propia práctica; respeto de las incumbencias profesionales y compromiso con el aprendizaje a lo largo de la vida
<i>Métodos y conocimiento científico</i>	Habilidad para comprender y dominar la metodología de investigación; manejo de técnicas de recolección y análisis de datos; conocimiento de las bases biológicas, cognitivas y afectivas del desarrollo y comportamiento humano
<i>Relaciones</i>	Capacidad para relacionarse asertivamente con individuos, grupos y comunidades.
<i>Estándares éticos y legales</i>	Aplicación de conocimientos éticos y conocimiento de cuestiones legales en relación a la actividad profesional con individuos, grupos y organizaciones
<i>Diversidad individual y cultural</i>	Conciencia de las propias actitudes, sesgos y preconceptos; práctica profesional adecuada con personas, grupos y comunidades diversas
<i>Sistemas interdisciplinarios</i>	Conocimientos básicos de disciplinas asociadas a la profesión; habilidad para interactuar con otros colegas

Por otra parte, las *competencias funcionales* son los conocimientos, habilidades y valores necesarios para el desempeño (Daniel, Roysircar, Abeles & Boyd, 2004) y se organizan en seis dominios: a. diagnóstico, evaluación y conceptualización del caso (Krishnamurthy et al., 2004); b. intervención (Spruill et al., 2004); c. consultoría; d. investigación; e. supervisión y enseñanza (Falender et.al., 2004; Falender & Shafranske, 2004) y f. administración y gestión (Bent, 1992; Bourg et al., 1987,1989; Peterson et al., 1992; Weiss, 1992). Ver tabla 2.

Tabla 2

Modelo del Cubo: Competencias funcionales

Competencias funcionales	Contenido
<i>Diagnóstico, evaluación y conceptualización del caso</i>	Evaluación y diagnóstico de problemas y cuestiones asociadas a individuos, grupos y organizaciones; formación en teoría psicométrica; conocimiento de las bases científicas, teóricas, empíricas y contextuales de la evaluación psicológica; conocimientos, habilidades y técnicas para evaluar las dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales en individuos y sistemas
<i>Intervención</i>	Diseño de intervenciones para aliviar el sufrimiento y promover salud y bienestar en individuos, grupos y organizaciones; conocimiento de los tratamientos basados en la evidencia
<i>Consultoría</i>	Habilidad para brindar guía y orientación en función de las necesidades u objetivos del cliente
<i>Investigación</i>	Realización de investigaciones que contribuyan a la disciplina y evaluación la eficacia de la práctica profesional
<i>Supervisión y enseñanza</i>	Supervisar y entrenar evaluando la eficacia de las intervenciones; conocimiento sobre las áreas a supervisar y los modelos, teorías, modalidades e investigaciones sobre supervisión
<i>Administración y gestión</i>	Administración y organización de programas, organizaciones e instituciones

Una actuación profesional competente se requiere de la integración de ambos tipos de competencias y a su vez son la base para la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes avanzadas, denominadas *competencias de especialización* (Kaslow, 2004). Finalmente, tomando como fundamento el *Modelo del Cubo* se desarrollaron otros modelos de adquisición de competencias en áreas especializadas, entre ellos, el *Modelo de los Anillos Encadenados* y el *Modelo de la Pirámide* (Nash & Larkin, 2012).

2.3.2. Modelo EuroPsy

El modelo de formación de *EuroPsy* que otorga el *European Diploma in Psychology* de la Unión Europea, establece dos grupos de competencias para la labor del psicólogo, denominadas *competencias posibilitadoras y primarias*, ambas esenciales para prestar servicio de calidad (European Certificate in Psychology, 2011). Mientras que las *competencias posibilitadoras*, también llamadas *facilitadoras o habilitantes*, son compartidas con otras profesiones, las *competencias primarias* son propias del trabajo del psicólogo y se agrupan en seis categorías: a. especificación de objetivos; b. evaluación; c. desarrollo; d. intervención; e. valoración y f. comunicación (Lunt, Job, Lecuyer, Peiró & Gorbeña, 2011; Lunt, Peiró, Poortinga & Roe, 2015). Ver tabla 3.

Tabla 3

Modelo Europsy: Competencias primarias

Competencia primaria	Contenido
<i>Especificación de objetivos</i>	Interactuar con el cliente para determinar los objetivos a lograr; obtener información acerca de las necesidades del cliente utilizando los métodos adecuados; proponer y negociar
<i>Evaluación</i>	Establecer cuáles son las características de los individuos, grupos, organizaciones o situaciones objeto de intervención; obtener información mediante entrevistas, test y observaciones
<i>Desarrollo</i>	Definir la intervención, servicio o producto; analizar los requerimientos, contexto, partes interesadas, requisitos, limitaciones y especificaciones a partir del método y teoría que
<i>Intervención</i>	Seleccionar y aplicar las intervenciones necesarias para lograr las metas propuestas
<i>Valoración</i>	Establecer la adecuación de las intervenciones realizadas en el marco del plan propuesto
<i>Comunicación</i>	Brindar información o devolución tanto oral como escrita

A partir de este modelo, se establecen los estándares mínimos de educación y entrenamiento que proveen la base para evaluar las cualificaciones profesionales del psicólogo en Europa (European Certificate in Psychology, 2011; 2015; Lunt, et al., 2011, 2015).

2.3.3. European Association for Psychotherapy

La *European Association for Psychotherapy* (EAP) elaboró un documento que establece 13 dominios de *competencias nucleares* del psicoterapeuta europeo con el objetivo de determinar cuáles son las actividades que los psicólogos están habilitados a realizar, informar los estándares mínimos para el entrenamiento y servir como guía para otras organizaciones (European Association for Psychotherapy, 2013). Ver tabla 4.

Tabla 4

Modelo de la EAP: Dominios de competencia

Dominio de competencia	Contenido
<i>Práctica profesional autónoma y responsable</i>	Proveer un ambiente adecuado; comprometerse a brindar un servicio de calidad; mantener el desarrollo personal y profesional.
<i>Relación psicoterapéutica</i>	Entablar, sostener, concluir y manejar dificultades en la relación psicoterapéutica.
<i>Evaluación, diagnóstico y conceptualización</i>	Realizar evaluaciones psicológicas; formular diagnósticos; conceptualizar y seleccionar un enfoque de tratamiento.
<i>Desarrollo de metas, planes y estrategias</i>	Elaborar contratos con el paciente/cliente; planificar los procesos psicoterapéuticos.
<i>Técnicas e intervenciones</i>	Utilizar técnicas e intervenciones; manejar el contenido emocional de las sesiones.
<i>Manejo del cambio, crisis y trauma</i>	Intervenir en situaciones de cambio y crisis.
<i>Evaluación y finalización de la psicoterapia</i>	Trabajar la finalización de la psicoterapia; registrar y evaluar el curso de la psicoterapia.
<i>Colaboración con otros profesionales</i>	Colaborar con otros profesionales; participar como miembro de un equipo.
<i>Supervisión</i>	Evaluar rutinariamente la práctica.
<i>Ética y cultura</i>	Trabajar con un marco de referencia ético; atender a las diferencias sociales y culturales; consideración del contexto social, cultural y político en el que se lleva a cabo la psicoterapia.
<i>Gestión y administración</i>	Gestionar el propio trabajo.
<i>Investigación</i>	Atender a la investigación en psicoterapia.
<i>Prevención y educación</i>	Participación en actividades de prevención y educación.

2.3.4. Proyecto Tuning y UEALC 6X4

El *Proyecto Tuning* tiene como objetivo la búsqueda de puntos de referencia, convergencia y entendimiento mutuo entre diferentes estructuras y programas educativos respetando su diversidad y autonomía, inicialmente llevado a cabo en Europa y luego en América Latina (Beneitone et al., 2007). Este proyecto habilitó un espacio de reflexión y acción al desarrollar diversas líneas de acción, una de ellas tuvo como propósito identificar las *competencias genéricas* que debiera desarrollar cualquier programa de formación en educación superior y las *competencias específicas* relativas a cada profesión (Beneitone et al., 2007; González & Wagenaar, 2003).

Las *competencias genéricas* se clasifican en tres tipos: las *instrumentales* que suponen una combinación de habilidades manuales y capacidades cognitivas, las *interpersonales* que son habilidades de relación social e integración en distintos equipos y las *sistémicas* que suponen una combinación de comprensión, sensibilidad y conocimiento que permiten al sujeto considerar la totalidad de las variables intervinientes en una situación en particular (Beneitone et al., 2007; González & Wagenaar, 2003).

Las competencias genéricas se complementan con las competencias relacionadas con cada área de estudio. En lo que respecta exclusivamente al área de la psicología, se definieron los campos de saberes teóricos y prácticos que el psicólogo debiera dominar en un listado de 23 competencias propias de la disciplina (Beneitone et al., 2007; González & Wagenaar, 2003). Algunas de las *competencias específicas* de la psicología que están involucradas en el ejercicio de la psicoterapia son: a. Realización de diagnósticos y evaluaciones psicológicas a través del empleo de métodos y técnicas de la Psicología, b. Comprensión e intervención ante los problemas psicológicos de los seres humanos de acuerdo a su contexto histórico, social, cultural y económico, c. Diseño, ejecución y evaluación de técnicas y estrategias de intervención en diferentes campos de acción de la Psicología.

Otro proyecto con participación europea y latinoamericana, *UEALC 6X4* permitió un espacio de diálogo entre diferentes universidades de América latina y el Espacio Común de Educación Superior Europeo en el que Argentina fue uno de los países con mayor participación. Como resultado, se elaboró un modelo para la formación y evaluación de competencias que clasifica las competencias en *específicas*, *transversales* y *genéricas*. Mientras que las *competencias genéricas* son compartidas por profesionales de diversas disciplinas, las *transversales* son compartidas por personas de disciplinas similares y, por último, las *competencias específicas* son aquellas que tienen relación con aspectos técnicos propios de una profesión (Erosa, Ramírez & Ortiz, 200; Malo et al., 2007, 2008).

2.3.5. Otros proyectos y aportes internacionales

En España, la *Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación de España*, (ANECA) elaboró una guía de reflexión acerca de la formación de psicólogos, *el Libro Blanco de la Carrera de Psicología*, que ha sido tomado como referente en múltiples estudios acerca de formación y evaluación de competencias (ANECA, 2005).

De este documento se extrae que, entre otras competencias, los psicólogos debieran:

- a. Conocer las funciones, características y limitaciones de los distintos modelos teóricos de la psicología y
- b. Conocer distintos métodos de evaluación, diagnóstico y tratamientos psicológicos en diferentes ámbitos aplicados de la Psicología. Ambos esenciales para el ejercicio de la psicoterapia (Roe, 2002a,b; Bartram & Roe, 2005; Roe, 2003).

En Canadá, con el objetivo de facilitar el reconocimiento mutuo y la movilidad de los psicólogos pertenecientes a las diferentes provincias, la *Canadian Psychological Association* (CPA) propuso un modelo de seis *competencias nucleares* para los psicólogos: a. Relaciones interpersonales, b. Evaluación y diagnóstico, c. Intervención y Orientación, d. Investigación, e. Estándares éticos y f. Supervisión (Mutual Recognition Agreement, 2004).

En Australia, la *Australian Psychological Society* elaboró un listado de atributos que los estudiantes deben desarrollar en los primeros años en la universidad y que sirven como referencia para la acreditación del psicólogo australiano (Lipp et al., 2007; Littlefield, Giese & Katsikitis, 2007). Se establecieron seis *atributos*: a. Conocimiento y comprensión, b. Métodos de investigación, c. Habilidades de pensamiento crítico, d. Valores, e. Habilidades de comunicación, f. Aprendizaje y aplicación (Cranney et al., 2009).

En Nueva Zelanda, la *New Zealand Psychologists Board* realizó una guía de *competencias nucleares*, que representan los requisitos mínimos para la práctica de la psicología: a. Disciplina, conocimiento e investigación, b. Práctica profesional, legal y ética, c. Encuadre, medición y planificación, c. Intervención y aplicación de un modelo terapéutico, d. Comunicación, e. Relaciones con la comunidad y profesionales, orientación y colaboración, g. Práctica reflexiva, g. Supervisión. Por último, la competencia cultural, denominada Diversidad, cultura y tratado de Waitangi se constituye como uno de los aspectos centrales y diferenciadores de este modelo (New Zealand Psychologists Board, 2011).

2.4. Competencias clínicas para el ejercicio de la psicoterapia

La mayoría de los modelos de formación por competencias internacionales, detallados en el apartado previo, incluyen competencias clínicas que coinciden con las fases sucesivas implicadas en el tratamiento psicológico, desde la primera consulta por parte del paciente hasta la finalización del tratamiento, conjunto denominado proceso terapéutico (Fuentes Pallas & Lorenzo Pontevedra, 2008). A continuación, se analizarán alguna de las competencias específicas para el ejercicio de la psicoterapia.

2.4.1. Establecimiento de la relación y alianza terapéutica

Algunos modelos de formación por competencias destacan la competencia que tiene que tener el psicoterapeuta para establecer y sostener la relación con el paciente, generar y

sostener alianza de trabajo y la habilidad de comunicarse en una variedad de contextos y formatos (Australian Psychological Society, 2008; New Zealand Psychologist Board, 2011).

La psicoterapia es un tratamiento de colaboración, basado en la relación entre paciente y terapeuta, cuya base fundamental es el diálogo. No se puede llevar a cabo el proceso al margen del establecimiento de una relación interpersonal, que abarca una compleja red de nexos personales entre paciente y terapeuta, y que incluye aspectos tales como empatía, confianza, aceptación y rapport, entendido como contacto afectivo (APA, 2018a, b; Fernández Liria & Rodríguez, 2001; Fuentes Pallas & Lorenzo Pontevedra, 2008).

La relación terapéutica es parte esencial de otro concepto, alianza terapéutica, que tiene su origen en el seno del modelo psicoanalítico. Si bien Freud (1913) no utilizó este concepto como tal, expuso que antes de proporcionar al paciente las primeras interpretaciones se debía establecer una adecuada relación. Bordin (1976) fue uno de los primeros autores en definir alianza terapéutica como el encaje y colaboración entre cliente y terapeuta, compuesto por el acuerdo en las metas -tareas, acciones y pensamientos- que forman parte del proceso terapéutico, el vínculo positivo y el acuerdo en los objetivos a alcanzar.

Luborsky (1976) sugirió que la alianza se desarrolla en dos fases. La primera, denominada tipo I, representa la percepción inicial que el paciente tiene del terapeuta como una persona que ofrece ayuda y apoyo y la segunda, tipo II, refiere al capital que destina el paciente a trabajar y colaborar conjuntamente, en fases posteriores del proceso. Se ha encontrado que la alianza terapéutica está relacionada con el estilo de apego y la modalidad relacional del terapeuta. Además, los terapeutas desarrollarían modalidades específicas de establecer la relación de acuerdo al modelo teórico al que pertenecen (Cariaga Siracusa & Casari, 2014; Degnan, Seymour-Hyde, Harris & Berry, 2016; Heinonen & Orlinsky, 2013; Schattner, Tishby, Wiseman, 2017).

La mayoría de las investigaciones encuentran una relación significativa entre la calidad de la alianza terapéutica y el desarrollo y los resultados finales de la psicoterapia (Andrade González, 2003; Corbella & Botella, 2003; Crits-Christoph, Gibbons, & Mukherjee, 2013; Horvath, Del Re, Fluckiger & Symonds, 2011; Laws, et al., 2017; Wampold, 2015; Zilcha-Mano, 2017), al punto que algunos autores consideran que es el principal predictor de cambio y que incluso podría ser suficiente para inducir el cambio por sí mismo (Baldwin & Imel, 2013; Constantino, Romano, Coyne, Westra, & Antony, 2018; Duncan et al., 2010; Garfield, 1994; Garay, Fabrissin, Korman, Etchevers & Biglieri, 2008; Norcross & Lambert, 2011; Zilcha-Mano, 2017).

Los porcentajes atribuidos a la alianza que explicarían el cambio en psicoterapia son variables (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert, & Vermeersch, 2009) décadas atrás, Corbella y Botella (2003) afirmaban que la alianza terapéutica explicaba entre un 36% y un 57% de la variancia del resultado. Sin embargo, un metanálisis de Horvath et al. (2011) reporta un efecto modesto, pero significativo, que explicaría aproximadamente el 7.5% de la varianza independientemente del tipo de tratamiento y condición clínica (Laws et al., 2017).

Otras investigaciones posteriores, informan que el porcentaje estaría situado entre el 5 y 8 % (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012; Horvath et al., 2011) o entre el 5 y el 9 % (Baldwin & Imel, 2013; Miller, Hubble, Chow & Seidel, 2013). También se destaca que el 9% de la varianza en los resultados podría deberse a la empatía que muestra el terapeuta (Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011; Vidal Benito, 2012). Una vez comprobada esta influencia, diferentes autores se interesaron en identificar cuáles son los aspectos o factores que inciden favorablemente (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Heinonen, Lindfors, Harkanen, Virtala, Jaaskelainen & Knekt, 2014). Como consecuencia, se encontró que los terapeutas efectivos tienen la capacidad de establecer alianza con un amplio rango de pacientes y generan las condiciones para que sus pacientes se sientan comprendidos y confíen

en su ayuda, demuestran calidez, empatía y respeto (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007; Heinonnen, 2014; Heinonen & Orlinsky, 2013; Holdsworth et al., 2014; Wampold, 2015; Cañero-Pérez, 2018).

Otros factores que incidirían en el establecimiento de la alianza son el entrenamiento y experiencia del terapeuta, su competencia cultural, sus conductas no verbales, su optimismo, su sentido del humor, su capacidad de auto cuestionarse, sus habilidades interpersonales y su estilo terapéutico (Elkin et al., 2014; Hersoug, Hoglend, Monsen & Havik, 2001; Miller et al., 2013; Watson, Steckley & McMullen, 2014). Se ha encontrado que la valoración de las habilidades interpersonales auto informadas podría ser un predictor del desarrollo de la alianza terapéutica (Nissen-Lie et al., 2013).

En Argentina, una investigación realizada con estudiantes de grado de psicología demuestra que la adaptación a las necesidades del paciente, la actitud empática, la expresión abierta de interés, la actitud cálida, junto a un diálogo serían los aspectos más valorados por los alumnos para establecer la alianza terapéutica. (Etchevers et al., 2013). En simultáneo, se han encontrado diferencias en la asignación de importancia a cada elemento de acuerdo con la cantidad de materias que tenían aprobadas (Etchevers, et al., 2013). Como contraparte, desde el punto de vista del paciente, variables como experiencia terapéutica, habilidades y entrenamiento no tendrían impacto significativo (Hersoug et al., 2001).

A partir de la década de 1980, comienza el interés por la evaluación empírica de la relación terapéutica, desde entonces se han construido diversas escalas procurando reflejar las diferentes perspectivas teóricas (Wiseman, Tishby & Barber, 2012). Según Etchevers et al., (2013) entre los instrumentos de medición más empleados para el estudio de la relación terapéutica se encuentran el Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1986), Helping Alliance Questionnaires (HAQ-II; Luborsky, Barber, Siqueland & Johnson,

1996), California Psychotherapy Alliance Scale (CALPS; Gastón & Marmar, 1994) y la Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS; O'Malley, Suh & Strupp, 1983).

En síntesis, la compatibilidad paciente – terapeuta influye en el establecimiento de la alianza terapéutica, y como consecuencia también en los resultados (Botella & Corbella, 2005; Corbella & Fernández-Álvarez, 2006). También, es necesario tener en cuenta que con cada intervención del terapeuta existe una posibilidad de ruptura en la relación (Beutler & Harwood, 2000). Safran y Muran (1996, 2000) definen la ruptura como los deterioros en la relación, puntos de desconexión emocional entre paciente y terapeuta que crean un cambio negativo en la calidad de la alianza terapéutica. Según Gómez (2010) un peligro potencial para los terapeutas es interpretar las reacciones negativas o el abandono, de forma personal y responder con ansiedad redoblando los efectos.

2.4.2. Conceptualización del caso

La conceptualización del caso, otra competencia considerada en distintos modelos internacionales de formación, es definida por Schwitzer y Robin (2014) como el proceso de integración de la información obtenida durante las primeras entrevistas de evaluación (González-Brignardello, 2016; Liese & Esterline, 2015; Lievendag, 2009), que forma parte de la fase inicial de la psicoterapia y considerado momento clave para finalizarla de manera exitosa (Fernández, Krause, & Pérez, 2016; Oddli & Halvorsen, 2014). En la mayoría de los modelos, la conceptualización de caso es sinónimo de formulación clínica y conlleva la especificación de objetivos, el diagnóstico y la evaluación de la situación (European Association for Psychotherapy, 2013; Kaslow, 2004).

En la formulación clínica, el terapeuta plantea diferentes conjeturas acerca de la relación entre los problemas que presenta un sujeto, factores etiológicos de vulnerabilidad y desencadenantes, evolución y respuesta al tratamiento (Berman, 2010; Turkat, 1985). Para ello,

será necesario conocer y manejar un cuerpo teórico amplio y coherente y aplicar ese bagaje teórico al caso particular de la persona que consulta (Eells, 1997; Lievendag, 2009). Johnstone y Dallos (2006) teorizaron las fases que tienen en común las diversas modalidades de formulación de casos: sintetizar el problema central del paciente, sugerir cómo las dificultades del paciente se relacionan entre sí mediante principios y teorías psicológicas, explicar – basándose en la teoría– el desarrollo y mantenimiento de las dificultades del paciente en la actualidad, indicar un plan de intervención basado en principios y procesos psicológicos ya identificados, y por último, revisar y reformular lo realizado.

Un estudio de Eells y Lombart (2003) revela la importancia que los psicoterapeutas asignan a cada elemento de la conceptualización del caso. Los elementos más valorados por todos los terapeutas son los síntomas y problemas, los estresores desencadenantes, y el estilo de afrontamiento o defensas, luego, la historia infantil y los datos sociodemográficos.

Algunos estudios indican que la conceptualización de casos se enriquecería a través de la experiencia y muestran diferencias de asignación de importancia a cada elemento que lo compone de acuerdo con el nivel de experiencia de los terapeutas (Eells & Lombart, 2003; González-Brignardello, 2016). Un estudio de Eells et al., (2011) concluye que existen diferencias en las formulaciones de caso que realizan los expertos y los terapeutas con menor trayectoria. Los primeros, realizarían elaboraciones con mayor cantidad de información descriptiva, inferencias, elementos diagnósticos y más información sobre el plan de tratamiento en comparación con los terapeutas noveles. También, los más experimentados pondrían mayor atención en la descripción de los síntomas, historial de relaciones en la adultez y mecanismos psicológicos; señalarían con mayor frecuencia la necesidad de mayor evaluación y necesidad de obtener más datos y, por último; otorgarían mayor peso a las expectativas sobre el tratamiento.

Otro estudio, realizado por Rutzstein (2005) destaca la importancia que otorgan los terapeutas a la primera impresión que causa el material clínico en el proceso de elaboración de inferencias e integración de la información. La experiencia clínica afectaría tanto, el número de inferencias que se realizan como así también en la complejidad de estas (Leibovich de Duarte et al., 2001, 2009; Roussos, 1999).

2.4.3. Diseño del tratamiento

Mediante la información obtenida durante el proceso de conceptualización del caso, el terapeuta diseñará y ejecutará el plan de tratamiento que mejor se adapte a las necesidades del consultante (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006). Esta competencia clínica está presente en la mayoría de los modelos internacionales de formación.

El diseño de tratamiento conlleva la aplicación de un modelo teórico para el desarrollo de metas, planes y estrategias de intervención. También, la selección y aplicación de técnicas durante el proceso (Beneitone et al., 2007; European Certificate in Psychology, 2011, 2015; González & Wagenaar, 2003; Lunt et al., 2011, 2015). Según Holdsworth et al., (2014) y Wampold (2015) los terapeutas efectivos proveen un plan de tratamiento flexible y consistente con el motivo de consulta.

Las decisiones acerca del curso de la terapia, el plan de tratamiento y su finalización son el resultado del juicio clínico del psicoterapeuta (Haderlie, 2011). El diseño de tratamiento implica la selección del área de intervención y las técnicas más adecuadas que se deben aplicar (Fuentes Pallas & Lorenzo Pontevedra, 2008), incluye la toma de decisiones acerca del tipo de tratamiento, formato, duración estimada, objetivos y expectativas de resultado (Fernández-Álvarez, Pérez & Fraga Míguez, 2009; García & Fernández-Álvarez, 2001).

Como parte del diseño de tratamiento, la noción de *intervención* en psicoterapia puede comprenderse en forma acotada como una acción específica o en forma general como el

proceso completo de tratamiento (Fernández-Álvarez et al., 2015; Santiago et al., 2009). En general, toda intervención persigue un objetivo o propósito, explícito o no para los involucrados en el proceso (Roussos, Boffi Lissin & Leibovich de Duarte, 2007; Santiago et al., 2009). A modo de ejemplo, se pueden estudiar las acciones verbales realizadas por el psicoterapeuta de carácter intencional, mediante la utilización de la Guía para la Observación y Clasificación de la Conducta, GOTA-v, que resulta un instrumento confiable para clasificar las conductas de los terapeutas en sesión, en las modalidades Preguntas, Afirmaciones e Indicaciones (Roussos, Etchebarne & Waizmann, 2006).

Según Fernández-Álvarez, Pérez & Fraga Míguez (2009) los principales elementos que se consideran a la hora de diseñar las intervenciones terapéuticas son: datos básicos de identidad y referencia social, motivo de consulta declarado, evolución de la demanda, tratamientos anteriores y resultados informados, antecedentes clínicos significativos, acontecimientos vitales significativos, signos diagnósticos auto descriptivos, red social y familiar, nivel de expectativa, motivación para el cambio y reactancia.

Casi 50 años atrás, Kanfer y Phillips (1970) sugirieron que la inventiva y experiencia personal son las principales fuentes que tienen los terapeutas para seleccionar sus métodos de tratamiento. Estudios de décadas posteriores, encontraron efectos de la experiencia en el tipo de tratamiento recomendado, la asignación de número y frecuencia de las sesiones, hipótesis acerca de la etiología, severidad del problema y expectativa de cambio (Eelles & Lombart, 2003; Witteman & Koele, 1999). En la actualidad, se cuenta con un amplio repertorio de técnicas específicas para diversos problemas que explicarían entre un 1 y % de los resultados (Miller et al., 2013; Nathan & Gorman, 2015).

2.4.4. Evaluación de los resultados

Los modelos de competencias descritos previamente, señalan como competencias requeridas para el ejercicio de la psicoterapia a la evaluación reflexiva de la práctica, la valoración del proceso psicoterapéutico, la evaluación de la adecuación de las intervenciones empleadas para cumplir los objetivos propuestos y la finalización de la psicoterapia (Daniel et al., 2004; European Association for Psychotherapy, 2013; European Certificate in Psychology, 2011; 2015; Rodolfa et al., 2005).

La eficacia de la psicoterapia está en gran parte determinada por el monitoreo constante de los resultados y la incorporación de ese feedback al proceso (Goldberg et al., 2016; Heinonnen, 2014; Holdsworth et al., 2014). El estudio de resultados se hace imprescindible para la toma de decisiones, la mejora de la calidad del servicio prestado y para difundir los resultados que permiten el establecimiento de estándares en los sistemas salud mental (Hirsch & Lardani, 2001).

Rosen y Proctor (1981) diferencian los resultados finales de los instrumentales, siendo los primeros por los cuales se realiza el tratamiento y reflejan los objetivos hacia los que se dirigen las medidas del tratamiento, mientras que los segundos son los cambios o efectos que sirven como medios, de acuerdo a sus relaciones funcionales con otras variables, para el logro de otros resultados. Esta distinción sirve para valorar si es necesario corregir algún aspecto del tratamiento o si no estaría generando el efecto deseado siendo que la reflexión acerca de las propias prácticas clínicas, contribuye de manera directa a mejorar la calidad de las intervenciones (Luzzi, Bardi, Ramos & Slapak, 2015; Mash & Hunsley, 1993; Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

El *Outcome Questionnaire* (Lambert, et al., 1996) es una de las herramientas más utilizadas para evaluar las diferencias que se van produciendo a nivel sintomático en el paciente

con el transcurrir de las sesiones (Lambert, 2013; Margni, Molina, Sartori, Rebull & Vázquez, 2012). Además de instrumentos generales, los expertos sugieren que para una mejor evaluación del curso de la psicoterapia se deben incluir instrumentos específicos, acordes a la situación clínica por la que el paciente consulta (Nugter, et al., 2017).

2.4.5. Supervisión

Una de las definiciones con mayor aceptación y que ha sido adoptada por la *American Psychological Association (APA)* considera que la supervisión es una intervención provista por un profesional de mayor experiencia a uno con menor desarrollo o trayectoria (Bernard & Goodyear, 2014), pero también puede llevarse a cabo entre profesionales del mismo nivel de experticia (Fernández-Álvarez, 2016), y tiene como objetivo mejorar el desempeño profesional y la calidad de los servicios profesionales ofrecidos a los clientes (Barnett & Molzon, 2014; Bernard & Goodyear, 2014; Bernard & Luke, 2015; Milne, 2007; Keegan, 2012).

En Argentina, en la vida cotidiana la palabra supervisión se utiliza en el ámbito del control de calidad de un producto o servicio, el supervisor suele intervenir cuando se requiere ayuda, resolución de una situación de la que no se posee conocimiento suficiente o cuando se presenta alguna queja o conflicto (Fernández-Álvarez, 2016).

La supervisión como práctica se originó en la tradición del psicoanálisis y luego, en el entrenamiento de otras orientaciones teóricas, se comenzó a exigir horas de supervisión como actividad evaluativa de las destrezas y desempeño profesional (Bernard, 2015; Keegan, 2012). Se ha destacado el papel de la supervisión como parte de la metodología de enseñanza y aprendizaje de la psicoterapia mediante cuatro mecanismos: modelado, feedback, instrucción directa y aprendizaje autorregulado a través de la práctica reflexiva (Bernard & Goodyear, 2014; Goodyear, 2014).

La supervisión clínica es considerada en general como una actividad evaluativa de las destrezas y del desempeño profesional cuyo objetivo es mejorar el desempeño de los profesionales en sus intervenciones (Bernard, 2015). Más allá de ser un requisito formal, la mayoría de los terapeutas supervisan su trabajo, tal como muestran los estudios (Andreucci Annunziata, 2016; Orlinsky & Ronnestad, 2005), aproximadamente el 56% de terapeutas con 7 a 15 años de ejercicio profesional y el 42% de terapeutas experimentados con 15-25 años de ejercicio profesional reportan estar actualmente bajo supervisión

Existen características distintivas en la metodología e intensidad de la supervisión dependiendo de las necesidades del supervisado, la etapa profesional en la que se encuentra y el modelo teórico al que adscribe (Falender & Shafranske, 2004; Stoltenberg & McNeill, 2009). Por ejemplo, en las terapias sistémicas se incluye como aspecto diferenciador la supervisión en vivo en cámara Gesell, los supervisores forman parte del sistema terapéutico y, por lo tanto, pueden entrar a la sesión de ser necesario (Daskal, 2008; Haley, 1997).

La mayoría de los supervisores cumplen su tarea emulando la forma en la que ellos mismos fueron supervisados o bien aplican en supervisión los recursos que utilizan en la práctica clínica lo que podría llevar a perpetuar errores (Falender & Shafranske, 2004; Milne & James, 2000; Townend, Iannetta & Freeston, 2002). Como parte de su labor, los supervisores tienen la seria responsabilidad de detectar problemas y déficits en el desempeño y generar las condiciones para su remediación (Barnett & Molzon, 2014; Bernard & Goodyear, 2014; Kaslow et al., 2007), deben identificar las debilidades y abordarlas con delicadeza para que los supervisados sean capaces de mejorar su práctica como terapeutas sin sentirse excesivamente desalentados (Keegan, 2012). Un estudio de Messina et al., (2017) concluye que las críticas en supervisión se encontraban asociadas a mayores niveles de estrés. A nivel mundial, la supervisión se ha constituido como área especializada de la actividad profesional. Por consiguiente, no solo se han desarrollado modelos de supervisión sino también instrumentos

de evaluación de las competencias para supervisar (Falender & Shafranske, 2004; Gonsalvez et al., 2017).

En el ámbito clínico, la concurrencia a supervisión podría generar mejores resultados en los procesos psicoterapéuticos (Mullen et al., 2004), favorecería el desarrollo profesional y la satisfacción laboral (Andreucci Annunziata, & Bock Gálvez, 2015; Carless, Robertson, Willy, Hart, & Chea, 2012) y, por último, constituiría un factor de protección frente al estrés laboral y el agotamiento emocional (Andreucci Annunziata, & Bock Gálvez, 2015; Knudsen, Roman, & Abraham, 2013; Wallace, Lee, & Lee, 2010). Puesto que, durante la supervisión, se alienta a los supervisados a llevar a cabo actividades que reduzcan su nivel de estrés, en algunas ocasiones puede ser difícil diferenciar el proceso de supervisión y la terapia personal (Padesky, 1996; Keegan, 2012).

2.4.6. Competencia cultural

La psicoterapia es en sí mismo es un fenómeno cultural, la expresión clínica de los trastornos mentales, la percepción e identificación del malestar, el curso, pronóstico, tratamiento y las intervenciones están determinadas por factores culturales (Balbás Yusta, 2015; Bernal & Scharrón-del-Río, 2001; Fung & Lo, 2016; Martínez, Martínez & Calzado, 2006). La competencia para atender a la diversidad individual, social, cultural y política y la aplicación de conocimientos éticos y legales durante el proceso terapéutico son factores comunes presentes en los modelos internacionales de formación por competencias (Daniel et al., 2004; Edwards, 2000; European Association for Psychotherapy, 2013; New Zealand Psychologists Board, 2011; Rodolfa et al., 2005).

El Modelo del Cubo de la APA denomina a esta competencia fundamental Diversidad individual y cultura, descrita como la toma de conciencia de las propias actitudes, sesgos y preconcepciones, y como consecuencia llevar a cabo una práctica profesional adecuada con personas, grupos y comunidades diversas (Daniel et al., 2004). En el Modelo de Competencias

de la *European Association of Psychotherapy (EuroPsy)* el dominio de competencia Ética y Cultura conllevaría la capacidad de trabajar con un marco de referencia ético; atender a las diferencias sociales y culturales y considerar el contexto social, cultural y político en el que se lleva a cabo la psicoterapia (European Association for Psychotherapy, 2017). El Proyecto 6X4 UELAC enuncia como competencia genérica la habilidad del terapeuta para Trabajar y convivir en contextos de diversidad y pluralidad (Proyecto ULEAC, 2008) y el Proyecto Tunning establece la competencia genérica Compromiso con su medio sociocultural (Beneitone et al., 2007).

De acuerdo con el código de ética de la *American Psychological Association (APA)* los psicólogos deben estar atentos y demostrar respeto por la identidad del paciente en cuanto a raza, etnia, orientación sexual, estatus socioeconómico y género (APA, 2016). Sin embargo, la investigación, educación y práctica de la psicoterapia no siempre ha considerado estas variables. A modo de ejemplo, se ha señalado que numerosos tratamientos basados en la evidencia no representarían a los grupos minoritarios (Whaley & Davis, 2007).

Un terapeuta es competente culturalmente cuando posee los conocimientos y habilidades requeridos para llevar a cabo intervenciones efectivas para los miembros de una cultura y demuestra habilidad para moverse en dos perspectivas culturales -la del paciente y la propia-, lo que le permite comprender los significados de los sujetos pertenecientes a otras culturas (López, 1997; Rockwell, 2001; Sue, 1998).

La competencia cultural está compuesta por conocimientos, habilidades, actitudes, valores y puede estudiarse en dos dimensiones, como genérica y específica. La primera dimensión incluye conocimientos y habilidades necesarias para trabajar efectivamente en cualquier situación transcultural, mientras que la segunda permite al terapeuta trabajar efectivamente con una comunidad específica (Comelles, Allué, Bernal, Fernández- Rufete &

Mascarella, 2009). Sue, Ivey y Pedersen (1996) consideran que la toma de conciencia por parte del profesional acerca de sus valores personales y sesgos puede influir en las percepciones del cliente, de sus problemas y la relación terapéutica y que el conocimiento de la cultura del consultante condiciona la visión del mundo y expectativas de la relación terapéutica.

Numerosos autores consideran que esta competencia es necesaria para maximizar la efectividad de la evaluación, diagnóstico y tratamiento y es susceptibles a ser desarrollada por lo que debe ser parte integral de la formación y supervisión, mientras que otros consideran que no redundaría necesariamente en una terapia más efectiva (Barnett & Johnson, 2008; Barnett & Molson, 2014; Fung & Lo, 2017; Patterson, 2004; Sue & Torino, 2005; Tervalón & Murray-García, 1998; Vásquez, 1992). Por otra parte, algunos estudios señalan la importancia de la igualdad étnica entre paciente y terapeuta para la obtención de resultados positivos en la psicoterapia (Sánchez-Bahillo et al., 2014). El desarrollo de esta competencia requeriría de la voluntad de confrontar las actitudes y creencias relativas a la diferencia racial y étnica y la identidad (Comelles et al., 2010), pero además, requeriría de un entrenamiento regular continuo (Keen Crook, 2016).

2.5. Síntesis competencias clínicas para el ejercicio de la psicoterapia

Numerosos autores se han acercado al estudio de las competencias y en línea con ello, existen múltiples definiciones en función de su ámbito de aplicación (Bunk, 1994; Martínez & Carmona, 2009; Grootings, 1994). Para la realización de esta tesis, se utiliza la definición proveniente de la Declaración Internacional de Competencias Fundamentales en Psicología Profesional (2016) donde se afirma que se trata de agrupaciones de conocimientos, habilidades, capacidades y otros atributos que le permiten a una persona lograr actuar de manera eficaz y dentro de un estándar definido, en una situación particular de su ejercicio profesional (International Association of Applied Psychology, 2016).

A partir de los años 70, comienzan una serie de debates acerca de la formación de los psicólogos desde una perspectiva basada en competencias, lo que permitió, mediante la elaboración de diferentes modelos internacionales, contar con un detalle más claro de aquellos conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los psicoterapeutas deberían desarrollar (Kenkel & Peterson, 2010; Peterson et al., 1992).

Algunos de los modelos con mayor reconocimiento internacional desarrollados en este capítulo fueron el *Modelo del Cubo* (Kaslow & et al., 2006), el *proyecto EuroPsy* (Bartram et al., 2008; Berdullas et al., 2007; Gutiérrez Rosado & Pallarès Parejo, 2007), el modelo de la *European Association for Psychotherapy* (European Association for Psychotherapy, 2013), el *Proyecto Tuning* (Beneitone et al., 2007), y el *Proyecto 6X4 UEALC* (Malo, 2008; Malo et al., 2008).

En líneas generales, los modelos de formación organizan las competencias clínicas de modo que coinciden con las fases sucesivas implicadas en el proceso terapéutico, que abarcan desde la primera consulta por parte del paciente hasta la finalización del tratamiento (Fuentes Pallas & Lorenzo Pontevedra, 2008). Algunas competencias clínicas establecidas en los modelos internacionales son: el establecimiento de la relación y alianza terapéutica, conceptualización del caso, diseño de tratamiento, evaluación de los resultados, supervisión y competencia cultural (Fuentes Pallas & Lorenzo Pontevedra, 2008).

A pesar de que se cuenta con números modelos de competencias, es necesario contar con mayor investigación sobre el perfil que se requiere para el ejercicio de la psicoterapia y establecer niveles de desarrollo de referencia que indiquen el grado de avance en su adquisición, y además, desarrollar mecanismos acordes para la evaluación de esas competencias, este último tema se abordará en el próximo capítulo (Distel Sánchez et al., 2018; Kaslow, 2004; Shaw & Dobson, 1988).

Capítulo 3

Evaluación de competencias clínicas del psicoterapeuta

3.1. Definición de evaluación

En términos generales, se define evaluación como la aplicación de cualquier instrumento, situación, recurso o procedimiento para informar, orientar y generar criterios para la toma de decisiones (García Ramos, 1989; Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación, 2001; Zabalza, 1991). Además, funcionaría como motivador extrínseco de los procesos de enseñanza-aprendizaje y contribuiría a mejorar el conocimiento y reflexión acerca de los procesos educativos (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2008). Según Casanova (1995) las evaluaciones tienen dos funciones denominadas formativa y sumativa, mientras que la primera estudia el proceso educativo de manera continua, la segunda, el producto y los resultados del proceso (Bloom, 1968; Bloom, Hastings & Madaus, 1971; Tyler, Gagné & Scriven, 1967).

El proceso de evaluación se puede dividir en tres etapas: planificación, periodo donde se determina qué se va a evaluar, para qué y cuándo se lo realizará y de acuerdo con estas premisas se seleccionarán o elaborarán los instrumentos pertinentes. Luego, la fase de aplicación en la que se realiza el acopio de información, análisis de lo obtenido y se dan a conocer los resultados, por último, la evaluación del proceso y del resultado que conduce a la toma de decisiones (Obaya Valdivia & Ponce Pérez, 2010). Para llevar a cabo todas las etapas de manera efectiva, las herramientas de evaluación utilizadas deben cumplir los criterios de validez y confiabilidad. Además, deben ser apropiadas para la etapa de desarrollo y la actividad de la población evaluada (Adamson, Kardong-Edgren & Willhaus, 2012; APA, 2006; Baig, Ali, Ali, & Huda, 2014).

Mientras que la validez es frecuentemente definida como la medida en que un test mide lo que se supone que debe medir, en este contexto refiere a la evidencia acumulada sobre la efectividad del modelo de evaluación (Anastasi, 1988; Borrowman, 1999; Leight et al., 2007; Yancy, 1999). Por otra parte, la confiabilidad, también denominada fiabilidad, se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas cuando se las examina en distintas ocasiones con el mismo test, con conjuntos equivalentes de reactivos o en otras condiciones de examinación. Además, abarca grado en que las puntuaciones están libres de errores de medida, es decir la fluctuación en la calificación de un individuo o grupo debido a factores aleatorios irrelevantes o desconocidos (Anastasi & Uribina, 1998; Lichtenberg et al., 2007; O'Neill, 2011).

Por último, se distinguirán algunos conceptos que pueden generar confusión: acreditación, certificación, promoción y calificación. En primer lugar, acreditar es el proceso de reconocimiento de los aprendizajes y competencias de un individuo en relación con una norma formalizada, independientemente del contexto de adquisición (Bertrand, 2005; Medina, 2005), mientras que la certificación se asocia al reconocimiento de las competencias obtenidas a través de un sistema de aprendizaje formal y la consiguiente emisión de un documento avalado por un organismo (Irigoin & Vargas, 2002; Tejada Fernández & Ruiz Bueno, 2016). Ambos conceptos requieren el juicio por parte de un organismo, que da testimonio y verifica las competencias adquiridas.

Por otra parte, la promoción es el acto de tomar decisiones vinculadas con el pasaje de los alumnos de un tramo a otro de su escolaridad a partir de criterios predefinidos (Corral & D'andrea, 2007; Gvritz & Palamidessi, 1988). Por último, calificar refiere a la asignación de un valor numérico o semántico en una escala establecida. Si bien se puede realizar una evaluación sin calificación, la calificación requiere de un proceso evaluativo. Algunos autores afirman que homologar la evaluación a calificar supone desaprovechar su potencial didáctico

(Fernández Sierra, 1996; López-Pastor, 2005,2011; Wood, 1986). Finalmente, numerosos autores señalan que es necesario considerar que la elección de la metodología de evaluación debe ser consistente con el enfoque empleado durante el proceso educativo (Baig et al., 2014; Coll & Martín, 1996; Camilloni, 1998; Cano García, 2008; Jiménez Galán, González Ramírez & Jaime Hernández, 2010). En este capítulo, se abordará el proceso evaluativo desde una perspectiva basada en competencias.

3.2. Modelos de evaluación de competencias

En la década de los 90, Miller (1990) fue uno de los primeros autores en desarrollar un modelo de evaluación de competencias en medicina, conocido como *Pirámide de Miller* y organizado en cuatro niveles, Conocimiento, Aplicación, Demostración y Desempeño, permitía visualizar la necesidad de combinar diversos instrumentos para una adecuada evaluación (Hargreaves, Earl & Schmidt, 2002; Manríquez Pantoja, 2009; Pérez Soto, 2009; Schuwirth & Van der Vleuten, 2004).

En la actualidad, existe amplio acuerdo de que una misma competencia puede ser medida utilizando diferentes modelos y que no existe un instrumento ideal que permita su evaluación exhaustiva (APA, 2006; Dolan, Valle Cabrera, Jackson & Schuler, 2013). Como consecuencia, se han desarrollado paquetes compuestos por diferentes metodologías, sirva como ejemplo *The Competency Assessment Toolkit for Professional Psychology* elaborado por APA (APA, 2006; Joint Committee on Testing Practices, 2000; Joshi, Ling & Jaeger, 2004; Kaslow et al, 2009; Khan & Aljarallah, 2011).

Durante este capítulo, se analizarán diferentes metodologías de evaluación siguiendo la clasificación utilizada en el informe final del *APA Task Force on the Assessment of Competence in Professional Psychology* (2006): medidas de conocimiento, medidas de toma de decisiones, evaluaciones de desempeño y evaluaciones integradas de habilidades prácticas. Adicionalmente, se desarrollarán las medidas de autoinforme.

3.2.1. Medidas de conocimiento

Las medidas de conocimiento son herramientas utilizadas para la evaluación de hechos y conceptos. Aunque se destaca como fortalezas su rápida y fácil administración, ya que permiten evaluar simultáneamente gran caudal de alumnos en poco tiempo, se ha criticado su baja fiabilidad con la práctica. Sus principales exponentes son los exámenes múltiple-choice, los exámenes de respuesta corta y los ensayos (APA, 2006).

3.2.1.1. Exámenes múltiple choice

Los exámenes múltiple choice son un instrumento de fácil administración compuesto por diferentes preguntas cuyas respuestas se encuentran preestablecidas, generalmente contienen cuatro o cinco opciones. El alumno debe seleccionar la respuesta correcta o más apropiada, proceso que llevaría aproximadamente un minuto por ítem. En algunas ocasiones, se incluyen otras respuestas verosímiles que funcionarían como distractores (Bishop, 1990; Durante, 2006; Khan & Aljarallah, 2011). Su corrección es rápida, se puede computarizar y en algunos casos se penalizan las respuestas incorrectas (Bashook, 2005).

La adecuada elaboración de los ítems requiere experticia y dedicación, en algunos estudios se encontró que los docentes no están adecuadamente entrenados para el diseño de este tipo de exámenes, y sugieren, en particular, revisar con cuidado la existencia de errores gramaticales que podrían dificultar la comprensión (Case & Swanson, 2003; Joint Committee on Testing Practices, 2000; Tarrant & Ware, 2008).

Algunos autores cuestionan su validez argumentando que los alumnos pueden responder en base a la intuición de lo que es correcto y al descarte de las respuestas incorrectas (Durante, 2006). Otros afirman que sólo mediría conocimiento teórico, sin considerar la resolución de problemas (Bishop, 1990). Si bien los ítems construidos con información poco contextualizada sólo permiten evaluar conocimiento teórico, se puede utilizar este instrumento

para evaluar el pensamiento crítico y la resolución de problemas, a partir de la exposición de un caso contextualizado sobre el que hay que tomar decisiones particulares (Khan & Aljarallah, 2011; Shannon & Norman, 1995; Tarrant & Ware, 2008). Algunos estudios indican una correlación aceptable (0,60 - 0,70) entre exámenes de opción múltiple y el desempeño en la práctica (Shannon & Norman, 1995; Durante, 2006). Finalmente, cabe mencionar dos ejemplos de esta metodología de examen.

En primer lugar, el *GRE Psychology Subject Test*, un test específico sobre conocimientos de psicología a partir de los criterios del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Se evalúan procesos psicológicos básicos, procesos del desarrollo de la personalidad y aspectos generales de la psicología y psicometría (Educational Testing Service, 2016).

En segundo lugar, el examen para ingresar al Sistema de Residencias y Concurrencias Hospitalarias de la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de un examen presencial de tipo *múltiple-choice*, compuesto de 100 ítems con 4 opciones de respuesta en formato lápiz y papel. Para ello, se pone a disposición del postulante un listado de bibliografía orientadora en la que se incluye contenido común a todas las residencias y concurrencias, bibliografía específica, normativas y leyes de ejercicio profesional (Subsecretaría de Planificación Sanitaria, 2018).

3.2.1.2. Exámenes de respuesta corta y ensayos

Los exámenes de respuesta corta y ensayos son utilizados fundamentalmente para evaluar habilidades de comunicación escrita, hechos y conceptos. Se elaboran a partir de interrogantes cuya respuesta puede tener diferentes extensiones (APA, 2006). Mientras que los exámenes de respuesta corta exigen respuestas concisas y específicas que se contestan con una oración o frase, en la elaboración de ensayos se presenta al alumno un escenario y se solicita que explique cómo abordaría el problema mediante el desarrollo de una respuesta escrita que

permitiría, además de evaluar conocimientos, ponderar habilidades de razonamiento y juicio (APA, 2006).

Para resolver los interrogantes planteados se requiere poner en juego diferentes habilidades cognitivas, desde la repetición de un contenido previamente memorizado hasta el uso del vocabulario y el razonamiento conceptual propio de un área de conocimientos (APA, 2006). Las respuestas correctas pueden variar, existen disparidad de criterios de corrección y por eso en algunos estudios se ha reportado baja confiabilidad interjuez, sin embargo, los parámetros de corrección y puntuación se pueden consensuar previamente con expertos (Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya, 2009). Otro aspecto a considerar es que la calificación de los alumnos también podría verse influenciada por sus habilidades de sintaxis y ortografía (Aguilar-Morales, 2011; Bashook, 2005).

3.2.2. Medidas de toma de decisiones

Las medidas de toma de decisiones se utilizan para evaluar con detalle el proceso de toma de decisiones de los profesionales durante la práctica clínica (APA, 2006). Aunque estas herramientas se caracterizan por reflejar mayor fidelidad con la práctica en comparación con las medidas de conocimiento, su implementación suele ser costosa ya que requiere que un entrevistador dedique al menos un encuentro a la persona, lo cual dificulta también que se evalúe a un gran caudal de sujetos en simultáneo (Kessler, 2006). Dentro de esta categoría, se encuentran los exámenes orales basados en casos, la técnica de incidentes críticos y la entrevista por competencias (APA, 2006).

3.2.2.1. Exámenes orales basados en casos

Los exámenes orales basados en casos consisten en la presentación de situaciones clínicas en forma de viñetas escritas, imágenes, videos, audios o informes escritos, a partir de los cuales el evaluado explica sus acciones y decisiones relativas a la evaluación, diagnóstico,

tratamiento. Generalmente, se presentan seis o más viñetas para obtener un número suficiente de respuestas y a medida que se desarrolla el caso los evaluadores formulan preguntas acerca de las acciones realizadas. Este tipo de metodología es utilizada en la certificación de especialidades en medicina, odontología y psicología (APA, 2006).

3.2.2.2. Entrevista por competencias y entrevista por incidentes críticos

La entrevista por competencias y la entrevista por incidentes críticos suelen estudiarse en conjunto puesto que persiguen los mismos objetivos y se estructuran, de manera similar, en torno a preguntas conductuales. Previo a la aplicación de estas herramientas, se definen operacionalmente las competencias que se quieren evaluar, se elaboraran los interrogantes y se establecen criterios acerca del peso relativo que se le otorgará a cada una durante su análisis (McClelland, 1973, 1994, 1998).

Para llevar a cabo la entrevista por incidentes críticos, también conocida como behavioural event interview (BEI), se solicita al evaluado la descripción detallada de algunos eventos conductuales, representativos de las competencias a evaluar, denominados incidentes críticos (Flanagan, 1954; Edvardsson, 1992; Callan, 1998). Se analizan situaciones reales de experiencias pasadas en las que el evaluado tuvo resultados especialmente efectivos o inefectivos para lograr el propósito de una actividad. A modo de ejemplo, algunas preguntas que suelen utilizarse son: *¿Cuál fue la situación?, ¿Qué lo condujo a eso?, ¿Quiénes estaban implicados?, ¿Qué pensó en ese momento?, ¿Cómo se sentía?, ¿Qué quería hacer?, ¿Qué hizo o dijo?, ¿Cuál fue el resultado obtenido?, ¿Qué sucedió finalmente?* Durante el proceso, se orienta y estimula que el evaluado brinde ejemplos y los describa con hechos concretos, que permitan comprender los incidentes desde su perspectiva cognitiva, afectiva y comportamental, y luego estimar el nivel de desarrollo de cada competencia (Chell, 1998; Flanagan, 1954; Koch, Strobel, Kici, & Westhoff, 2009).

A diferencia de la BEI, la entrevista por competencias gira en torno a la presentación de escenarios hipotéticos, y con la misma lógica que la BEI, se pregunta a la persona cómo se comportaría en esas circunstancias. Luego, se analizan las respuestas hipotéticas, abstracciones y posibles conductas que se podrían ser adoptadas (Kessler, 2006). Por último, si bien se sugiere que para obtener suficiente información se requeriría explorar entre cuatro y seis situaciones, la duración de los encuentros sería variable ya que dependería del volumen del material brindando por el evaluado, lo que podría elevar los costos de aplicación (Wilson, Starr-Schneidkraut & Cooper, 1989; Yanez, Lopez-Mena & Reyes, 2011).

3.2.3. Evaluaciones de desempeño

La evaluación de desempeño constituye el proceso por el cual se estima el rendimiento global de la persona, es utilizada generalmente en el ámbito organizacional como complemento de las evaluaciones informales en el trabajo diario (Capuano, 2004). Según Alles (2006) este tipo de herramientas, además de evaluar competencias, posibilita la detección de necesidades de capacitación, el descubrimiento de talentos en la organización, la correcta ubicación de cada persona en su puesto de trabajo y la toma de decisiones sobre salarios. Su implementación permitiría obtener datos con niveles moderados de confiabilidad (APA, 2006). De acuerdo a la clasificación utilizada en el informe final del *APA Task Force on the Assessment of Competence in Professional Psychology* (2006), dentro de las evaluaciones de desempeño se encuentran los portfolios y evaluaciones 360 grados (APA, 2006).

3.2.3.1. Portfolios

El portfolio, originario de las artes gráficas, es una colección de trabajo de las experiencias clínicas y académicas que permite reflejar la experiencia de aprendizaje, desarrollo profesional, y logros en relación a competencias específicas (APA, 2006; Arter & Spandel, 1992; Fryer-Edwarda, Pinsky, & Robins, 2006; Pearce & Smojkis, 2003; Klenowski, 2002). Para su realización, se deben determinar las competencias a evaluar y luego identificar

la evidencia más conveniente para demostrar su adquisición, generalmente mediante documentos escritos, audios, videos o fotografías. Como resultado, en la mayoría de los casos su implementación insume bajos costos (Smith & Tillema, 2003).

Al tratarse de una selección voluntaria del evaluado, se ha cuestionado que el material escogido podría no ser representativo de las habilidades típicas del sujeto (APA, 2006; McGuire, Lay, & Peters, 2009; Tisani, 2008; Cook-Benjamin, 2003). Sin embargo, al requerir involucración activa para su armado, promovería el desarrollo de responsabilidad, autorreflexión y profesionalismo (Elander, Towell & Fox, 2007; Harris, Dolan & Fairbairn, 2001; McMullan et al., 2003). Por otra parte, con el objetivo de reducir la subjetividad en el proceso de corrección, se pueden elaborar criterios consensuados de antemano (Elander, Towell & Fox, 2007; Pitts, Coles & Thomas, 2001; Smith & Tillema, 2003).

Por último, si bien desde una perspectiva cuantitativa, se ha criticado su baja confiabilidad, el enfoque más adecuado para juzgar la pertinencia de la utilización del portfolio por sus características es cualitativo (Collins, 1992).

3.2.3.2. Evaluaciones 360 grados

La evaluación 360 grados es una herramienta de medición, elaborada a partir de múltiples informantes quienes han tenido la oportunidad de interactuar de manera directa o indirecta con el evaluado. Generalmente, incluye la autovaloración, covaloración y heteroevaluación (Jaime Hernández, González Ramírez & Jiménez Galán, 2010; Joshi, Ling & Jaeger, 2004; Tobón, 2008, 2013).

El primer paso para emplear esta herramienta es determinar los diferentes evaluadores, quienes pueden ser supervisores, colegas, profesionales de otras disciplinas, subordinados, la propia persona e incluso pacientes del evaluado (APA, 2006; Kaslow et al, 2009; Sapién-Aguilar, Gutiérrez-Diez, Piñón-Howlet & Araiza-Zapata, 2016). Contar con la presencia de

varios agentes, constituye un intento objetivo de evaluar el desempeño desde diferentes ángulos lo que permite, además, observar similitudes y diferencias entre los datos de los informantes. Como resultado, podría favorecer que el evaluado tenga una auto percepción más completa de sus competencias e incluso pueda tomar conocimiento de aspectos de su nivel de competencia que desconoce (Fletcher & Bailey, 2003; Jiménez Galán, González Ramírez & Hernández Jaime, 2011; Theron & Roodt, 2001; Yammarino & Atwater, 1997).

Para la recolección de los datos, se pueden utilizar encuestas o cuestionarios en formato de papel y lápiz o electrónico, luego se analiza, organiza e integra la información obtenida y se brinda una devolución al evaluado (Kaslow, et. al, 2009; Manring, Rivkin & Rivkin, 2003). A modo de ejemplo, Andrews y Violato (2010) desarrollaron un instrumento para psicoterapeutas de niños donde se presentaban diferentes tareas para que el informante compare su nivel de competencia con otros psicoterapeutas. Se responde a través de una escala Likert de cuatro puntos cuyos extremos eran “*entre los peores*” y “*entre los mejores*”. En primera instancia, la persona completa el protocolo, luego los padres del paciente y un colega. Por último, se analizan las similitudes y diferencias de las respuestas.

3.2.4. Evaluaciones integradas de habilidades prácticas

Las evaluaciones integradas de habilidades prácticas consisten en la presentación de una viñeta clínica, con una breve descripción de las características del paciente, con el objetivo de recrear situaciones similares a la práctica profesional. También, pueden incluir material con otros formatos: audio, video, interacciones con pacientes o role-playing (APA, 2006; Roberts et al., 2005). Estas herramientas se destacan por su alta fidelidad con la práctica profesional, aunque su costo de implementación suele ser mayor, en comparación con el resto de las medidas (APA, 2006; Roberts et al., 2005). Dentro de este tipo de evaluaciones se encuentran las simulaciones, cuyas particularidades se detallarán a continuación.

3.2.4.1. Simulaciones

Las simulaciones son representaciones de situaciones reales del ejercicio de la profesión que permiten evaluar la toma de decisiones, razonamientos, planificación de tratamiento, realización de historia clínica, habilidades de asesoramiento, comunicación y manejo de situaciones complejas difíciles de ser evaluadas de otro modo (APA, 2006; Barsky & Coleman, 2001; Leigh et al; 2007; Linsk & Tunney, 1997; Roberts et al., 2005).

La simulación con pacientes se organiza a partir de diferentes encuentros clínicos con actores entrenados que actúan como consultantes con diversos síntomas para que el profesional interactúe tal como lo haría en una consulta real (Lichtenberg, Hummel & Shaffer, 1984; Pérez Soto, 2013). La persona evaluada atraviesa una secuencia de estaciones que evalúan una o varias competencias y los puntajes son otorgados por el paciente simulado o un observador capacitado (Andrews & Burruss, 2004; APA, 2006; Leigh et al; 2007). Otra manera de realizar simulaciones es a partir de viñetas clínicas, una serie de descripciones cortas, donde se presentan uno o más problemas y se realizan varios interrogantes, que pueden ser de opción múltiple o respuesta corta en formato lápiz y papel o computarizado (APA, 2006; Hummel, Lichtenberg & Shaffer, 1975). Se suele recomendar realizar tres o cuatro preguntas por caso para contar con suficiente información (Roberts et al., 2005).

Las simulaciones muestran alto grado de verosimilitud con la práctica, sin embargo, su implementación suele ser costosa. En el caso de pacientes simulados se requiere de su entrenamiento, por ejemplo, para asegurarse que no brinden información a menos que se la solicite y, por otra parte, en el caso de las simulaciones computarizadas se requiere el desarrollo y mantenimiento del software (Shannon & Norman, 1995; Schuwirth & van der Vleuten, 2004). A modo de ejemplo de la modalidad de simulación con pacientes, la *Objective Structured Clinical Examination* es una herramienta utilizada en diversas disciplinas, compuesta por un circuito de estaciones que llevan entre 5 y 10 minutos donde el profesional

demuestra su competencia bajo una variedad de condiciones simuladas (Harden, Stevenso, Downie & Wilson, 1975; Watson, Houston & Close, 1982).

Por otra parte, un ejemplo de empleo de viñetas clínicas es el *Examen de Competencia Profesional en Psicología* (ECE-PSI), que se realiza en Ecuador para evaluar la adquisición de competencias de los estudiantes próximos a finalizar la carrera. Mediante la presentación de situaciones clínicas problemáticas y cuatro opciones de respuesta, se evalúa el diseño y realización de intervenciones (Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad Educativa Superior, 2013).

De manera similar, la Universidad de Columbia elaboró el *Psychodynamic Psychotherapy Competency Test* (PPCT) para evaluar las competencias para la psicoterapia psicodinámica. Se compone de cuatro viñetas clínicas, donde se presenta un resumen de diferentes sesiones y diversos interrogantes acerca de conocimientos y toma de decisiones, cuyo formato de respuesta es múltiple-choice de 5 opciones (Mullen & Rieder, 2010; Mullen et al., 2004). Además, la Western Sydney University ha desarrollado dos instrumentos de evaluación de competencias. Por un lado, la Clinical Psychology Practicum Competencies Rating Scale (CΨPRS) compuesta por 10 ítems de escala Likert para evaluar 10 dominios diferentes de competencias clínicas entre ellas conceptualización de casos, ética y comportamiento, profesionalismo, práctica reflexiva, intervención, asesoramiento, evaluación clínica, enfoque científico-profesional, evaluación psicológica, práctica reflexiva y respuesta a la supervisión. Las calificaciones de competencia se realizan en una escala que traza el progreso en cuatro etapas: Etapa 1: Principiante (1.0 a 1.9), Etapa 2 (2.0 a 2.9), Etapa 3 (3.0 a 3.9) y Etapa 4: Competente (4.0 a 4.9), y, por otra parte, la Vignette Matching Assessment Task que presenta viñetas detalladas de las competencias de los estudiantes que se esperan en varias etapas de capacitación, aproximadamente 100 palabras que perfila las características esenciales de las competencias que un aprendiz posee y no posee en referencia a un dominio específico.

Los supervisores leen las viñetas y combinan el rendimiento de sus alumnos con las viñetas en cada uno de los dominios para determinar si han adquirido el nivel de competencia esperado en su etapa de entrenamiento (Gonsalvez, 2012; Terry, Gonsalvez, & Deane, 2017).

3.2.5. Medidas de autoinforme

Las medidas de autoinforme constituyen un método directo para la estimación de la experiencia subjetiva del individuo (APA, 2006; De las Cuevas Catresana & González De Rivera, 1992; Fuentes Medina & Herrero Sánchez, 1999). Algunos estudios han informado su baja correlación con la observación de un evaluador externo y han señalado que los evaluados podrían seleccionar intencionalmente respuestas que generasen en el evaluador una impresión favorable. Sin embargo, numerosos autores señalan que es fundamental su inclusión para una adecuada evaluación de competencias (De las Cuevas Catresana & González De Rivera, 1992). A continuación, se analizará un tipo de medida de autoinforme.

3.2.5.1. Autopercepción de competencias

La autopercepción es el conjunto de valoraciones que una persona tiene respecto a su capacidad para realizar acciones específicas que generen un determinado resultado (Cunha Barros, et al., 2009). Estas creencias se construyen a partir de las valoraciones dadas por personas significativas y los resultados alcanzados en actuaciones pasadas (Villamizar Acevedo, Becerra Álvarez & Delgado Martínez, 2014).

Si bien se ha reportado baja correlación entre las medidas de autopercepción y las observaciones de evaluadores externos, tal como se mencionó inicialmente, numerosos autores señalan la importancia de su inclusión para una adecuada evaluación de competencias (Rodríguez Gómez, Ibarra Saiz & Cubero Ibáñez, 2018; Ward, Gruppen & Regehr, 2002). Por este motivo, diversos estudios utilizan esta herramienta, a modo de ejemplo, a continuación, se presentan dos estudios realizados en Argentina (Castro Solano, 2004; Laurito & Benatuil, 2017).

Castro Solano (2004) elaboró una encuesta de autopercepción de competencias mediante una Escala Likert de 5 puntos cuyos extremos eran “*Nada competente*” y “*Muy competente*”. Para la construcción del instrumento, se solicitó a empleadores de psicólogos que especificaran las competencias requeridas para el desempeño idóneo en cada área de la psicología. Mediante el empleo de la herramienta, se realizaron diferentes estudios con estudiantes de grado y graduados. Como resultado, se informa que los estudiantes autopercebieron carencias en varias habilidades; además, se observaron diferencias en el área clínica entre el grupo de profesionales principiantes y los más avanzados y por último, una falta de ajuste entre las habilidades identificadas y la autopercepción de los profesionales (Castro Solano, 2004).

Un estudio similar de Laurito y Benatuil (2017) realizado en Argentina, compara el nivel de importancia que se otorga a cada competencia específica del Proyecto Tuning y el logro autopercebido durante la formación, mediante la aplicación *Cuestionario de Competencias Específicas del Proyecto Tuning*. Como resultado, coincidente con otros estudios similares, se observa una brecha entre la importancia asignada a cada una y su percepción de logro, siendo esta última menor en todos los casos (Lima, Navés & Ormart, 2015; Suarez, 2011).

Por último, Fierro (2015), quien considera que la indagación de competencias autopercebidas es considerada como un criterio pronóstico del desempeño profesional, realizó un estudio acerca de la autopercepción de competencias prácticas en estudiantes avanzados de psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Los resultados muestran que, respecto a los ámbitos de trabajo psicológico, es en el área clínica donde los estudiantes ubican sus mayores competencias, principalmente en la aplicación clínica del modelo psicoanalítico, y concretamente en tareas de diagnóstico y evaluación individual, quedando otros campos de incumbencia clínica por fuera de las competencias autopercebidas por los alumnos. Respecto

de otros modelos clínicos no psicoanalíticos, los alumnos se perciben como poco competentes, al igual que en las otras áreas profesionales no-clínicas, las cuales comparativamente constituyen áreas con competencias relativas o bajas.

3.3. Síntesis evaluación de competencias clínicas del psicoterapeuta

En el inicio de este capítulo, se definió evaluación como la aplicación de cualquier instrumento, situación, recurso o procedimiento para informar, orientar y generar criterios para la toma de decisiones. Luego, se realizó su distinción con otros conceptos que podían generar confusión tales como acreditación, certificación, promoción y calificación (García Ramos, 1989; Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación, 2001; Zabalza, 1991). A continuación, en línea con el enfoque escogido para la realización de esta tesis, se expusieron algunos beneficios de la implementación de la evaluación por competencias. Este proceso fomentaría el aprendizaje, permitiría valorar su progreso, ayudaría a diseñar y ajustar el curriculum, podría determinar la eficacia de los programas de capacitación, y, por último, permitiría identificar déficit y elaborar estrategias para remediarlos (APA, 2006; Elman & Forrest, 2007; Kaslow, 2004).

Posteriormente, se señaló que las herramientas utilizadas deben ser apropiadas para la etapa de desarrollo y la actividad en cuestión y cumplir los requisitos de validez y confiabilidad (Adamson et al., 2012; APA, 2006; Baig et al., 2014). Tomando en consideración lo antedicho, se describieron las diferentes metodologías de evaluación, siguiendo la clasificación utilizada en el informe final del *APA Task Force on the Assessment of Competence in Professional Psychology* (APA, 2006).

En primer lugar, se desarrollaron las *medidas de conocimiento*, herramientas utilizadas para la evaluación de hechos y conceptos, cuyo aspecto diferencial es su rápida y fácil administración, a pesar de su bajo nivel de fiabilidad con la práctica (APA, 2006).

En segundo lugar, *las medidas de toma de decisiones* se utilizan para comprender con detalle el proceso de toma de decisiones de los profesionales. Se caracterizan por reflejar mayor fidelidad con la práctica en comparación con las medidas de conocimiento, aunque su implementación suele ser más costosa (APA, 2006).

En tercer lugar, las *evaluaciones de desempeño* permiten estimar el rendimiento global de la persona con niveles moderados de confiabilidad. Se ha señalado como desventaja su elevado costo, aunque dependería del material empleado para su ejecución (Alles, 2006; APA, 2006; Capuano, 2004). A continuación, las *evaluaciones integradas de habilidades prácticas* tienen como objetivo recrear situaciones similares a las afrontadas diariamente por los profesionales. Si bien se destacan por su alta fidelidad con la práctica, su costo de implementación suele ser mayor en comparación con el resto de las herramientas (APA, 2006; Roberts et al., 2005).

Por último, las *medidas de autoinforme* constituyen un método directo para la estimación la experiencia subjetiva del individuo. A pesar de que se ha señalado su baja correlación con los puntajes de observadores externos, existe un acuerdo generalizado de que los procesos de evaluación exhaustivos requieren su inclusión (Ward, Gruppen & Regehr, 2002). Por tanto, a partir del análisis de las ventajas y desventajas de las diferentes medidas, se concluye que no existe un instrumento ideal para una evaluación exhaustiva, por el contrario, se requiere llevar a cabo un proceso multimétodo, multirasgo y de manera óptima con la inclusión de múltiples informantes (APA, 2006).

Como síntesis final, en el capítulo 2 se afirmaba que continúa siendo necesario profundizar el estudio del perfil de las competencias para el ejercicio de la psicoterapia y que, además, se requiere desarrollar mecanismos acordes para su evaluación, tema abordado en este capítulo. Por consiguiente, algunas de las investigaciones posibles involucrarían la elaboración

de modelos de competencias y sus respectivos instrumentos de evaluación adaptados a la población local, además, de realizar estudios de validez y confiabilidad de los distintos métodos (Fantuzzo, Sisemore & Spradlin, 1983; Kaslow, 2004).

SECCIÓN EMPÍRICA

Objetivo general

OG. Examinar las competencias clínicas básicas de psicoterapeutas con diferentes niveles de experiencia profesional.

Objetivos específicos

OE1. Identificar las competencias clínicas básicas que debieran poseer los psicoterapeutas para el ejercicio de su profesión.

OE2. Establecer indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas para la psicoterapia.

OE3. Construir un instrumento para evaluar las competencias clínicas básicas identificadas y los indicadores asociados a su desarrollo.

OE4. Describir las competencias clínicas básicas que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina.

OE5. Describir los indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina.

OE6. Evaluar si existen diferentes niveles de competencias clínicas básicas según la experiencia profesional en una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos residentes en diferentes provincias de Argentina.

OE7. Examinar la relación entre las competencias clínicas básicas y los indicadores asociados a su desarrollo en una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina.

Hipótesis

Se intentará dar respuesta a la siguiente hipótesis:

H6. Los psicoterapeutas con mayor experiencia profesional poseen niveles superiores de competencias clínicas básicas.

Diseño y Tipo de estudio

El documento se organizará en torno a dos estudios, a los fines de facilitar la lectura y presentación de los resultados, que se denominarán: estudio 1 “*Modelo de competencias clínicas básicas e indicadores asociadas a su desarrollo. Construcción de la ECCBP*” y el estudio 2 “*Evaluación de las competencias básicas para la psicoterapia e indicadores asociados a su desarrollo*”.

En el primero, se utilizó la metodología cualitativa para el relevamiento y análisis de los datos mediante un diseño no experimental, transversal de tipo exploratorio (Ver “*OE1, OE2 y OE3*”) y se presenta en el Capítulo 4. Mientras que, en el segundo estudio se utilizó una metodología cuantitativa para el análisis de los datos y un diseño no experimental, transversal de tipo descriptivo, desarrollado en el Capítulo 5 (Ver “*OE4 y OE5*”) y correlacional (Ver “*OE6 y OE7*”).

Capítulo 4

Primer estudio: “Modelo de competencias clínicas básicas e indicadores asociados a su desarrollo. Construcción de la ECCBP”

El primer estudio se realizó para identificar las competencias clínicas básicas que debieran poseer los psicoterapeutas para el ejercicio de su profesión, establecer indicadores asociados su desarrollo y, posteriormente, construir un instrumento para su evaluación (Ver “OE1, OE2 y OE3”).

4.1. Metodología

4.1.1. Diseño y tipo de estudio

Se utilizó la metodología cualitativa mediante un diseño no experimental, transversal de tipo exploratorio (Ver “OE1, OE2 y OE3”).

4.1.2. Muestra

El primer estudio se realizó en diferentes etapas y para atender a la particularidad de cada fase, se utilizaron tres muestras intencionales no probabilísticas.

La primera muestra denominada *informantes clave* estuvo conformada por 20 psicoterapeutas argentinos expertos, 8 mujeres y 12 hombres, quienes fueron cuidadosamente seleccionados por poseer al menos 30 años de dedicación continua al ejercicio clínico, formación y supervisión de psicoterapeutas. La media de experiencia de este grupo de profesionales era de 40 años; DE=8,46.

La mayoría de los informantes gozaba de reconocimiento nacional e internacional, estaba a cargo de cátedras de materias vinculadas al ejercicio de la psicoterapia en universidades públicas y privadas, trabajaba como supervisor de otros terapeutas y/o se desempeñaba en un cargo jerárquico de gestión de alguna institución de asistencia psicoterapéutica en territorio argentino. Adicionalmente, para obtener mayor grado de

representatividad y heterogeneidad de respuestas, los participantes pertenecían a diferentes modelos teóricos tradicionales: sistémico, humanístico-existencial, psicoanalítico, cognitivo-conductual e integrativo (Fernández-Álvarez, 1994).

La cantidad de informantes clave fue determinada por el criterio de saturación teórica (Ardila Suárez & Rueda Arenas, 2013; Corbin & Strauss, 2002). Se observó que luego de entrevistar 4 informantes por modelo teórico no surgían nuevas variaciones entre los datos, los nuevos temas codificados pertenecían a las mismas categorías ya encontradas.

La segunda muestra denominada *expertos en metodología* estuvo compuesta por tres psicoterapeutas, con formación académica de nivel magister o superior- dos dedicados a la investigación en psicoterapia y uno a la formación por competencias en psicólogos-, quienes fueron convocados para realizar un juicio de experto sobre el análisis temático de las entrevistas.

La tercera muestra denominada *revisores del instrumento* estuvo conformada por cinco terapeutas con diferente nivel de experiencia profesional- tres psicoterapeutas con más de 30 años, uno con siete años y uno con menos de un año de experiencia-, quienes fueron convocados para valorar la versión preliminar del instrumento.

Adicionalmente, 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 ECCBP versión final.

4.1.3. Instrumentos

4.1.3.1. Entrevistas semi-dirigidas

Se realizaron entrevistas individuales semi-dirigidas en profundidad, con una duración aproximada de 45 minutos, cuya finalidad era explorar las competencias clínicas básicas requeridas para el ejercicio de la psicoterapia y, además, obtener información acerca de actividades y experiencias asociadas a su desarrollo. Los encuentros se organizaban en torno

a dos preguntas centrales 1. *¿Cuáles son las competencias clínicas básicas - conocimientos, habilidades, actitudes, conductas- que deberían poseer los psicoterapeutas para ejercer su profesión?* y 2. *¿Qué actividades o experiencias estarían asociadas a su desarrollo?*

4.1.3.2. Escala Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas ECCBP (versión preliminar)

La Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas ECCBP (*versión preliminar*) tiene como objetivo evaluar las competencias clínicas básicas: Proceso diagnóstico, Diseño, intervenciones y técnicas, Vínculo terapéutico, Rol profesional, Variables contextuales y diversidad, Manejo de entrevista, Evaluación y finalización del proceso y los indicadores asociados su desarrollo: Formación de base y actualización, Supervisión, Pertenencia a instituciones y red de profesionales, Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo y Experiencia personal y profesional. El proceso de construcción y la versión definitiva del instrumento se detallará en el apartado 4.2.3.

4.1.4. Procedimiento

A continuación, se expone brevemente el procedimiento llevado a cabo para la realización del estudio 1, que luego detallará en el apartado 4.2.

En primer lugar, los informantes clave fueron contactados por teléfono y/o correo electrónico. Se explicaba el propósito de la investigación, se informaba que las entrevistas serían grabadas, pero que los datos obtenidos serían confidenciales. Una vez que se aclaraba que la participación era anónima y voluntaria y se dejaba constancia de la conformidad para participar, se programaban las entrevistas semi-dirigidas individuales con una duración aproximada de 45 minutos, en el lugar que le resultara conveniente al profesional. Durante 6 meses, se realizó la desgrabación de los audios de las entrevistas y luego, durante 1 año, se analizó el material empleando el proceso de análisis temático y las fases propuestas por Braun

y Clarke (2006). En tal sentido, esta propuesta metodológica se destaca por exponer detalladamente cómo se ha trabajado con los datos y explicitar el proceso seguido por el investigador para comprender e interpretar el fenómeno estudiado (Mieles, Tonon, & Alvarado, 2012).

En simultáneo, para contribuir a la validez de contenido durante el análisis, se convocó a expertos en metodología, cuya participación era anónima y voluntaria. Una vez que eran contactados por teléfono y/o correo electrónico, se les presentaba el objetivo general de la investigación y solicitaba realizar un análisis temático a ciegas del material de las entrevistas realizadas a los informantes clave. Una vez que se dejaba constancia de su conformidad, se enviaba por mail la desgrabación textual de tres entrevistas y finalizada la tarea, reenviaban el material por el mismo medio.

Como resultado del análisis temático, realizado en conjunto con expertos, se establecieron las competencias clínicas básicas requeridas para el ejercicio profesional y sus indicadores asociados. A continuación, proceso que se llevó a cabo durante 1 año, se realizó la definición conceptual y operacional de cada competencia, se estableció el sistema de evaluación, y se elaboraron los ítems que conformaron la *Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (Versión Preliminar)*.

Por último, con el objetivo de revisar y depurar el instrumento, se convocó a cinco psicoterapeutas con diferente nivel de experiencia profesional, quienes fueron contactados por teléfono y/o correo electrónico, donde se le explicaba los objetivos de la tesis. Una vez que se acordó su participación anónima y voluntaria, se entregaron copias impresas y anilladas de la *ECCBP (versión preliminar)* para evaluaran su composición de acuerdo a cinco criterios: dificultad, verosimilitud, suficiencia, coherencia y relevancia. El proceso de revisión del instrumento y su posterior depuración se realizó durante un año.

4.1.5. Análisis de datos

OE1 y OE2. *Análisis de entrevistas semi-dirigidas*. Se realizó el proceso de análisis temático con rigor científico propuesto por Boyatzis (1998), siguiendo las etapas formuladas por Braun y Clarke (2006). Complementariamente, se calcularon porcentajes de acuerdo interjueces para el estudio validez de contenido y de criterio de los resultados obtenidos (Herrera Rojas, 1993), proceso que se explica en el apartado 4.3.1.5.

OE3. *Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas*. Se llevó a cabo un procedimiento sistematizado para revisar y depurar la versión piloto siguiendo las indicaciones de Tornimbeni, Perez y Olaz (2004). Para analizar el material, se calculó el porcentaje de acuerdo entre los revisores del instrumento (Herrera Rojas, 1993) y el coeficiente V de Aiken mediante un software desarrollado por Merino Soto y Livia Segovia (2009).

4.2. Resultados

4.2.1. Identificación de competencias clínicas básicas que deben poseer los psicoterapeutas para el ejercicio de su profesión

4.2.1.1. Realización de entrevistas semi-dirigidas a expertos

Inicialmente, con la intención de identificar las competencias clínicas básicas que deben poseer los psicoterapeutas para el ejercicio de la profesión (Ver “OE1”), se elaboró un listado de posibles terapeutas expertos para ser entrevistados, cuyos criterios de selección se detallan en la tabla 5. Con el objetivo de lograr mayor grado de representatividad de los enfoques clínicos vigentes en nuestro medio, se incluyeron entre entre 6 y 8 profesionales de cada modelo, quienes fueron invitados a participar por teléfono y/o correo electrónico. Su participación era anónima y voluntaria, aunque en algunos autorizaron a revelar su identidad en los informes devenidos de la investigación si fuera necesario.

Tabla 5
Condiciones del psicoterapeuta para ser considerado experto

Condiciones para ser considerado psicoterapeuta experto
*Poseer como mínimo 30 años de dedicación continua al ejercicio clínico
*Poseer experiencia como formador de terapeutas en instituciones
*Estar a cargo de cátedras de materias vinculadas al ejercicio de la psicoterapia en universidades pública
*Desempeñarse como supervisor de otros terapeutas
*Desempeñarse en un cargo jerárquico de gestión de alguna institución que brinda asistencia psicoterapéutica
*Contar con reconocimiento nacional y/o internacional

Los encuentros con los *informantes clave* tenían una duración aproximada de 45 minutos y se llevaron a cabo en los consultorios o instituciones de pertenencia de los psicoterapeutas, de acuerdo a lo que les resultara más conveniente. Se explicaba a los participantes la finalidad del proyecto de investigación, los ejes que se explorarían, y se acordaba que la modalidad de registro de la información sería la grabación de audio.

Las entrevistas comenzaban con la pregunta *¿Cuáles son las competencias clínicas básicas que deben poseer los psicoterapeutas para ejercer su profesión?* Durante el encuentro se solicitó que mencionaran, explicaran y ejemplificaran las competencias, que enumerasen estos conocimientos, habilidades, actitudes y conductas, y que consideraran aquellos terapeutas con problemas de desempeño y las competencias que ellos no habrían adquirido.

Como resultado de la convocatoria, y siguiendo el criterio de saturación teórica, se entrevistaron 20 profesionales, puesto que se observó que, luego de entrevistar 4 informantes por modelo teórico, no surgían nuevas variaciones entre los datos (Ardila Suárez & Rueda Arenas, 2013; Corbin & Strauss, 2002). Por último, se realizó la desgrabación del material de audio de cada encuentro.

4.2.1.2. Análisis temático de las entrevistas

Con el objetivo de procesar la información obtenida durante los encuentros con expertos, y luego de realizar la transcripción textual de cada audio, se empleó el proceso de análisis temático con rigor científico propuesto por Boyatzis (1998). Para ello, se siguieron las fases propuestas por Braun y Clarke (2006) denominadas familiarización con los datos,

generación de códigos iniciales, búsqueda y revisión de temas, definición y denominación de temas y producción del informe final. Seguidamente, se desarrolla el proceso que se llevó a cabo en cada etapa.

4.2.1.2.1. Familiarización con los datos y generación de códigos iniciales

En primera instancia, una vez que se realizó la desgrabación de las entrevistas a los terapeutas expertos que conformaron la primera muestra, se efectuó una lectura detenida y reiterada de la información con el fin de familiarizarse con el material. En simultáneo, se realizaron anotaciones de ideas generales, organizando la información en grupos de un mismo significado, denominados códigos iniciales (Braun & Clarke, 2006). Ver tabla 6.

Tabla 6
Familiarización con los datos y generación de códigos iniciales para las competencias clínicas básicas

Formación	Características del terapeuta
Formación de grado	Salud mental
Elección y dominio de un modelo teórico	Trabajo sobre la propia persona y terapia del terapeuta
Especialización	Desarrollo personal del terapeuta
Formación continua y actualización	Estilo personal
Experiencia de vida y profesional	Autocuidado frente a la tarea
Pertenencia a instituciones y red de terapeutas	Aceptación y disponibilidad cuando el paciente lo requiere
Supervisión	Consistencia y coherencia en su obrar
	Flexibilidad en el encuadre
Habilidades Interpersonales	Evaluación del proceso
Vínculo terapéutico	Eficacia del terapeuta y de la psicoterapia en general
Empatía	Reflexión acerca de la propia actuación
Comunicación no verbal	Limitaciones personales y derivación
Diferenciación de roles	Límites de la profesión (habilitación profesional)
Proceso terapéutico	Evaluación Inicial
Manejo de entrevista	Establecer diagnóstico
Consideración del contexto social y variables culturales	Recolección y análisis de la información
Selección y aplicación de técnicas	Conceptualización del caso
Integración de recursos de intervención	Motivo de consulta, foco y objetivos terapéuticos
Diseño de tratamiento	Formulación de hipótesis
Intervenciones fundamentadas bajo algún criterio	

4.2.1.2.2. Búsqueda y revisión de temas

En segunda instancia, se procedió a la búsqueda y revisión de temas. A partir de la definición de Boyatzis (1998), quien afirma que un tema es aquel que captura información

importante en relación con las preguntas de investigación, representando un nivel de respuesta estructurada o significado, que como mínimo describe y organiza información y como máximo que interpreta aspectos del fenómeno estudiado y tomando como base los códigos iniciales, se realizó un análisis exhaustivo de cada entrevista. Para ello, se relevaron palabras, oraciones y párrafos que referían a competencias clínicas básicas para el ejercicio profesional - conocimientos, habilidades, actitudes y conductas-, tanto lo señalado fundamental como accesorio. Ver gráfico 4.

Gráfico 4
Ejemplo de búsqueda de temas para las competencias clínicas básicas

(...)Yo creo que un buen terapeuta sea de la línea que sea, esto fue investigado, tiene que tener lo que se llaman actitudes o marco actitudinal, si le querés poner un nombre más técnico, que es capacidad de escucha, pero lo que llamábamos escucha empática, una escucha más... esto es mi posición a lo mejor un Lacaniano te va a decir otra cosa, yo trabajo en el Humanismo-Existencial de Carl Rogers y además tengo mis propios libros, así que tengo mi propia posición inclusive con algunas críticas a Rogers, después de 40 años...críticas en el sentido constructivo, como seguramente un Lacaniano tiene críticas a Lacan o un cognitivista a Beck y Ellis.

Yo creo y esto fue demostrado que si un terapeuta, sea de la línea que sea, no se pone en el lugar de la experiencia del otro, si no se adentra emocionalmente dentro de lo que le está pasando al otro, desde el otro, me parece que no va a ser un buen ayudador, no va a ser un buen terapeuta.

Acá ocurre toda una división de líneas vos lo sabrás, donde algunos dicen escuchar y colocar la propia posición por sobre la del consultante, para mí, para nosotros, el consultante es el que sabe más de sí mismo, nosotros no sabemos, yo no sé nada de vos, si vos fueras mi consultante la que sabe de vos, sos vos, mi tarea es ayudarte a que vos te auto descubras, te auto explores, bueno para eso usaré recursos, técnicas, metodologías.

Como siguiente cosa que se investigó también es esto de la autenticidad del profesional, cuanto más el consultante o paciente sienta que esta ante un profesional que es él y no un personaje o una teoría o una técnica, mucho más es el consultante ayudado. Pero sobre todo cuando el consultante lo percibe eso, es decir nosotros decimos que una cosa es ser empático, auténtico, congruente, genuino, depende que libro leas unos dicen autenticidad, otro dicen genuinidad o congruencia. Los gestálticos creo que le dicen congruencia.

Y después hay otro tema, las dos cosas son importantes siempre que se observen, que el paciente o el consultante se dé cuenta, sino... ¡que empático que soy!

Y el otro tema es en la medida de lo posible ser lo más incondicional que uno pueda, es decir lo menos juzgador, pre juzgador.

Esas tres cosas: empatía, incondicionalidad y congruencia tienen que estar en cualquier terapeuta, después a partir de allí vendrán, creo yo, las diferentes modalidades de intervención, que estarán guiadas por la línea profesional que tenga el colega.]

Aquí siempre me gusta decir, es increíble, hay 350 líneas más o menos estudiadas, creo que hay más, cada uno con su autor, pero en realidad hay 3 grandes movimientos, el psicoanálisis con todo su esquema, el cognitivismo y el humanismo. Después de ahí salen todas las derivaciones, aunque ahora dicen que hay un cuarto, que es lo transpersonal, no sé si has visto algo de esto, algunas personas dicen que está dentro del humanismo... debates, pero yo creo que hay tres.

Yo no soy de los que cree que alguno de los tres tiene la verdad, yo creo que uno tiene que trabajar con lo que se sienta que es coherente con lo que uno es, a mi me ciema más lo que hago, en una época me cerró el psicoanálisis, fui psicoanalista unos años, y después no me gustó mucho su posición arte lo humano, la filosofía de Freud, no coincido, la de Lacan menos, entonces me metí con esta onda existencial, fenomenológica...]

Si estas tres cosas están dadas y la escucha está basada en eso, acá se dividen las aguas.

Unos utilizan esto como un método, que son más los cognitivistas y también ciertos psicoanalistas Americanos sobre todo que es más conductista donde en realidad son empáticos, incondicionales y congruentes, pero para después intervenir con una intervención directiva, una sugerencia, un consejo, un cambio en el sistema de creencias.

Yo no coincido con eso, yo creo que hay que instalarse en ese espacio permanente de empatía, incondicionalidad y congruencia y desde ahí tienen que surgir tus intervenciones, sean cual sean ellas.]

Comentario [U1]: VINCULO TERAPEUTICO (empatía)
MANEJO DE ENTREVISTA (capacidad de escucha)

Comentario [U2]: VINCULO TERAPEUTICO (ponerse en el lugar de la experiencia del otro, adentrarse emocionalmente lo que le está pasando al otro)

Comentario [U3]: VINCULO TERAPEUTICO (empatía, incondicionalidad- no juzgar)
ROL PROFESIONAL (autenticidad profesional, congruente, genuino)

Comentario [U4]: FORMACION DE BASE Y ACTUALIZACION (elección de un modelo teórico)

Comentario [U5]: VINCULO TERAPEUTICO (empatía, incondicionalidad)
ROL PROFESIONAL (congruencia)

Finalmente, se organizó la información en grupos de temas con un mismo significado, detallando los segmentos básicos de información en crudo que pudieran considerarse significativos en relación al tema bajo estudio, de modo que, como resultado, los códigos iniciales se reorganizaron en torno a ocho temas principales (Boyatzis, 1998; Braun & Clarke, 2006). Ver tabla 7.

Tabla 7
Revisión de temas para las competencias clínicas básicas

Códigos iniciales		Grupos de temas
Evaluación Inicial	--->	Proceso diagnóstico
Proceso terapéutico	--->	Diseño, intervenciones y técnicas
Evaluación del proceso	--->	Evaluación y finalización del proceso
Habilidades interpersonales	--->	Vínculo terapéutico
	--->	Manejo de entrevista
Características del terapeuta	--->	Rol profesional
	--->	Variables contextuales y diversidad
Formación	--->	Formación de base y actualización

4.2.1.2.3. Definición y denominación de temas

Una vez que los códigos iniciales se reorganizaron en grupos de temas, se evaluó si cumplían con una serie de premisas para ser considerado competencia clínica básicas para el ejercicio de la psicoterapia. Ver tabla 8.

Tabla 8
Criterios para ser considerado competencia clínica básica

Criterios para competencias clínicas
· Que se tratara de conocimientos, habilidades, actitudes y conductas que remitieran al ejercicio profesional
· Que apareciera como mínimo en la mitad de las entrevistas a expertos
· Que fueran características generales para el ejercicio y que no se remitieran exclusivamente al trabajo con alguna población específica -infantes, niños, adolescentes, adultos, gerontes, ni al tratamiento exclusivo de alguna psicopatología o modalidad de psicoterapia en particular -individual, grupal, familiar o de pareja-

Como resultado, todos los grupos cumplieron las condiciones, excepto Formación de base y actualización, puesto que no refería a habilidades, actitudes y conductas para el ejercicio profesional, sino que se trataba de actividades y experiencias relacionadas con su desarrollo. Ver tabla 9. Por consiguiente, por el momento se lo excluyó del análisis, sin embargo, su contenido fue utilizado posteriormente para el abordaje del segundo objetivo específico. Una vez determinadas las competencias clínicas básicas, se sometió el material a revisión por jueces expertos tal como se detalla a continuación.

Tabla 9
Competencias clínicas básicas

Competencias clínicas básicas
Vínculo terapéutico
Rol profesional
Variables contextuales y diversidad
Manejo de entrevista
Evaluación y finalización del proceso
Proceso diagnóstico
Diseño, intervenciones y técnicas

4.2.1.3. Análisis temático por jueces expertos

Tal como afirman Mieles Barrera, Tonon y Alvarado Salgado (2002), un análisis temático consistente requiere que al menos dos investigadores trabajen con la misma información, codificando cada uno por su lado –doble código– y que luego se comparen sus códigos entre sí. Para lograr este cometido, se convocó a tres jueces expertos en metodología, cuyos criterios de selección se detallaron en el apartado segunda muestra para que analizaran tres de las entrevistas más completas que se obtuvieron, es decir, aquellas de las que se extrajeron la mayor cantidad de grupos de temas. Ver ejemplo en ANEXO 1.

Una vez que acordaban participar de manera anónima y voluntaria, se enviaba por mail la desgrabación textual de tres entrevistas con la siguiente consigna:

“Su tarea consiste en señalar en el archivo de texto palabras, oraciones o párrafos que considere hacen referencia a competencias clínicas básicas- conocimientos, habilidades, actitudes y/o conductas- que los psicoterapeutas deben poseer para el ejercicio de su profesión. Luego, asigne un nombre a cada señalamiento, a modo de síntesis de su contenido”.

Seguidamente, la siguiente definición:

“Para la realización de esta investigación se considera que una competencia es una agrupación de conocimientos, habilidades, capacidades y otros atributos que le permiten a una persona lograr actuar de manera eficaz y dentro de un estándar definido en una situación particular de su ejercicio profesional (International Association of Applied Psychology, 2016)”.

En primer lugar, paso previo a la elaboración de la definición conceptual y operacional de cada variable, se compararon los resultados del análisis temático entre los jueces incluyendo, además, los del autor de la Tesis. Para ello, se elaboró un cuadro de doble entrada con la nominación de cada competencia, donde se ingresaba la información de los participantes. Como resultado, el proceso permitió no solo revisar el contenido previamente determinado, sino también incluir información adicional que no había sido considerada de antemano, proceso detallado en el apartado 4.2.1.5. Ver ejemplo en tabla 10.

Tabla 10
Comparación de los análisis temáticos para las competencias clínicas básicas

Denominación de la COMPETENCIA CLÍNICA BÁSICA	Entrevista 1		
	Juez 1	Juez 2	Juez 3
Extractos de entrevistas a expertos seleccionados por el autor de la Tesis			
<i>Vínculo terapéutico</i>	Escucha empática. Empatía. Aceptación radical del consultante. Capacidad de aceptar la realidad del otro sin imponerse.	Empatía. Capacidad de escucha. Rapport. Escuchar sin prejuizar.	Capacidad empática. Empatía. Capacidad de comprensión, escucha y acompañamiento. No realizar juicios. No prejuizar. Capacidad de establecer buen vínculo terapéutico. Conocimiento de la idiosincrasia del paciente. Respeto por la cosmovisión del paciente. Respeto por el paciente.
<i>Rol profesional</i>	Trabajar de persona a persona, sin perder el rol. Lo más horizontal dentro de la verticalidad que implica el rol. Discriminar lo propio de lo ajeno. Mucho trabajo para evitar que lo personal tuyo se entremezcle con lo personal del consultante. Un terapeuta que es él, no un personaje o una teoría o una técnica. Coherencia. Cuanto más el paciente lo percibe, más es ayudado. Tratar de estar lo más congruente posible mientras estás atendiendo.	Honestidad y autenticidad del terapeuta.	Coherencia. Ser coherente. Autenticidad profesional. Compromiso genuino. Trabajar con las herramientas de la disciplina. Autenticidad. Coherencia. Congruencia.
<i>Variables contextuales y diversidad</i>	Competencia no señalada en la entrevista	Adecuar el estilo personal a las características del paciente. Flexibilidad.	Competencia no señalada en la entrevista. Conocimiento social y cultural de los pacientes.
<i>Manejo de entrevista</i>	Competencia no señalada en la entrevista	Competencia no señalada en la entrevista	Competencia no señalada en la entrevista. Capacidad de escucha. Escucha activa.
<i>Evaluación y finalización del proceso</i>	Estar atento si te está pasando algo determinado, ser cuidadoso para que eso no interfiera y si interfiere derivar.	Competencia no señalada en la entrevista	Competencia no señalada en la entrevista. Capacidad de análisis y reflexión sobre el trabajo realizado.
<i>Proceso diagnóstico</i>	Competencia no señalada en la entrevista	Competencia no señalada en la entrevista	Competencia no señalada en la entrevista
<i>Diseño, intervenciones y técnicas</i>	Integrar recursos verbales, corporales, imaginarios, psicodrama, focusing, gestalt. Primero incorporarlos bien y luego que salgan naturalmente. Depende del tipo de consulta que tengas.	Conocer una amplia gama de técnicas, pero usarlas en función de un modelo. Juicio clínico.	Integrar recursos. Conocer intervenciones y técnicas del modelo teórico con el que uno trabaja. Experiencia técnica. Diseñar en función de lo que el paciente trae como datos. Capacidad de intervención. Ojo clínico.

4.2.1.4. Producción del informe final

Como resultado del proceso del análisis temático de las entrevistas con la participación de expertos en metodología, siguiendo las fases propuestas por Braun y Clarke (2006), se identificaron siete competencias clínicas básicas requeridas para el ejercicio de la psicoterapia, cuyas definiciones conceptuales, se exponen a continuación:

Definiciones conceptuales de las competencias clínicas básicas

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.

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.

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.

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.

Rol profesional. Habilidades 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.

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.

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.

Seguidamente, a partir de los extractos obtenidos en el análisis temático de las entrevistas, se elaboraron las definiciones operacionales que luego serían revisadas por expertos, tal como se detalla en el próximo apartado. Ver ejemplo en tabla 11 y ANEXO 2.

Tabla 11
Ejemplo de definición operacional de un indicador asociado

PROCESO DIAGNÓSTICO
<i>INDICADORES</i>
* Elaborar y refutar hipótesis acerca de la situación que se presenta (etiología, gatillos y factores de mantenimiento, implicaciones del contexto),
*Definición del problema,
* Establecer la distancia entre la situación actual y la deseada,
*Determinar intentos de solución previos,
*Realizar pronóstico,
*Determinar el motivo de consulta,
*Definir foco de trabajo,
*Establecer qué le sucede al consultante considerando su contexto,
*Analizar, interpretar e integrar la información proveniente de las entrevistas y las fuentes externas,
*Reconocer y evaluar críticamente la existencia de enfermedades mentales,
*Establecer metas y prioridades,
*Evaluación de la severidad, riesgo y urgencia del caso,
*Evaluar otros problemas que acompañan: problemas de salud, económicos, sociales,
*Derivar si es necesario,
*Evaluar la necesidad de realizar interconsulta,
*Conocimiento y utilización de los sistemas clasificatorios gnoseológicos vigentes,
*Diagnóstico de las operaciones defensivas, modalidad de afrontamiento, del funcionamiento y estructura de la personalidad,
*Respeto por los datos tal como se presentan,
*Consideración de la totalidad de los datos obtenidos,
*Analizar el paradigma del paciente,
*Determinar tipo de tratamiento: vincular, individual, grupal,
*Determinar frecuencia de tratamiento,
*Interconsulta,
*Contactar a la familia u otros sujetos a cargo si fuera necesario.

4.2.1.5. Revisión final por jueces expertos

Por último, se realizó un juicio de expertos sobre contenido de las entrevistas con el propósito de realizar ajustes en las definiciones conceptuales y operacionales de cada variable, si fuera necesario. Cabe señalar que el establecimiento de los acuerdos interjueces es uno de los componentes esenciales en la demostración de la calidad de las investigaciones, cuya ausencia generaría interpretaciones, conclusiones y resultados de menor grado de validez (Anastasi, 1988; Pedrosa, Suárez-Álvarez & García-Cueto, 2013; Urrutia Egaña, et al., 2014; Wainer & Braun, 1988).

Con este cometido, se otorgaba a los jueces de la segunda muestra tres entrevistas desgrabadas, de las cuales se obtuvieron mayor cantidad de grupo de temas, y un listado de las siete competencias clínicas básicas para la psicoterapia, junto con sus definiciones conceptuales y operacionales. Se brindaba la consigna “*A continuación se presenta un listado de competencias requeridas para el ejercicio de la psicoterapia, realice una lectura detenida de cada entrevista y señale la presencia (1) o ausencia (0) de cada concepto*”. Ver ejemplo en tabla 12.

Tabla 12
Ejemplo juicio de experto para las competencias clínicas básicas

Entrevista 2	Juez 1
<i>Vínculo terapéutico</i>	1
<i>Rol profesional</i>	1
<i>Variables contextuales y diversidad</i>	1
<i>Manejo de entrevista</i>	0
<i>Evaluación y finalización del proceso</i>	1
<i>Proceso diagnóstico</i>	1
<i>Diseño, intervenciones y técnicas</i>	1

Luego, se calculaba el grado de acuerdo entre las respuestas de los participantes, se conservaría el contenido de las entrevistas cuyo consenso superara el 60% tomando el criterio referido por Herrera Rojas (1993), y se reexaminaría lo de menor conformidad. Para su cálculo, se incluyeron las respuestas del autor de la Tesis. Ver tabla 13.

Tabla 13
Acuerdo en el análisis temático por jueces expertos para las competencias clínicas básicas

COMPETENCIAS CLÍNICAS	Porcentaje de acuerdo		
	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3
<i>Vínculo terapéutico</i>	100%	100%	100%
<i>Rol profesional</i>	100%	100%	75%
<i>Variables contextuales y diversidad</i>	50%	100%	100%
<i>Manejo de entrevista</i>	75%	75%	100%
<i>Evaluación y finalización del proceso</i>	50%	100%	75%
<i>Proceso diagnóstico</i>	75%	100%	100%
<i>Diseño, intervenciones y técnicas</i>	100%	100%	100%
<i>Valor total de consenso</i>	79%	96%	93%

Como resultado, el porcentaje de acuerdo total de cada entrevista analizada fue superior al 75% motivo por el cual se conservaron las competencias previamente establecidas. Por otro lado, se excluyeron algunos fragmentos utilizados para la elaboración de las definiciones operacionales de Variables contextuales y diversidad y Evaluación y finalización del proceso, puesto que el grado de acuerdo de ese material fue menor al aceptable.

En síntesis, para la identificación de las competencias clínicas básicas que deben poseer los psicoterapeutas para el ejercicio de su profesión, primer objetivo específico, se realizaron 20 entrevistas semi-dirigidas, que luego se sometieron a un análisis temático en el que complementariamente participaron expertos en metodología quienes actuaron como jueces en diferentes etapas del proceso. A partir de lo antedicho, se identificaron siete competencias denominadas Proceso diagnóstico, Diseño, intervenciones y técnicas, Vínculo terapéutico, Rol profesional, Variables contextuales y diversidad, Manejo de entrevista, Evaluación y finalización del proceso.

4.2.2. Establecimiento de indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas para la psicoterapia

El procedimiento para dar respuesta al segundo objetivo específico, establecer los indicadores asociados al desarrollo de las competencias clínicas básicas para la psicoterapia, fue idéntico al empleado para dar respuesta al primero, incluso se efectuaron en simultáneo. De modo que, a continuación, se presentarán detalladamente los resultados obtenidos, mientras que se abordará en menor medida el método de análisis empleado.

4.2.2.1. Realización de entrevistas semi-dirigidas a expertos

Durante la entrevista a expertos, luego de explorar *¿Cuáles son las competencias clínicas básicas que deben poseer los psicoterapeutas para ejercer su profesión?*, pregunta vinculada al primer objetivo específico, se indagó *¿Qué otros indicadores, experiencias o actividades considera usted están asociados al desarrollo de competencias clínicas para la psicoterapia?* Se motivaba al participante a recordar y describir experiencias concretas con el mayor detalle posible. Ver apartado 4.2.1.1.

4.2.2.2. Análisis temático de las entrevistas

Con el objetivo de procesar la información obtenida durante los encuentros con expertos, y luego de realizar la transcripción textual de cada audio, se empleó el proceso de análisis temático con rigor científico propuesto por Boyatzis (1998) siguiendo las fases propuestas por Braun y Clarke (2006).

4.2.2.2.1. Familiarización con los datos y generación de códigos iniciales

Se procedió a la lectura detenida y reiterada de la transcripción textual de las entrevistas y en simultáneo, se realizaron anotaciones generales, organizando la información en grupos de un mismo significado (Braun & Clarke, 2006). Ver tabla 14.

Tabla 14

Familiarización con los datos y generación de códigos iniciales para los indicadores asociados

Formación	Características del terapeuta
Formación de grado	Salud mental
Elección y dominio de un modelo teórico	Trabajo sobre la propia persona y terapia del terapeuta
Especialización	Desarrollo personal del terapeuta
Formación continua y actualización	Estilo personal
Experiencia de vida y profesional	Autocuidado frente a la tarea
Pertenencia a instituciones y red de terapeutas	Aceptación y disponibilidad cuando el paciente lo requiere
Supervisión	Consistencia y coherencia en su obrar
	Flexibilidad en el encuadre

4.2.2.2.2. Búsqueda y revisión de temas

Tomando como punto de partida los códigos generados previamente, se realizó un análisis exhaustivo de cada entrevista con el objetivo de buscar y revisar los temas que referían a actividades o experiencias vinculadas a la formación y desarrollo de las competencias clínicas básicas, tanto lo señalado fundamental como accesorio, incorporando suficientes datos que aseguraran conservar el contexto de lo expresado por expertos. A modo de ejemplo algunos fragmentos extraídos:

Terapeuta psicoanalista

(...) Analizarse 3 o 4 veces por semana... Solo se puede lograr la convicción de ser analista en tu propio análisis personal, en tu propio diván... Siempre necesitas analizarte... Permite procesar... El conocimiento en análisis es vivencial, vivencias de lo que es ser psicoanalista, el inconsciente se vivencia... Entrar en contacto con el inconsciente te da una convicción enorme, te ensancha la conciencia, la mirada... Te encontrás con el no saber y un intento de encontrar un saber en vos, tolerar eso y búsqueda a través del otro... Es necesario para ejercer... Ser analista es una marca como persona. Importa la persona que sos... Hay gente que no puede ser analista... No se bancan la frecuencia analítica (...)

Terapeuta integrativo

(...) Tener un espacio terapéutico para aprender qué significa ser paciente y tener ciertas cuestiones elaboradas en el momento de intervenir... Requisito básico en principio, necesario... Hay momentos en los que se requiere una ayuda y otros momentos que no... hay

que estar en consonancia con eso... Hay cuestiones básicas que uno tiene que tener elaboradas... Que sepan qué es lo que no pueden... Que no intenten hacer cosas que los pueda dañar (...)

Terapeuta sistémico

(...) Todo lo que promueva el crecimiento de la salud del terapeuta durante toda la carrera y toda la vida profesional. La terapia es útil, necesaria, importante. No toda la vida. Sí, que sea uno de los recursos que tenga el terapeuta. La terapia ayuda a cómo resolver temas en los que esté incluido... Tener como buen hábito pedir ayuda cuando se necesita (...)

Terapeuta humanístico-existencial

(...) Indagación psicológica sobre su propia personalidad para no llevarse por delante cosas gruesas de uno mismo... Forma parte de la formación... No es un agregado del que pueda ser opinable, es imprescindible... Las dificultades... se ven en la formación personal del terapeuta... Impiden u obstaculizan el ejercicio profesional (...)

Terapeuta cognitivo-conductual

(...) Que puedan tener un trabajo personal variado, pasar por distintas psicoterapias, por distintas líneas de trabajo como pacientes, enriquece mucho el ejercicio clínico... amplía la percepción y brinda flexibilidad para aspectos indispensables del ejercicio... necesario realizar en los distintos momentos de la carrera para ver cosas distintas... Al inicio de la carrera tiene que dar un registro personal amplio...adquiera conciencia de su estilo, sus egos, sus esquemas, sus dificultades, sus conflictos y en un segundo momento, porque el ejercicio clínico tiene una fuerte influencia sobre la vida personal... posibilidad de ver entrecruzamientos, entender cómo se da la propia historia... son espacios necesarios sostener que permiten que el terapeuta tenga ciertos niveles de salubridad en el ejercicio clínico (...)

La revisión las anotaciones generales y el análisis individual de cada entrevista permitió nuevos descubrimientos, de modo que, los códigos iniciales se reorganizaron en torno a cinco temas (Boyatzis, 1998; Braun & Clarke, 2006). Ver tabla 15.

Tabla 15

Búsqueda y revisión de temas para los indicadores asociados

Códigos iniciales	Grupos de temas
Formación	Formación de base y actualización Supervisión Pertenencia a instituciones y red de profesionales Experiencia personal y profesional
Características del terapeuta	---> Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo

4.2.2.2.3. Definición y denominación de temas

Seguidamente, se evaluó si los temas identificados cumplían con una serie de premisas para ser considerado indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas para la psicoterapia Ver tabla 16.

Tabla 16

Criterios para ser considerado indicador asociado

Criterios para indicadores asociados
<ul style="list-style-type: none"> · Que se tratara de actividades que directa o indirectamente se encontraran vinculadas a la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades, actitudes y conductas para el ejercicio de la psicoterapia · Que apareciera como mínimo en la mitad de las entrevistas a expertos · Que fueran generales para el ejercicio y que no se remitieran exclusivamente al trabajo con alguna población específica -infantes, niños, adolescentes, adultos, gerontes, ni al tratamiento exclusivo de alguna psicopatología o modalidad de psicoterapia en particular -individual, grupal, familiar o de pareja-

En síntesis, todos los temas relevados cumplieron las condiciones para ser denominados indicadores asociados. Ver tabla 17. Posteriormente, se sometió el material a una revisión por jueces expertos tal como que se detalla a continuación.

Tabla 17
Indicadores asociados al desarrollo de competencias

Indicadores asociados al desarrollo de competencias
Formación de base y actualización
Supervisión
Pertenenencia a instituciones y red de profesionales
Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo
Experiencia personal y profesional

4.2.2.3. Análisis temático por jueces expertos

Simultáneamente, con el objetivo de ajustar los resultados presentados anteriormente, se convocó a tres jueces expertos, cuyos criterios de selección se detallaron en el apartado segunda muestra, para que realizaran un análisis temático a ciegas de tres entrevistas realizadas a los informantes clave, seleccionadas por ser las que permitieron elaborar la mayor cantidad de grupo de temas.

Para ello, se brindaba la consigna:

“Su tarea consiste en señalar en el archivo de texto palabras, oraciones o párrafos que considere hacen referencia a actividades y experiencias asociadas a la formación y desarrollo de competencias cénicas básicas para la psicoterapia. Luego, asigne un nombre a cada señalamiento, a modo de síntesis de su contenido”.

Posteriormente, se compararon los resultados del análisis temático entre los jueces incluyendo incluyendo los del autor de la Tesis. Para ello, se elaboró un cuadro de doble entrada con la nominación de cada indicador, donde se ingresaba la información señalada por cada participante. Como resultado, este proceso permitió no solo se revisar el contenido previamente determinado, sino también incluir información adicional que no había sido considerada de antemano. Ver tabla 18.

Tabla 18
Comparación de los análisis temáticos para los indicadores asociados

		Entrevista 1		
		Juez 1	Juez 2	Juez 3
Denominación del INDICADOR ASOCIADO	Extractos de las entrevistas a expertos seleccionados por el autor de la Tesis			
<i>Formación de base y actualización</i>	Formación en aspectos teóricos clave. Hay que enseñar diferentes líneas/modelos/modalidades, haciendo énfasis en la propia de la institución	Capacidad de integración teórica coherente. Énfasis en el modelo.	Capacitación como forma de adquirir herramientas novedosas e incrementar la experiencia técnica/profesional.	Conocimiento de un marco de referencia/ modelo teórico. Internalización de los conocimientos y capacidad de ponerlos en práctica. Conocimiento de modelos teóricos. Capacidad de articulación teórico-práctica. Capacidad de aprendizaje. Conocimiento de la disciplina/Formación continua, actualización, capacidad de aprendizaje y reflexión.
<i>Supervisión</i>	Imprescindible durante varios años. Supervisión grupal. Covisión, con un par y coordinador. Todos opinan, te tiran ideas, qué te pasa, qué haces. Supervisión clínica exclusivamente: motivo de consulta, qué hacer con el síntoma. Experiencia: que te pasa a vos, si trabajamos eso ayudas a tu paciente. Cada supervisión es como una sesión. Sin que sea terapia. Siempre tiene que haber un colega con experiencia. Discriminar lo ajeno de lo propio.	Supervisión continua.	Supervisión. Consulta con pares.	Indicador que no fue señalado en la entrevista
<i>Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo</i>	Compromiso personal. Tener en claro cómo está uno, trabajarse mucho uno. Trabajo experiencial. Fundamental. Es loco, pero no es obligación. Trabajo corporal: Les cuesta poner el cuerpo. Le sugerimos que vaya al gabinete, tenemos facilitadores grupales. Mucha gente deja por su cuenta. La gente en estado psíquico malo no trabaja, no dura mucho.	Estabilidad y trabajo sobre la propia persona del terapeuta. Terapia propia. Capacidad de trabajar mucho con las propias reacciones experienciales.	Ejercer y conocer aquello que aplica. Conocer las herramientas como usuario. Salud mental.	Conocimiento de sí mismo. Trabajo personal. Capacidad de reflexión y autoanálisis. Conocimiento de sí mismo, de las limitaciones. Conocimiento de lo que le genera el paciente.No poseer patologías.
<i>Experiencia personal y profesional</i>	Todos mis alumnos tienen que tener una práctica real sino no le damos el título, una práctica real con un consultante de verdad, que el consultante sabe que es un alumno. En primer año ya empiezan a hacer role-playing, entre ellos, de nada vale leer un libro, sobre lo que sea si no lo practican. Casualmente, los graduados se reciben sin ver a los consultantes, se reciben sabiendo teorías. Tengo 44 años de terapia, posiblemente entre vos y yo haya una diferencia de algún clínico, posiblemente haya una diferencia de mayor comprensión de alguna dificultad, me asisten menos de algunas cosas... siempre queda algo por descubrir, pero ya vi de todo, y vos no viste todo en tu ser terapia, que es un riesgo también...	Indicador que no fue señalado en la entrevista	Experiencia de vida y de profesión. Experiencia práctica profesional.	Aprendizaje de la experiencia.
<i>Pertenencia a instituciones y red de profesionales</i>	Indicador que no fue señalado en la entrevista	Indicador que no fue señalado en la entrevista	Indicador que no fue señalado en la entrevista	Indicador que no fue señalado en la entrevista

4.2.2.4. Producción del informe final

Como resultado del análisis temático de las entrevistas en el que participaron expertos en metodología, se establecieron cinco indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas para la psicoterapia denominados Formación de base y actualización, Supervisión, Pertenencia a instituciones y red de profesionales, Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo y Experiencia personal y profesional. Seguidamente, se elaboraron las definiciones conceptuales y operacionales. Ver tabla 19 y ANEXO 3.

Definiciones conceptuales de los indicadores asociados al desarrollo de competencias

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.

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.

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.

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.

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.

Tabla 19

Ejemplo de definición operacional de un indicador asociado

PERTENENCIA A INSTITUCIONES Y RED DE PROFESIONALES
<i>INDICADORES</i>
*Perteneencia a institución, foro, comunidad, asociación,
*Trabajo en equipo (médicos, nutricionistas, psiquiatras, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos),
*Asistencia a encuentros con otros académicos,
*Trabajo en hospital o clínica,
*Compartir con colegas las vicisitudes de la práctica profesional,
*Compartir el trabajo que se realiza, discutir y compartir opiniones,
*Realización de residencias, concurrencias,

4.2.2.5. Revisión final por jueces expertos

Por último, se realizó un juicio de expertos sobre el contenido de las entrevistas con el propósito de realizar ajustes en las definiciones conceptuales y operacionales de cada variable, si fuera necesario. Se otorgaba a los jueces de la segunda muestra el listado de indicadores identificados, junto con sus respectivas definiciones conceptuales y operacionales, para que marcaran su presencia o ausencia en las entrevistas facilitadas.

Luego, se calculaba el grado de acuerdo entre las respuestas de los participantes, incluyendo la evaluación realizada por el autor de la Tesis. Con base en el criterio referido por Herrera Rojas (1993), se conservaría el contenido de las entrevistas cuyo consenso superara el 60% y se reexaminaría el de menor conformidad.

Como resultado, los valores totales de consenso de cada entrevista analizada fueron aceptables, motivo por el cual se conservaron todos los indicadores previamente establecidos. Por otro lado, se excluyeron algunos fragmentos utilizados para la elaboración de la definición operacional de Pertenencia a instituciones y red de profesionales puesto que el grado de acuerdo de ese material fue menor a lo aceptable. Ver tabla 20.

Tabla 20

Acuerdo en el análisis temático por jueces expertos para los indicadores asociados

INDICADORES ASOCIADOS	Porcentaje de acuerdo		
	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3
Formación de base y actualización	100%	100%	100%
Supervisión	75%	75%	100%
Pertenencia a instituciones y red de profesionales	100%	50%	100%
Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo	100%	75%	100%
Experiencia personal y profesional	75%	75%	75%
<i>Valor total de consenso</i>	90%	75%	95%

En síntesis, con el propósito de establecer los indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas para la psicoterapia, segundo objetivo específico, se realizaron 20 entrevistas semi-dirigidas, que luego se sometieron a un análisis temático en el que complementariamente participaron expertos en metodología, quienes actuaron como jueces en diferentes etapas del proceso. A partir de lo antedicho, se establecieron cinco indicadores asociados denominados Formación de base y actualización, Supervisión, Pertenencia a instituciones y red de profesionales, Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo, y Experiencia personal y profesional.

A partir de la identificación de las competencias clínicas básicas requeridas para el ejercicio de la psicoterapia y los indicadores asociados a su desarrollo, se elaboró un instrumento para su evaluación denominado *Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas*.

4.2.3. Construcción de un instrumento para la evaluación de las competencias clínicas identificadas y los indicadores asociados a su desarrollo

En este apartado se detallará el desarrollo del tercer objetivo específico, la construcción de un instrumento para la evaluación de las competencias clínicas identificadas y los indicadores asociados a su desarrollo, herramienta denominada *Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP)*.

4.2.3.1. Elaboración del sistema de evaluación

En primer lugar, a partir de la revisión bibliográfica y la consulta a los expertos en metodología que conformaron la segunda muestra, se analizó la modalidad más conveniente para evaluar tanto las competencias clínicas básicas como los indicadores asociados a su desarrollo (Mikulic, 2007).

Como resultado, siguiendo los lineamientos sugeridos en la literatura especializada, se incorporaron diferentes formatos de evaluación con motivo de favorecer la valoración efectiva de las variables y otorgar mayor fiabilidad al instrumento (Eva & Regehr, 2005; Leigh et al., 2007; Steward et al., 2000).

Con base en los criterios de economía de recursos y tiempo, se convino con los expertos que por un lado, mediante la resolución de casos clínicos se evaluarían las competencias clínicas básicas: Proceso diagnóstico y Diseño, intervenciones y técnicas. Se elaborarían cinco breves descripciones de caso, con alto grado de verosimilitud con la práctica profesional y diferentes interrogantes para ponderar cada competencia.

Por otro lado, puesto que la evaluación efectiva de competencias, de manera óptima, contiene medidas de autoinforme (Eva & Regehr, 2005; Leigh et al., 2007; Steward et al., 2000), se emplearía el formato autoevaluación para Vínculo terapéutico, Rol profesional, Variables contextuales y diversidad, Manejo de entrevista, Evaluación y finalización del proceso y Diseño, intervenciones y técnicas.

Cabe aclarar que se generó un debate acerca de la modalidad de evaluación más ventajosa para la competencia Diseño, intervenciones y técnicas. De ahí que, para su valoración se acordó utilizar las dos metodologías, resolución de casos clínicos y autoevaluación.

Por último, la modalidad encuesta sería empleada para evaluar los indicadores asociados: Formación de base y actualización, Supervisión, Pertenencia a instituciones y red de profesionales, Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo y Experiencia personal y profesional. Se confeccionaría una serie de preguntas acerca de actividades y experiencias asociadas a la formación y desarrollo de las competencias clínicas para la psicoterapia.

4.2.3.2. Redacción de ítems

En segundo lugar, una vez definido el sistema de evaluación, y, a partir de las definiciones conceptuales y operacionales de cada variable, provenientes del desarrollo del “OE1” y “OE2” (Ver apartado 4.2.1.2.3 y 4.2.2.2.3) se elaboraron los reactivos siguiendo las pautas convencionales para la redacción de ítems de prueba (Nunnally, 1991; Osterlind, 1990; Tornimbeni et al., 2004). 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 posible- en su mayoría de menos de 20 vocablos-. Ver tabla 21. A continuación, se detalla el proceso de redacción de consignas, ítems y opciones de respuesta.

Tabla 21

Criterios de elaboración de ítems

Pautas para la elaboración de ítems

(Aiken, 2003; Briones, 2003; Padua, 1996)

-
- 1. Unívoco:** tener una sola interpretación posible, inconfundible y precisa.
 - 2. Inequívoco:** lenguaje claro y preciso, evitando interpretaciones erróneas.
 - 3. Adaptado:** su contenido está acorde con el objeto de estudio y participante.
 - 4. Suficiente:** contiene todos los aspectos considerados fundamentales.
 - 5. Claro:** ser formulado en lenguaje sencillo y directo:
 - * Vigilar que la construcción gramatical no sea mayor a 20 palabras.
 - * Evitar negaciones y dobles negaciones.
 - * Evitar adjetivos y adverbios no específicos o universales.
 - 6. Neutral:** evitar reflejar un juicio favorable o desfavorable con respecto a una actitud.
 - 7. Pertinente:** acorde a la variable en estudio
-

4.2.3.2.1. Resolución de casos clínicos

Inicialmente, se elaboró la 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*”. Seguidamente, se redactaron cinco viñetas preliminares, tomando en consideración los criterios establecidos en la bibliografía especializada (Evans et al., 2015; Ganong & Coleman, 2006; Hughes, 1998; Hughes & Huby, 2002; Jenkins, Bloor, Fischer, Berney & Neale, 2010; Veloski, Tai, Evans & Nash, 2005; Wallander, 2009, 2012). Ver tabla 22 y 23.

Tabla 22

Criterios para la elaboración de viñetas clínicas

Criterios utilizados para la elaboración de viñetas clínicas

(Evans et al., 2015)

-
1. Estar derivadas de la literatura y/o experiencia clínica
 2. Ser claras, con adecuada gramática, sintaxis y ortografía y cuidadosamente editadas
 3. Redactadas lo más breve posible
 4. Seguir una narrativa o progresión como si fuera una historia o un relato
 5. Seguir una estructura y estilo similar en todas las viñetas del estudio
 6. Utilizar el tiempo presente -pasado solo para información histórica y antecedentes-
 7. Asemjarse a personas reales, no a una personificación de síntomas y comportamientos
 8. Evitar detalles engañosos y contenido bizarro
 9. Resaltar las variables clave de interés facilitando los efectos experimentales
 10. Facilitar la involucración y la reflexión de los participantes mediante la inclusión de elementos vagos o ambiguos
 11. Cubrir todas las variables pertinentes
-

Tabla 23

Viñetas clínicas versión piloto

CASO 1

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.

CASO 2

Silvia consulta porque vio la publicidad de asistencia psicológica gratuita en un centro de salud cerca de su barrio. Como una amiga consultó, creyó que era pertinente pedir una entrevista para ella también. Está separada, pero por razones económicas comparte el mismo techo con su ex marido y sus hijos. Afirma que siente culpa porque años atrás fue infiel con su vecino, quien en la actualidad está internado por adicción, últimamente lo visita en la comunidad terapéutica y se encuentra próximo al alta, esto la tiene ansiosa.

CASO 3

Jacqueline de 16 años de nacionalidad boliviana consulta muy angustiada porque sus padres no la dejan salir ni juntarse con sus compañeros de colegio. Cuenta que la comunidad a la que pertenece no acepta que las mujeres tengan contacto con personas ajenas a la colectividad y que sus padres quieren que ella vaya al colegio y trabaje en la verdulería familiar. Expresa que sus padres desconocen que ha consultado y que esta situación la agobia, ha considerado dejar su hogar, pero no sabe dónde ir.

CASO 4

Marta tiene 78 años, es jubilada, vive sola, tiene dos hijos varones y nietos. Llega a consulta muy angustiada, abatida. Le cuesta expresarse verbalmente porque a medida que construye su relato la angustia aumenta y llora. Durante el último año ha experimentado marcadas dificultades para conciliar el sueño y falta de apetito, le preocupa enfermarse y ser una carga para sus hijos. Cree que se está volviendo inútil para realizar ciertas tareas. Participaba en actividades de su barrio, pero ha perdido el interés.

CASO 5

Vanina de 42 años concurre a consulta porque su hija Sol de 5 años tiene Trastorno Generalizado del Desarrollo. Se encuentra cansada, desorientada, expresa que está nerviosa y angustiada por la cantidad de turnos con diferentes profesionales que tiene semanalmente. Cree que las dificultades que presenta la niña se deben a la mala relación que tenía con su ex pareja.

Simultáneamente, se redactaron 19 reactivos, que se presentarían junto a cada caso, solicitando la toma de decisiones y juicio clínico sobre la situación descrita. Se acordó el formato de cada uno con los expertos en metodología de la segunda muestra, de acuerdo a la conceptualización de cada competencia y atendiendo a lo que mejor se ajustara para la recolección y posterior análisis de los datos. Como resultado, algunos ítems contaban con formato de respuesta múltiple-choice mientras que otros eran de respuesta breve. Ver tabla 24.

Tabla 24

Ítems casos clínicos versión piloto

ÍTEMES RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS		
	Proceso diagnóstico	Respuesta
<i>Motivo de consulta</i>	¿Cuál es el motivo de consulta?	Breve
<i>Generación de hipótesis</i>	Genere una hipótesis acerca de la situación que se presenta	Breve
<i>Diagnóstico categorial</i>	¿Qué diagnóstico categorial asignaría al consultante?	Breve
<i>Mecanismos de defensa</i>	Determine los mecanismos de defensa que predominan	Breve
<i>Mecanismos de afrontamiento</i>	Determine los mecanismos de afrontamiento que predominan	Breve
<i>Severidad del caso</i>	Estime la severidad del caso	Múltiple-choice
<i>Riesgo de vida</i>	¿Existe riesgo para sí o para terceros?	Múltiple-choice
<i>Urgencia de la consulta</i>	¿Se trata de una consulta urgente?	Múltiple-choice
<i>Necesidad de interconsulta</i>	¿Realizaría interconsulta?	Múltiple-choice
<i>Problemática de ciclo vital</i>	¿Considera que se trata de problemática de ciclo vital?	Múltiple-choice
<i>Problemas asociados</i>	¿Acompañan otros problemas?	Múltiple-choice
<i>Inicio de proceso terapéutico</i>	¿Comenzaría un proceso terapéutico?	Múltiple-choice
<i>Pronóstico sí</i>	¿Cuál es el pronóstico SI la persona realiza psicoterapia?	Múltiple-choice
<i>Pronóstico no</i>	¿Cuál es el pronóstico si NO realiza psicoterapia?	Múltiple-choice
	Diseño, intervenciones y técnicas	Respuesta
<i>Tipo de tratamiento</i>	Determine el tipo de tratamiento indicado	Múltiple-choice
<i>Objetivo de tratamiento</i>	Establezca al menos un objetivo de tratamiento	Breve
<i>Frecuencia de tratamiento</i>	Determine la frecuencia del tratamiento	Múltiple-choice
<i>Duración del tratamiento</i>	Estime la duración del tratamiento	Múltiple-choice
<i>Técnicas de intervención</i>	¿Cuáles son las técnicas que considera altamente probable usted utilizaría para asistir al paciente?	Breve

Abreviando, en la versión piloto, para la evaluación de las competencias Proceso diagnóstico y Diseño, intervenciones y técnicas, se elaboraron 5 viñetas de casos y 19 ítems que atravesarían un proceso de revisión de forma y contenido para determinar la pertinencia de su inclusión, proceso que se detallará en el apartado 4.2.3.3. Mientras que el resto de las competencias serían evaluadas mediante formato de autoreporte.

Seguidamente, se redactaron las respuestas modelo, aquellas que mejor se ajustaran a la resolución de los interrogantes planteados. Para ello, se solicitó a los revisores del instrumento con mayor experiencia profesional, criterios detallados en la tercera muestra, que

completaran la versión depurada de la ECCBP.

Las respuestas elaboradas eran lo suficientemente amplias como para atender a las especificidades lingüísticas y técnicas de cada modelo, motivo por el cual los revisores pertenecían a diferentes modelos teóricos, además, en la mayoría de los casos, se presentaba más de una contestación correcta. Cada ítem podría ser calificado como *correcto/completo* (2 puntos), *correcto/parcialmente completo* (1 punto) o *incorrecto/incompleto* (0 puntos).

Finalmente, se obtendrían valores para cada competencia realizando una suma simple de las respuestas de los ítems y, adicionalmente, se podían analizar los resultados por caso. Ver tabla 25.

Tabla 25

Puntajes viñetas clínicas

Puntajes viñeta clínica	
	Proceso diagnóstico (PD)
	<i>PD Caso 1 + PD Caso 2 + PD Caso 3</i>
Competencia	Diseño, intervenciones y técnicas (DIT)
	<i>DIT Caso 1 + DIT Caso 2 + DIT Caso 3</i>

4.2.3.2.2. Autoevaluación

A continuación, para la autoevaluación de las competencias Vínculo terapéutico, Rol profesional, Variables contextuales y diversidad, Manejo de entrevista, Evaluación y finalización del proceso y Diseño, intervenciones y técnicas, se elaboró la consigna " *Indique su nivel de competencia para...*". A fin de responder, se brindaría una escala Likert, de 5 puntos " *Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente*", puesto que es una de las estimaciones sumatorias más utilizadas en psicología (Mikulic, 2007). En simultáneo, a partir de las definiciones conceptuales y operacionales, se redactaron 63 ítems piloto, cuya forma y contenido sería revisado posteriormente. Ver ejemplo en tabla 26. Por último, se obtendrían puntajes para cada una de las competencias realizando una suma simple de las respuestas de sus ítems.

Tabla 26

Ejemplos ítems piloto para la autoevaluación de competencias clínicas básicas

VÍNCULO TERAPÉUTICO
Indique su nivel de competencia para...
Establecer alianza terapéutica
Generar confianza y calidez
Brindar apoyo y estímulo social y afectivo
Mostrar curiosidad e interés por los sentimientos, pensamientos, conductas y condiciones de vida del paciente
Transmitir aceptación e incondicionalidad de las vivencias que relata el paciente
Compromiso en aliviar el sufrimiento
Disponibilidad cuando lo requieren (responder llamados, programar encuentros adicionales)
Adoptar la perspectiva del otro frente a situaciones de la vida cotidiana
Reconocer y comprender las intenciones del consultante
Reconocer y comprender el estado emocional del consultante
Brindar respuestas apropiadas al estado del ánimo o sentimientos del paciente
Detectar y resolver amenaza o ruptura del vínculo terapéutico
Resolver malos entendidos
Relacionarse con familiares y allegados del paciente
VARIABLES CONTEXTUALES Y DIVERSIDAD
Indique su nivel de competencia para...
Tolerar situaciones, opiniones y visiones diferentes a las propias
Utilizar lenguaje accesible considerando las características del paciente y contexto donde se desempeña
Comprender el lenguaje de pacientes de diversas características vitales, sociales, culturales, políticas y económicas
Trabajar con pacientes de diferente origen étnico y cultural
Trabajar con pacientes pertenecientes a diversas religiones
Trabajar con pacientes cuya ideología política difiere significativamente de la propia
Trabajar con personas de diferente procedencia social y económica
Trabajar con pacientes que pertenezcan a familias cuya estructura difiere significativamente de la propia
Adaptar la tarea a las condiciones sociales, económicas y políticas del país
<u>Adaptar la tarea a la normativa de la institución de trabajo (Ej. duración y cantidad de sesiones disponibles)</u>

Cabe recordar que, para la valoración de Diseño, intervenciones y técnicas (DIT), se acordó utilizar dos metodologías, de aquí en más los resultados de la escala DIT que se obtuvieran mediante viñeta clínica se llamarían *Diseño, Intervenciones y técnicas I* y los provenientes de la autoevaluación serán *Diseño, Intervenciones y técnicas II*. Ver apartado 4.2.3.1.

4.2.3.2.3. Encuesta

La ECCBP tenía como objetivo evaluar, no solo las competencias clínicas básicas para el ejercicio de la psicoterapia, sino también los indicadores asociados a su desarrollo. Para ello, se utilizó la modalidad encuesta bajo la consigna: “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”.

Seguidamente, se elaboraron 34 ítems piloto para los indicadores Formación de base y actualización, Experiencia personal y profesional, Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo, Supervisión y Pertenencia a instituciones y red de profesionales. Se utilizó formato múltiple-choice, en algunos casos con respuesta múltiple y en otros con opciones excluyentes, de acuerdo a lo pactado con los expertos en metodología de la segunda muestra 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. Ver ejemplo tabla 27.

Tabla 27

Evaluación mediante encuesta para el indicador Formación de base y actualización

FORMACIÓN DE BASE Y ACTUALIZACIÓN	
<i>Ítem</i>	<i>Respuesta</i>
¿Con qué modelo psicoterapéutico se identifica predominantemente? Sistémico/ Psicoanálisis/ Integrativo/ Humanístico-existencial-/Cognitivo-conductual/Otro:_____	Opciones excluyentes
¿Tiene formación en otro modelo terapéutico? Puede marcar más de una: Sistémico/ Psicoanálisis/ Integrativo/ Humanístico-existencial-/Cognitivo-conductual/Otro:_____	Respuesta múltiple
¿Ha realizado alguno de los siguientes posgrados en relación a su trabajo como psicoterapeuta? Puede marcar más de una: No/ Diplomatura/Especialización/ Maestría/Doctorado/ Otro:_____	Respuesta múltiple
¿Cuándo fue el último curso/entrenamiento que realizó relacionado con su trabajo como psicoterapeuta? Menos de 6 meses/ Entre 6 meses y 1 año/ Más de un año.	Opciones excluyentes
¿Cuándo fue la última vez que leyó un artículo de revista indexada en relación a su trabajo como psicoterapeuta ? No lo hice/ No lo recuerdo/ Este mes/ Entre 1 mes y 6 meses/ Entre 6 meses y 1 año/ Más de un año.	Opciones excluyentes

Las respuestas permitirían obtener datos descriptivos del evaluado, no serían calificadas numéricamente y, como se desarrollará en el Estudio 2, serían utilizados para dar respuesta al “OE5” y “OE7”. Ver capítulo 5.

Por último, luego de establecer el sistema de evaluación, redactar los ítems y determinar la modalidad de respuesta para cada competencia e indicador, se sometió el material piloto a una exhaustiva revisión de formato y contenido, realizado en conjunto con los revisores del instrumento pertenecientes a la tercera muestra.

4.2.3.3. Revisión de la versión piloto

La ECCBP (*Versión piloto*) tenía como objetivo evaluar las competencias clínicas básicas identificadas y los indicadores asociados a su desarrollo. Para lo primero, se elaboraron 5 situaciones clínicas en formato de viñeta con 19 interrogantes y 63 ítems de autoevaluación, para lo segundo, 34 reactivos que formarían parte de una encuesta.

Consecutivamente, siguiendo las indicaciones de Tornimbeni et al., (2004), se llevó a cabo un procedimiento sistematizado para revisar y depurar los ítems y, en simultáneo estudiar la validez de contenido del instrumento. Para ello, se entregó la ECCBP (*versión piloto*) a cinco psicoterapeutas con diferente nivel de experiencia profesional, denominados revisores del instrumento, cuyas características se detallaron en el apartado tercera muestra, para que juzgaran su composición a partir de los criterios: dificultad, verosimilitud, suficiencia, coherencia y relevancia. Ver tabla 28.

Tabla 28

Criterios para la revisión del instrumento

Casos clínicos	
<i>Dificultad</i>	El escenario permitirá diferenciar a los sujetos de acuerdo a su nivel de competencia
<i>Verosimilitud</i>	El escenario presentado se asemeja a una situación clínica real
<i>Suficiencia</i>	La información brindada será suficiente para dar respuesta al interrogante
Ítems del caso clínico, autoevaluación y encuesta	
<i>Coherencia</i>	Relación lógica del ítem con competencia que se está midiendo
<i>Relevancia</i>	Importancia del ítem, necesidad de ser incluido

Por un lado, se presentaba una Escala Likert de cinco puntos, cuyos extremos eran *Muy poco adecuado-Muy adecuado*, para estudiar los criterios dificultad, verosimilitud, coherencia y relevancia. Seguidamente, se calculaba 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 0,00 hasta 1,00; este último indicaría perfecto consenso entre expertos sobre el material de evaluación (Aiken, 1980; 1985, 2003).

Debido a la complejidad del cálculo, se utilizó un software desarrollado por Merino y Livia (2009) ingresando: 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 calculaba 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 & Livia Segovia, 2009).

Por otra parte, la evaluación del criterio suficiencia contaba con una respuesta dicotómica, “*SÍ-NO*”, por consiguiente, se calculaba el porcentaje de consenso entre expertos, considerando adecuados aquellos ítems cuyo acuerdo superara el 60% tal como recomienda Herrera Rojas (1993). Adicionalmente, para la revisión y ajuste del protocolo se brindaban espacios para consignar comentarios, sugerencias y dudas que permitieran ajustar el instrumento a la población estudiada.

A continuación, se detallarán los resultados del examen de los ítems, en primer lugar, los que se utilizarían para la evaluación de las competencias clínicas básicas, cuyo formato era resolución de casos y autoevaluación y, en segundo lugar, los que conformarían la encuesta sobre los indicadores asociados al desarrollo de las competencias identificadas.

4.2.3.3.1. Resolución de casos clínicos

En primera instancia, se solicitó a los revisores del instrumento estimar la dificultad de cada situación clínica, entendido como el grado en que cada viñeta permitiría diferenciar a los sujetos de acuerdo a su nivel de competencia, y, además, su verosimilitud, es decir, el valor en que cada escenario se asemejaba a una situación clínica real. Para ello, se proporcionaba una escala Likert de cinco puntos, cuyos extremos eran *Muy poco adecuado-Muy adecuado*. Ver tabla 29.

Tabla 29

Ejemplo de caso clínico presentado a los revisores del instrumento

CASO 1

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.

DIFICULTAD VEROSIMILITUD	COHERENCIA	RELEVANCIA	SUFICIENCIA
<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>			
<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>			
Proceso diagnóstico			
¿Cuál es el motivo de consulta?	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
Genere una hipótesis acerca de la situación que se presenta	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
¿Qué diagnóstico categorial asignaría al consultante?	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
Determine los mecanismos de defensa que predominan.	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
Determine los mecanismos de afrontamiento.	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
Estime la severidad del caso	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
¿Existe riesgo para sí o para terceros?	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
¿Se trata de una consulta urgente?	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
¿Realiza interconsulta?	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
¿Considera que se trata de problemática de ciclo vital?	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
¿Acompañan otros problemas?	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
¿Comenzaría un proceso terapéutico?	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
¿Cuál es el pronóstico SI la persona realiza psicoterapia?	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
¿Cuál es el pronóstico si NO realiza psicoterapia?	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
Diseño, intervenciones y técnicas			
Determine el tipo de tratamiento indicado	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
Establezca al menos un objetivo de tratamiento	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
Determine la frecuencia del tratamiento	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
Estime la duración del tratamiento	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>
¿Cuáles son las técnicas que considera altamente probable utilizaría para asistir al paciente?	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>Muy poco adecuado 1-2-3-4-5 Muy adecuado</i>	<i>SI-NO</i>

Seguidamente, mediante un software desarrollado por Merino Soto y Livia Segovia (2009) se calculaba el coeficiente V de Aiken, técnica para cuantificar el grado de acuerdo entre expertos sobre un material (Aiken, 1980; 1985; Merino Soto & Livia Segovia, 2009). Los casos cuyos valores fueran inferiores a 0,70 empleando un intervalo de confianza del 90% serían eliminados del protocolo final.

Como resultado, todas las viñetas clínicas presentaban niveles aceptables de verosimilitud (V de Aiken $>0,70$). Mientras que, en cuanto a dificultad, el caso 4 y 5 presentaban valores menores a los aceptables (V de Aiken $>0,70$). Ver tabla 30 y 31. De acuerdo a lo antedicho, luego de realizar ajustes de contenido, el caso 4 fue conservado para el protocolo final, mientras que el Caso 5 sería excluido.

Tabla 30

Revisión de viñetas clínicas: criterio dificultad

DIFICULTAD				
	Promedio jueces	V Aiken	Inferior	Superior
<i>Caso 1</i>	3.8	0.7	0.51	0.83
<i>Caso 2</i>	3.8	0.7	0.51	0.83
<i>Caso 3</i>	3.8	0.7	0.51	0.83
<i>Caso 4</i>	3.4	0.6	0.41	0.75
<i>Caso 5</i>	3.4	0.6	0.41	0.75
Total	3.64	0.66	0.47	0.8

Tabla 31

Revisión de viñetas clínicas: criterio verosimilitud

VEROSIMILITUD				
	Promedio jueces	V Aiken	Inferior	Superior
<i>Caso 1</i>	4.8	0.95	0.8	0.98
<i>Caso 2</i>	4.2	0.8	0.62	0.9
<i>Caso 3</i>	4.2	0.8	0.62	0.9
<i>Caso 4</i>	4.6	0.9	0.73	0.96
<i>Caso 5</i>	4	0.75	0.56	0.87
Total	4.36	0.84	0.66	0.93

En segunda instancia, se juzgaron los 19 reactivos piloto que se presentarían junto con cada viñeta clínica. Por un lado, se solicitó calificar el criterio coherencia, entendido como la relación lógica del enunciado con la competencia que se está midiendo, y por otro, la

relevancia, definida como la importancia del ítem y la necesidad de ser incluido en el protocolo.

Ver tabla 32 y 33.

Como consecuencia, siguiendo el proceso de análisis y pautas de interpretación detallados anteriormente, se descartaron tres ítems por presentar valores por debajo de lo aceptable (V de Aiken $>0,70$) en los criterios coherencia y relevancia. Por un lado, los reactivos *Mecanismos de defensa* y *Mecanismos de afrontamiento*, que además los revisores del instrumento señalaron que no correspondería evaluarlo en todos los modelos teóricos, y el ítem *Técnicas*, que adicionalmente los revisores advirtieron que cuantificar sus respuestas podría presentar dificultades.

Tabla 32

Revisión de viñetas clínicas: criterio coherencia

COHERENCIA				
	Promedio jueces	V Aiken	Inferior	Superior
Proceso diagnóstico				
Motivo de consulta	5	1.00	0.88	1.00
Generación de hipótesis	4	0.75	0.56	0.87
Diagnóstico categorial	5	1.00	0.88	1.00
Mecanismos de defensa	2.8	0.45	0.28	0.62
Mecanismos de afrontamiento	3	0.5	0.32	0.67
Severidad del caso	3.8	0.7	0.51	0.83
Riesgo de vida	5	1.00	0.88	1.00
Urgencia de la consulta	4	0.75	0.56	0.87
Necesidad de interconsulta	5	1.00	0.88	1.00
Problemática de ciclo vital	4.8	0.95	0.80	0.98
Problemas asociados	4.6	0.9	0.73	0.96
Inicio de proceso terapéutico	5	1.00	0.88	1.00
Pronóstico 1	4.8	0.95	0.80	0.98
Pronóstico 2	4	0.75	0.56	0.87
Subtotal escala	4.34	0.83	0.66	0.92
Diseño, intervenciones y técnicas				
Tipo de tratamiento	4	0.75	0.56	0.87
Objetivo de tratamiento	4	0.75	0.56	0.87
Frecuencia de tratamiento	4	0.75	0.56	0.87
Duración del tratamiento	4	0.75	0.56	0.87
Técnicas	2.8	0.45	0.28	0.62
Subtotal escala	3.76	0.69	0.50	0.82
Total escala	4.05	0.76	0.58	0.88

Tabla 33

Revisión de viñetas clínicas: criterio relevancia

RELEVANCIA				
	Promedio jueces	V Aiken	Inferior	Superior
Proceso diagnóstico				
Motivo de consulta	5	1.00	0.88	1.00
Generación de hipótesis	4	0.75	0.56	0.87
Diagnóstico categorial	4.8	0.95	0.80	0.98
Mecanismos de defensa	1.6	0.15	0.17	0.312
Mecanismos de afrontamiento	3	0.5	0.32	0.67
Severidad del caso	3.8	0.7	0.51	0.83
Riesgo de vida	5	1.00	0.88	1.00
Urgencia de la consulta	4	0.75	0.56	0.87
Necesidad de interconsulta	5	1.00	0.88	1.00
Problemática de ciclo vital	4.8	0.95	0.80	0.98
Problemas asociados	3.4	0.6	0.41	0.75
Inicio de proceso terapéutico	5	1.00	0.88	1.00
Pronóstico 1	4	0.75	0.56	0.87
Pronóstico 2	4.2	0.8	0.62	0.90
Subtotal escala	4.11	0.77	0.59	0.89
Diseño, intervenciones y técnicas				
Tipo de tratamiento	4	0.75	0.56	0.87
Objetivo de tratamiento	4.6	0.9	0.73	0.96
Frecuencia de tratamiento	4.6	0.9	0.73	0.96
Duración del tratamiento	4.6	0.9	0.73	0.96
Técnicas	3.4	0.6	0.41	0.75
Subtotal escala	4.24	0.8	0.63	0.91
<hr/>				
	Promedio	V Aiken	Inferior	Superior
Total escala	4.18	0.79	0.61	0.9

En tercer lugar, mediante una pregunta con formato de respuesta dicotómica “*SÍ-NO*”, se indagó si el contenido de las viñetas clínicas sería suficiente para resolver cada uno de los interrogantes, se calculaba el porcentaje de acuerdo entre expertos, considerando adecuados los ítems que superaban el 60% tal como recomienda Herrera Rojas (1993). Ver tabla 34.

Como resultado, se encontró que el Caso 1 y el Caso 2 presentaban valores inferiores a los aceptables (V de Aiken $>0,70$), en cuanto al primero se completó la descripción de la situación clínica y se lo conservó para la versión final, en tanto el segundo fue excluido del protocolo.

Tabla 34

Revisión de viñetas clínicas: análisis del criterio suficiencia

<i>Proceso diagnóstico</i>	SUFICIENCIA				
	Caso 1	Caso 2	Promedio Caso 3	Caso 4	Caso 5
Motivo de consulta	80	40	100	100	100
Generación de hipótesis	80	80	80	100	80
Diagnóstico categorial	40	20	80	100	80
Mecanismos de defensa	20	20	20	40	20
Mecanismos de afrontamiento	40	60	40	80	60
Severidad del caso	40	40	100	100	100
Riesgo de vida	60	60	80	80	100
Urgencia de la consulta	80	40	100	80	100
Necesidad de interconsulta	60	40	60	100	80
Problemática de ciclo vital	80	40	100	100	80
Problemas asociados	40	40	80	80	80
Inicio de proceso terapéutico	80	80	100	100	100
Pronóstico 1	40	60	100	100	100
Pronóstico 2	80	60	100	80	100
Subtotal escala	58.57	48.57	81.43	88.57	84.29
<i>Diseño, intervenciones y técnicas</i>					
Tipo de tratamiento	60	80	80	100	100
Objetivo de tratamiento	60	60	80	100	80
Frecuencia de tratamiento	60	60	80	100	80
Duración del tratamiento	60	40	60	100	80
Técnicas	60	40	80	60	60
Subtotal escala	60	56	76	92	80
Total escala	59.29	52.29	78.71	90.29	82.14

Recapitulando, en primera instancia para la ECCBP se elaboraron cinco viñetas clínicas y 19 interrogantes. A partir del proceso de revisión y depuración, se eliminaron los casos 2 y 5 por presentar valores por debajo de lo esperable en los criterios dificultad y verosimilitud (V de Aiken $>0,70$). Además, se descartaron tres ítems de la escala Proceso diagnóstico y 1 ítem de Diseño, intervenciones y técnicas I por presentar valores bajos en los criterios de relevancia (V de Aiken $>0,70$) y suficiencia (Acuerdo $>60\%$). Simultáneamente, se realizaron ajustes en el contenido de los Casos 1 y 4 para atender a los criterios dificultad y suficiencia respectivamente.

4.2.3.3.2. Autoevaluación

Siguiendo el mismo esquema, se solicitó a los revisores que evaluaran el grado de coherencia y relevancia de los ítems de autoevaluación, cuyas respuestas se analizaron calculando el coeficiente V de Aiken. Los ítems cuyos niveles de acuerdo fueran menores al valor de referencia aceptable (V de Aiken $>0,70$) serían excluidos de la ECCB versión final.

En simultáneo, se realizaron los ajustes que los revisores proponían en los espacios de sugerencias y observaciones. Ver tabla 35.

Tabla 35

Depuración de ítems para la autoevaluación de competencias clínicas básicas

AUTOEVALUACIÓN DE COMPETENCIAS			
Vínculo terapéutico	Coherencia	Relevancia	Observación de expertos
Compromiso en aliviar el sufrimiento			Ítem poco claro
Disponibilidad cuando lo requieren (responder llamados, programar encuentros adicionales)		0,67	
Resolver malos entendidos	0,67	0,67	
Relacionarse con familiares y allegados del paciente	0,37	0,32	Ítem poco claro. Solo aplica a una población específica
Rol profesional	Coherencia	Relevancia	Observación de expertos
Aplicar en su propia persona procedimientos, sugerencias o actividades que se indican al paciente	0,51	0,6	
Tomar distancia de las situaciones que presenta el paciente	0,56		
Manejar contactos fuera de las entrevistas pautadas	0,51	0,6	Ítem poco claro
¿Indica o ha indicado alguno de los siguientes recursos a sus pacientes?	0,55	0,37	
Manejo de entrevista	Coherencia	Relevancia	Observación de expertos
Capacidad de encontrar y seguir un tema			Ajuste de redacción: encontrar, proponer y seguir

4.2.3.3.3. Encuesta

Del mismo modo, mediante el cálculo del coeficiente V de Aiken, se estimó el grado acuerdo en la valoración de los criterios coherencia y relevancia de los ítems que formarían parte de la encuesta para la evaluación de los indicadores asociados a las competencias clínicas identificadas. Los ítems cuyos niveles de consenso fueran menores a V de Aiken 0,70 serían excluidos de la ECCB versión final. Ver tabla 36.

Tabla 36

Depuración de los ítems de la encuesta para los indicadores asociados

ENCUESTA		
	Coherencia	Relevancia
Formación de base y actualización		
¿Ha tenido o tiene un mentor que lo ha apoyado al introducirse en la disciplina?	0,56	0,56
¿Se encuentra acreditado/certificado como psicoterapeuta por alguna institución?	0,65	0,62
¿Se encuentra suscrito a alguna revista indexada en relación a su trabajo como psicoterapeuta?	0,65	0,55
¿Qué tipo de textos suele leer?	0,6	0,51
¿Cuántos libros ha leído el año pasado?	0,51	0,67
¿Con qué frecuencia lee material que no esta relacionado con su profesión?	0,6	0,6
Pertenencia a instituciones y red de profesionales		
¿Pertenece a alguna institución o asociación de profesionales?	0,56	0,56
Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo		
¿Cuándo fue la última vez que concurrió al médico?	0,65	0,46
¿Se encuentra en tratamiento por alguna enfermedad?	0,65	0,46
¿Se encuentra medicado con algún psicofármaco?	0,6	0,6

Adicionalmente, el protocolo de la ECCBP (*versión piloto*) contaba con espacios para consignar comentarios, sugerencias y observaciones que permitieran ajustar el instrumento a la población estudiada, tanto en contenido y formato como en vocabulario y gramática. Como consecuencia, no solo se formalizaron las modificaciones señaladas por escrito sino también se incluyó otra instancia de análisis, los revisores del instrumento de la tercera muestra fueron entrevistados para recabar información adicional y lograr mayor precisión en proceso de depuración.

4.2.3.4. Desarrollo del instrumento definitivo

Recapitulando, inicialmente, a partir de las definiciones conceptuales y operacionales de cada competencia e indicador asociado, se estableció el sistema de evaluación más adecuado para cada variable. Siguiendo los lineamientos sugeridos en la literatura especializada, se incorporaron diferentes formatos de evaluación, por un lado, resolución de casos y autoevaluación para las competencias clínicas y, por otro lado, encuesta para los indicadores asociados.

Seguidamente se redactaron las consignas, ítems y opciones de respuesta que constituirían la ECCBP (*versión piloto*) que, luego, sería sometida a una exhaustiva revisión tanto de contenido y formato como de vocabulario y gramática, de acuerdo a los criterios dificultad, verosimilitud, suficiencia, coherencia y relevancia. Consecuentemente, se conservaron las viñetas e ítems cuyas puntuaciones eran aceptables (A de Aiken > 0,70 o Promedio > 60%).

Por último, se realizaron los ajustes necesarios atendiendo a los comentarios, sugerencias y observaciones señalados por los revisores del instrumento en el protocolo piloto. Adicionalmente, algunos fueron entrevistados con el propósito de corregir y eliminar elementos confusos y/o inadecuados.

4.2.3.4.1. *Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP).*

Versión definitiva

El instrumento *Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas* tiene como objetivo ponderar las competencias clínicas básicas para el ejercicio de la psicoterapia e indicadores asociados a su desarrollo. Para ello, se utilizan tres formatos de evaluación, por un lado, resolución de casos clínicos y autoevaluación, para las competencias clínicas, y, por otro, la modalidad encuesta para los indicadores asociados. La versión definitiva está conformada por 122 ítems, y para completarlo se requieren aproximadamente 45 minutos.

4.2.3.4.1.1. *Resolución de casos clínicos*

En primer lugar, para la evaluación de las competencias Proceso diagnóstico y Diseño, intervenciones y técnicas I se presentan tres descripciones clínicas con 15 interrogantes para cada situación con la siguiente consigna: “*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*”. El análisis de consistencia interna de los ítems de las viñetas, mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach, arroja un nivel de confiabilidad moderado ($\alpha = 0,54$) (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista Lucio, 2014).

Por último, las respuestas se califican, como correcta/completa (*2 puntos*), correcta/parcial (*1 punto*) o incorrecta (*0 puntos*), de acuerdo a las claves de corrección donde se exponen las respuestas modelo elaboradas por expertos. Ver anexo 6. Tal como se muestra en la tabla 19, mediante la resolución de los casos se arriba a un puntaje por competencia que se calcula mediante una suma simple de las calificaciones de los ítems que la componen.

Tabla 37

ECCBP: Ítems definitivos para la evaluación de las competencias clínicas básicas mediante viñetas clínicas

Competencia clínica	Ítems	Puntajes ítem		Puntaje escala	
		Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Proceso diagnóstico	11	0	2	0	33
Diseño, intervenciones y técnicas I	4	0	2	0	12

4.2.3.4.1.2. Autoevaluación

En segundo lugar, se evalúan las competencias Vínculo terapéutico, Rol profesional, Variables contextuales y diversidad, Manejo de entrevista, Evaluación y finalización del proceso y Diseño, intervenciones y técnicas II mediante la consigna: "*Indique su nivel de competencia para...*" que se responde utilizando una escala Likert de 5 puntos, cuyos extremos son "*Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente*".

Seguidamente, se calcula un promedio de las repuestas que conforman cada escala y eso constituye el puntaje total para cada competencia cuyo mínimo es 1 y máximo 5. Adicionalmente, se realizaron estudios de confiabilidad para cada escala, se informan los coeficientes Alfa de Cronbach para ponderar la consistencia interna en la tabla 38.

Tabla 38

ECCBP: Ítems definitivos para la autoevaluación de las competencias clínicas básicas

Competencia clínica	Ítems	Alfa de Cronbach	Puntajes ítem		Puntaje escala	
			Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Vínculo terapéutico	10	0,833	1	5	10	50
Rol profesional	9	0,715	1	5	9	45
Variables contextuales y diversidad	10	0,853	1	5	10	50
Manejo de entrevista	10	0,845	1	5	10	50
Evaluación y finalización del proceso	9	0,86	1	5	9	45
Diseño, intervenciones y técnicas II	7	0,797	1	5	7	35

4.2.3.4.1.3. Encuesta

Por último, la ECCBP permite evaluar los indicadores asociados al desarrollo de las competencias clínicas básicas mediante una encuesta compuesta por 22 ítems. Ver tabla 39. Para ello, se brinda la consigna: *“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”*. Las respuestas obtenidas permitían obtener información cualitativa sobre experiencias o actividades asociadas al desarrollo de las competencias clínicas para la psicoterapia. El instrumento definitivo junto con las claves de corrección se encuentra en el ANEXO 5 y 6.

Tabla 39

ECCBP: Ítems definitivos para la evaluación de los indicadores asociados

Indicadores asociados	Ítems
Formación de base y actualización	5
Experiencia personal y profesional	5
Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo	4
Supervisión	4
Pertenencia a instituciones y red de profesionales	5

Capítulo 5

Segundo estudio: “Evaluación de las competencias clínicas básicas para la psicoterapia e indicadores asociados a su desarrollo”

El segundo estudio se realizó para dar respuesta a los últimos cuatro objetivos específicos de esta investigación:

OE4. Describir las competencias clínicas básicas que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina.

OE5. Describir los indicadores asociados al desarrollo de las competencias clínicas básicas que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina.

OE6. Evaluar la existencia de diferentes niveles de competencias clínicas básicas de acuerdo a la experiencia profesional en una muestra de de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y residentes en diferentes provincias de Argentina.

OE7. Examinar la relación entre las competencias clínicas básicas y los indicadores asociados a su desarrollo en una muestra de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina.

5.1. Metodología

5.1.1. Diseño y tipo de estudio

Se utilizó una metodología cuantitativa y un diseño no experimental, transversal de tipo descriptivo (Ver “*OE4* y *OE5*”) y correlacional (Ver “*OE6* y *OE7*”).

5.1.2. Muestra

Para responder a los interrogantes planteados, se utilizó una muestra intencional no probabilística, participaron 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: a. poseer título de grado de Psicólogo o Lic. en Psicología 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.

Los partícipes eran 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 (Modesto & Klinar, 2013, 2014, 2015). La edad oscilaba 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 (Fernández-Álvarez, 1992) 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).

Posteriormente, con el objetivo de profundizar los análisis, se dividió la muestra en cuartiles. El grupo de *Recién graduados* estuvo conformado por profesionales sin experiencia profesional y aquellos que tenían hasta 2 años de trabajo profesional (n=148) denominado así

debido al tiempo transcurrido entre la finalización de la cursada, emisión del título y la matriculación, el grupo de *Principiantes* entre 3 y 4 años (n=88), *Intermedios* entre 5 y 9 años (n=144) y *Avanzados* los que poseían 10 o más años de experiencia (n=154). No se hallaron asociaciones significativas entre la distribución de sexo y la pertenencia a un grupo ($X^2 = 6.223$ $p > ,05$) ni según el tipo de universidad ($X^2 = 3,646$ $p > ,05$). Por último, se observa una correlación positiva entre experiencia profesional y edad ($\rho=.718$, $p < ,001$) concordantes con la división de grupos por cantidad de años de experiencia ($p < ,001$). Ver tabla 40.

Tabla 40

División de la muestra por cuartiles

Grupo	Sexo	Universidad	Edad
<i>Recién graduados: hasta 2 años de experiencia (n= 148)</i>	Femenino: 86,5% (n=128) Masculino: 13,5% (n=20)	Pública: 56,8% (n=84) Privada: 43,2% (n=64)	Media: 30,03 DE: 6,462 Mediana: 28 Min: 21 Max:53
<i>Principiantes: entre 3 y 4 años de experiencia (n= 88)</i>	Femenino: 83 % (n=73) Masculino: 17 % (n=15)	Pública: 51,1 % (n=45) Privada: 48,9% (n=43)	Media: 32,01 DE: 6,391 Mediana: 30 Min: 25 Max: 59
<i>Intermedios: entre 5 y 9 años de experiencia (n=144)</i>	Femenino: 85,4% (n=123) Masculino: 14,6% (n=21)	Pública: 60,4% (n=87) Privada: 39,6% (n=57)	Media: 34,45 DE: 5,791 Mediana: 33 Min: 27 Max: 67
<i>Avanzados: de 10 o más años de experiencia (n=154)</i>	Femenino: 76,6% (n=118) Masculino: 23,4% (n=36)	Pública: 63% (n=97) Privada: 37% (n=57)	Media: 45,47 DE: 9,792 Mediana: 43 Min: 33 Max: 70

5.1.3. Instrumentos

Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP) tiene como objetivo evaluar las Competencias Clínicas Básicas para el ejercicio de la Psicoterapia y los indicadores asociados a su desarrollo mediante tres modalidades de evaluación: resolución de casos clínicos, autoevaluación y encuesta. Se requieren aproximadamente 45 minutos para completar el protocolo de 122 ítems en total.

La primera parte, resolución de casos clínicos, tiene como objetivo evaluar las competencias: Proceso diagnóstico y Diseño, intervenciones y técnicas I. Para ello, se presentan viñetas clínicas e interrogantes.

Se compone de 3 viñetas clínicas con la siguiente consigna: “*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*” y 15 interrogantes para cada caso.

Mientras que la escala Proceso diagnóstico está compuesta por 11 ítems por caso, Diseño, intervenciones y técnicas I presenta 4 ítems por caso. En total se obtienen 45 respuestas de los sujetos, cada una se puntúa como correcta/completa (*2 puntos*), correcta/parcial (*1 punto*) o incorrecta (*0 puntos*). La consistencia interna del total de ítems arroja un nivel de confiabilidad aceptable $\alpha = .541$ (Hernández-Sampieri et al., 2014).

La segunda parte, autoevaluación de competencias tiene como objetivo evaluar la autopercepción de 6 Competencias Clínicas Básicas: Vínculo terapéutico, Rol profesional, Variables contextuales y diversidad, Manejo de entrevista, Evaluación y finalización del proceso y Diseño, intervenciones y técnicas II mediante la siguiente consigna: “*Indique su nivel de competencia para...*” y se responde mediante una escala Likert de 5 puntos “*Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente*”.

Se encuentra conformada por 55 ítems divididos en 6 escalas: Vínculo terapéutico (10 ítems), Rol profesional (9 ítems), Variables contextuales y diversidad (10 ítems), Manejo de entrevista (10 ítems), Evaluación y finalización del proceso (9 ítems) y Diseño, intervenciones y técnicas II (7 ítems). Se calcula un promedio de las repuestas que conforman cada escala y eso constituye el puntaje total para cada competencia cuyo mínimo es 1 y máximo 5.

Se han realizado estudios de confiabilidad para cada escala cuyos valores demostraron ser aceptables (Hernández-Sampieri et al., 2014). 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 II $\alpha = ,797$.

La tercera parte, tiene como objetivo evaluar los indicadores asociados al desarrollo de las competencias clínicas básicas mediante una encuesta compuesta por 22 ítems, para Formación de base y actualización (5 ítems), Supervisión (4 ítems), Pertenencia a instituciones y red de profesionales (5 ítems), Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo (4 ítems) y Experiencia personal y profesional (4 ítems). Se brinda la consigna: “*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*” lo que permite obtener información cualitativa acerca de actividades o experiencias relacionadas al desarrollo de las competencias clínicas básicas.

5.1.4. Procedimiento

Se utilizó un *muestreo por conveniencia* (Hernández-Sampieri et al., 2014) solicitando difusión de la convocatoria a los Colegios y Asociaciones de Psicólogos de las diferentes provincias pertenecientes a la Federación de Psicólogos de la República Argentina: *regional centro* conformado por: Colegio de Psicólogos de Córdoba, Colegio de Psicólogos de Entre Ríos y Colegio de Psicólogos de Santa Fe; *regional noroeste* conformado por: Colegio de Psicólogos de Catamarca, Colegio de Psicólogos de Jujuy, Colegio de Psicólogos de La Rioja, Colegio de Psicólogos de Salta, Colegio de Psicólogos de Santiago del Estero y Colegio de Psicólogos de Tucumán; *regional cuyo* conformado por: Colegio de Psicólogos de Mendoza, Colegio de Psicólogos de San Juan y Colegio de Psicólogos de San Luis; *regional sur* conformado por: Colegio de Psicólogos de Chubut, Colegio de Psicólogos de La Pampa, Colegio de Psicólogos de Neuquén, Colegio de Psicólogos de Río Negro y Colegio de Psicólogos de Santa Cruz; *región noreste* conformado por: Colegio de Psicólogos de Chaco, Asociación Red de Psicólogos de Corrientes, Colegio de Psicólogos de Misiones y Asociación de Psicólogos Formosa. Además, se hizo extensiva la invitación a los Colegios de Psicólogos de Buenos Aires en sus 15 distritos: Bahía Blanca, Trenque Lauquen, Junín, Pergamino, Zárate,

Luján, Chivilcoy, Azul, Necochea, Mar del Plata, La Plata, Quilmes, Lomas de Zamora, Morón y San Isidro. Para ello, se escribía un correo electrónico personalizado a cada organización. Algunos solicitaron evaluar el plan de tesis y contar con una carta de auspicio de la universidad antes de autorizar el envío masivo de la invitación a los colegiados.

De igual modo, se invitó a participar a diferentes universidades, instituciones y organismos públicos y privados dedicados a la formación de grado y posgrado de psicólogos desde diferentes enfoques teóricos, servicios de salud mental de clínicas y sanatorios privados, centros de salud comunitarios y consultorios privados. Generalmente, se realizaba el contacto inicial con un referente, ya sea profesional, jefe de servicio, coordinador de área, secretarios y/o encargados de alquiler de consultorios mediante correo electrónico, donde se explicaba la finalidad del proyecto de investigación y las condiciones de participación.

Simultáneamente, durante dos meses se publicó diariamente la convocatoria en páginas y redes sociales de las que los Psicólogos y Lic. en Psicología forman parte. En el primer acercamiento, se realizaba una breve explicación del estudio y se contactaba por privado a los interesados para brindar mayor detalle. Durante todo el proceso, se utilizó la técnica de recolección *de muestra bola de nieve* exponencial (Alloati, 2014; Otzen & Manterola, 2017; Penrod, Presto, Cain & Starks, 2003), los participantes convocaban a otros colegas reenviando la invitación por mail o poniéndolo en contacto con el autor de la Tesis.

El protocolo se encontraba disponible en formato electrónico, siguiendo los lineamientos éticos de las investigaciones por internet (Roussos, Braun & Olivera, 2013). Los interesados podían acceder a la *ECCBP* mediante un link enviado por mail junto con las instrucciones. Además, contaba con formato de lápiz y papel para psicoterapeutas que deseaban participar, pero no se encontraban familiarizados con el uso de documentos electrónicos o

preferían realizarlo bajo esta modalidad. Para ello, se acercaron formularios impresos y anillados a diversos consultorios y organizaciones mencionadas previamente.

En todos los casos, la participación era anónima y voluntaria, y se dejaba constancia de su conformidad para participar de la investigación. Solo fueron analizados los protocolos que cumplían las dos condiciones mencionadas previamente: a. poseer título de grado Lic. en Psicología o Psicólogos emitido por una universidad argentina y b. llevar a cabo su práctica profesional en este territorio tener la intención de hacerlo, en el caso de los recién graduados.

5.1.5. Análisis de datos

Con el fin de cumplimentar los cuatro objetivos planteados, se analizaron los datos mediante el *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* para Windows versión 22.0.

OE4. Con el objetivo de describir las competencias clínicas básicas que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina, se realizaron análisis descriptivos -media, desvío, mínimo y máximo- de los puntajes de las competencias clínicas básicas obtenidos en la resolución de casos clínicos y autoevaluación de la ECCBP.

OE5. Con el propósito de describir los indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina, se realizaron análisis descriptivos -frecuencias y porcentajes- de las respuestas obtenidas en la encuesta de indicadores asociados a las competencias clínicas básicas de la ECCBP.

OE6. Con motivo de evaluar si existen diferentes niveles de competencias clínicas básicas según la experiencia profesional en una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes

en diferentes provincias de Argentina se analizaron los datos en diferentes fases.

En primer lugar, se analizó distribución de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov para medir el grado de concordancia existente entre los datos y la distribución normal. Los niveles de significación fueron $p < 0,05$ y con el objetivo de respetar la distribución hallada en las variables se utilizaron pruebas no paramétricas para el análisis de datos.

En segundo lugar, se estudió la experiencia profesional como variable continua y dado su nivel escalar, se utilizó la prueba Rho de Spearman para analizar la correlación entre las competencias clínicas básicas y la cantidad de años de experiencia profesional.

En tercer lugar, se estudió la variable años de experiencia a través de intervalos obteniendo un carácter ordinal para efectuar un análisis más detallado. Por consiguiente, se dividió la muestra en cuartiles y se analizaron las diferencias entre los grupos de experiencia estudiados mediante la prueba de Kruskal Wallis.

Por último, dado que esta prueba estadística solo permite establecer si dos muestras aleatorias e independientes proceden de una misma población y no indica cuáles son los grupos que se diferencian, se realizaron comparaciones entre cada uno de los grupos utilizando la prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes.

OE7. Finalmente, para examinar la relación entre las competencias clínicas básicas y los indicadores asociados a su desarrollo en una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina, se compararon los puntajes de la ECCBP obtenidos en la resolución de casos y autoevaluación para las competencias y los provenientes de la encuesta para los indicadores. Para ello, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para analizar los ítems de la encuesta que contaban con opciones de respuesta excluyentes y la prueba de Kruskal Wallis para analizar los ítems de respuesta múltiple. En este último caso, adicionalmente,

mediante Rho de Spearman, se analizó la relación entre la cantidad de respuestas indicadas y las competencias clínicas básicas.

5.2. Resultados

5.2.1. Descripción de las competencias clínicas básicas que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina.

Con el objetivo de describir las competencias clínicas básicas que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina, se realizaron análisis descriptivos -media, desvío estándar, mínimo y máximo- de los puntajes de las competencias clínicas básicas obtenidos en la ECCBP.

Mediante la resolución de casos de la ECCBP se evaluaban las competencias Proceso Diagnóstico y Diseño, intervenciones y técnicas I. Para ello, se presentaban tres descripciones clínicas con 15 interrogantes para cada situación. Las respuestas se califican, como completa/correcta (*2 puntos*), correcta/parcial (*1 punto*) o incorrecta (*0 puntos*), de acuerdo a las claves de corrección donde se exponen las respuestas modelo. Finalmente, se calcula un promedio de las respuestas que conforman cada escala y eso constituye el puntaje total para cada competencia cuyo mínimo es 0 y máximo 2.

A partir del análisis de los resultados de la ECCBP, se observa que tanto la competencia Proceso diagnóstico $M= 1,33$; $DE= 0,158$ como Diseño, intervenciones y técnicas I $M= 1,35$; $DE= 0,232$ presentan valores próximos. A continuación, se desarrollan los datos obtenidos de cada competencia.

5.2.1.1. Proceso diagnóstico

Los valores de competencia Proceso diagnóstico de los psicoterapeutas que participaron de la investigación tienen una media de $M= 1,33$; $DE= 0,158$. Tomando en consideración que el puntaje mínimo es 0 y el máximo 2, los terapeutas obtendrían en promedio el 66,55% del puntaje posible.

En primer lugar, se observa que, la tarea realizada con menor precisión ha sido generar hipótesis acerca de las situaciones clínicas presentadas ($M=0,65$; $DE=0,33$) lo que refleja que obtienen solo el 32,5% del puntaje posible.

Seguidamente, en la determinación del motivo de consulta se obtuvo el 58% del puntaje posible ($M=1,16$; $DE=0,44$), 59,5% en establecimiento de diagnóstico ($M=1,19$; $DE=0,66$), 60 % en estimación del riesgo ($M=1,20$; $DE=0,45$), 62 % en urgencia de la consulta ($M=1,24$; $DE=0,51$), 68,5% en evaluación de la presencia de problemática de ciclo vital ($M=1,37$; $DE=0,37$), 71,5 % en evaluación de la necesidad de interconsulta ($M=1,43$; $DE=0,48$) y 74,5 % en estimación de la severidad ($M=1,49$; $DE=0,42$).

Por último, las tareas que los psicoterapeutas realizaron con mayor nivel de competencia son: estimación del pronóstico si el consultante no realiza un proceso terapéutico con el 78,5% del puntaje posible ($M=1,57$; $DE=0,41$), determinación de la pertinencia de inicio de proceso terapéutico con el 81 % ($M=1,62$; $DE=0,15$), y, la mayor habilidad, con un 87 % en la realización de pronóstico si la persona concurre a psicoterapia ($M=1,74$; $DE=0,28$). En la tabla 41 se detallan los valores de cada ítem.

Tabla 41

Análisis descriptivos de la competencia Proceso Diagnóstico

Casos clínicos

Proceso diagnóstico	M	DE	Mín	Máx
Motivo de consulta	1,16	0,44	0,00	2,00
Hipótesis	0,65	0,33	0,00	2,00
Diagnóstico	1,19	0,66	0,00	2,00
Severidad	1,49	0,42	0,33	2,00
Riesgo	1,20	0,45	0,00	2,00
Urgencia	1,24	0,51	0,00	2,00
Interconsulta	1,43	0,48	0,00	2,00
Ciclo Vital	1,37	0,37	0,00	2,00
Inicio de proceso	1,62	0,15	0,50	2,00
Pronóstico con psicoterapia	1,74	0,28	0,00	2,00
Pronóstico sin psicoterapia	1,57	0,41	0,00	2,00

5.2.1.2. Diseño, intervenciones y técnicas I

Los valores de competencia Diseño, intervenciones y técnicas I de los psicoterapeutas que participaron de la investigación presentan una media de $M= 1,35$; $DE=0,23$. Tomando en consideración que el puntaje mínimo es 0 y el máximo 2, los terapeutas obtuvieron en promedio el 67,5 % del puntaje posible.

La tarea realizada con menor nivel de competencia fue la determinación del objetivo de tratamiento en la que los participantes obtienen el 53,5% del puntaje posible ($M=1,07$; $DE=0,66$). Seguidamente, la determinación del tipo de tratamiento 71 % ($M=1,42$; $DE=0,39$) y la estimación de la duración del tratamiento 71,5% ($M=1,43$; $DE=0,36$). El valor de competencia más alto se obtuvo en el establecimiento de la frecuencia de tratamiento con el 82 % del puntaje posible ($M=1,64$; $DE=0,34$). En la tabla 42 se detallan los valores de cada ítem.

Tabla 42

Análisis descriptivos de la competencia Diseño, intervenciones y técnicas I

Diseño, intervenciones y técnicas	M	DE	Mín	Máx
Tipo de tratamiento	1,42	0,39	0,00	2,00
Objetivo de tratamiento	1,07	0,66	0,00	2,00
Frecuencia	1,64	0,34	0,00	2,00
Duración	1,43	0,36	0,67	2,00

Por otra parte, mediante autoevaluación se ponderaban las competencias: Vínculo terapéutico, Rol profesional, Variables contextuales y diversidad, Manejo de entrevista, Evaluación y finalización del proceso y Diseño, intervenciones y técnicas II. Para ello, los terapeutas respondían utilizando una escala Likert de 5 puntos, cuyos extremos eran “*Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente*”. Seguidamente, se calculaba el promedio de las repuestas que conforman cada escala y eso constituía el puntaje total para cada competencia cuyo mínimo era 1 y máximo 5.

Como resultado, se observa que los participantes presentan mayor nivel de competencia en Variables contextuales y diversidad $M=4,23$; $DE=0,541$, seguido de Manejo de entrevista $M=4,03$; $DE=0,536$ y el menor nivel de competencia se presenta en Diseño, intervenciones y técnicas II $M=3,57$; $DE=0,652$. Ver tabla 43. A continuación, se detallan los resultados de cada competencia.

Tabla 43

Análisis descriptivos de las competencias ponderadas mediante autoevaluación

Autoevaluación de competencias					
	M	DE	Me	Mín	Máx
Vínculo terapéutico	3.98	0.500	3.90	2,00	5,00
Rol profesional	3.64	0.566	3.67	2,00	5,00
Variables contextuales y diversidad	4.23	0.541	4.30	2,00	5,00
Manejo de entrevista	4.03	0.536	4.00	2,00	5,00
Evaluación y finalización del proceso	3.90	0.560	3.89	2,00	5,00
Diseño, intervenciones y técnicas II	3.57	0.652	3.57	2,00	5,00

5.2.1.3. Vínculo terapéutico

El nivel de competencia Vínculo terapéutico fue de $M=3,98$; $DE= 0,05$ lo que representa el 79,6% del puntaje posible. La tarea que se evaluó con menor nivel de competencia fue detectar y resolver amenazas o rupturas del vínculo terapéutico con el 68,6% del puntaje posible ($M= 3,43$; $DE=0,854$) y brindar respuestas apropiadas al estado de ánimo o sentimientos del paciente con el 74,4% ($M=3,72$; $DE=0,084$).

Seguidamente, se han obtenido puntajes entre el 75 y 85% para reconocer y comprender las intenciones del consultante con 75,4% (M=3,77; DE=0,086), 75,6% adoptar la perspectiva del otro frente a situaciones de la vida cotidiana (M=3,78; DE=0,93), 77,8% transmitir aceptación e incondicionalidad de las vivencias que relata el paciente (M=3,89; DE= 0,874), 82,6% reconocer y comprender el estado emocional del consultante (M=4,13; DE=0,178), 82,8% brindar apoyo y estímulo social y afectivo (M=4,14; DE=0,472) y 83,8% establecer alianza terapéutica (M=4,19; DE=0,719).

Por último, las tareas con mayor nivel de autopercepción de competencia fueron demostrar curiosidad e interés por los sentimientos, pensamientos, conductas y condiciones de vida del consultante con un 86,2% (M=4,31; DE=0,757) y generar confianza y calidez con 88% (M=4,4; DE=0,643). En la tabla 44 se detallan los valores de cada ítem.

Tabla 44

Análisis descriptivos de la competencia Vínculo Terapéutico

VÍNCULO TERAPÉUTICO				
	M	DE	Mín	Máx
Establecer alianza terapéutica	4,19	0,719	1	5
Generar confianza y calidez	4,40	0,643	1	5
Brindar apoyo y estímulo social y afectivo	4,14	0,742	1	5
Mostrar curiosidad e interés por los sentimientos, pensamientos, conductas y condiciones de vida	4,31	0,757	1	5
Transmitir aceptación e incondicionalidad de las vivencias que relata el paciente	3,89	0,874	1	5
Adoptar la perspectiva del otro frente a situaciones de la vida cotidiana	3,78	0,938	1	5
Reconocer y comprender las intenciones del consultante	3,77	0,806	1	5
Reconocer y comprender el estado emocional del consultante	4,13	0,718	1	5
Brindar respuestas apropiadas al estado del ánimo o sentimientos del paciente	3,72	0,804	1	5
Detectar y resolver amenaza o ruptura del vínculo terapéutico	3,43	0,854	1	5

5.2.1.4. Rol profesional

La media que obtuvieron los participantes en la competencia Rol profesional fue M= 3,64; DE= 0,566 que representa el 72,8% del puntaje posible. Las tareas que se percibieron con menor nivel de competencia fueron relatar anécdotas o vivencias personales con fines

terapéuticos con el 62,4% (M=3,12; DE=1,258), el cobro y ajuste de honorarios con 63,8 % (M=3,19; DE=1,108) y finalizar la entrevista en el horario planificado con 68 % (M=3,4; DE=1,142).

La autopercepción de competencia en las tareas cuyos puntajes logran entre el 70 y 80% del máximo posible son: autocuidado frente a la toxicidad de la tarea 70,2% (M=3,51; DE=1,075;), señalar al paciente actitudes o conductas que transgreden el encuadre pautado 72,2% (M=3,61; DE=0,996), 78,4% mostrar coherencia entre sus sentimientos, pensamientos y conductas frente al consultante (M=3,92; DE=0,82) y 78,4% reconocer y manejar implicaciones personales durante el proceso terapéutico (M=3,92; DE=0,865).

Por último, las tareas con mayor nivel de autopercepción de competencias fueron: evitar realizar comentarios con otras personas acerca de anécdotas o vivencias de los pacientes con el 80% (M= 4; DE=1,024) y dominio y autocontrol emocional durante el ejercicio profesional con el 81% (M=4,05; DE= 0,849). En la tabla 45 se detallan los puntajes de cada ítem.

Tabla 45

Análisis descriptivos de la competencia Rol Profesional

ROL PROFESIONAL				
	M	DE	Mín	Máx
Mostrar coherencia entre sus sentimientos, pensamientos y conductas frente al paciente	3,92	0,820	1	5
Relatar anécdotas o vivencias personales con fines terapéuticos	3,12	1,258	1	5
Dominio y autocontrol emocional durante el ejercicio profesional	4,05	0,849	1	5
Reconocer y manejar implicaciones personales durante el proceso terapéutico	3,92	0,865	1	5
Auto cuidado frente a la toxicidad de la tarea	3,51	1,075	1	5
Señalar al paciente actitudes o conductas que transgreden el encuadre pautado	3,61	0,996	1	5
Finalizar la entrevista en el horario planificado	3,40	1,142	1	5
Cobro y ajuste de honorarios	3,19	1,108	1	5
Evitar comentar con otras personas anécdotas o vivencias del paciente	4,00	1,024	1	5

5.2.1.5. Variables contextuales y diversidad

La media que obtuvieron los participantes en la competencia Variables contextuales y diversidad fue M= 4,23; DE=0,541 que representa el 84,6 % del puntaje máximo posible.

La tarea con menor nivel de autopercepción de competencia ha sido adaptar la tarea a la normativa de la institución de trabajo con un 77% del puntaje máximo posible (M=3,85; DE=0,99). Seguidamente, todas las tareas han reportado valores mayores al 80 % del puntaje máximo posible: tolerar situaciones, opiniones y visiones diferentes a las propias 82,6% (M=4,13; DE=0,828), trabajar con pacientes de diferente origen étnico y cultural 83,2% (M=4,16; DE=0,907), adaptar la tarea a las condiciones sociales, económicas y políticas del país 83,2% (M=4,16; DE=0,821), trabajar con pacientes cuya ideología política difiere significativamente de la propia 83,6% (M=4,18; DE=0,895), trabajar con pacientes pertenecientes a diversas religiones 84,6% (M=4,23; DE=0,889), comprender el lenguaje de pacientes de diversas características vitales, sociales, culturales, políticas y económicas 86,6% (M=4,33; DE=0,73), utilizar lenguaje accesible considerando las características del contexto donde se desempeña 87,4% (M=4,37; DE=0,746).

Finalmente, las tareas que obtuvieron mayores valores de autopercepción de competencia fueron: trabajar con personas de diferente procedencia social y económica con el 89,2% del puntaje máximo posible (M=4,46; DE=0,702) y trabajar con pacientes que pertenecen a familias cuya estructura difiere significativamente de la propia con el 89,4% (M=4,47; DE=0,678). En la tabla 46 se detallan los valores de cada ítem.

Tabla 46

Análisis descriptivos de la competencia Variables contextuales y diversidad

VARIABLES CONTEXTUALES Y DIVERSIDAD				
	M	DE	Mín	Máx
Tolerar situaciones, opiniones y visiones diferentes a las propias	4,13	0,828	1	5
Utilizar lenguaje accesible considerando las características del contexto donde se desempeña	4,37	0,746	2	5
Comprender el lenguaje de pacientes de diversas características vitales, sociales, culturales, políticas y económicas	4,33	0,730	2	5
Trabajar con pacientes de diferente origen étnico y cultural	4,16	0,907	1	5
Trabajar con pacientes pertenecientes a diversas religiones	4,23	0,889	1	5
Trabajar con pacientes cuya ideología política difiere significativamente de la propia	4,18	0,895	1	5
Trabajar con personas de diferente procedencia social y económica	4,46	0,702	2	5
Trabajar con pacientes que pertenecen a familias cuya estructura difiere significativamente de la propia	4,47	0,678	1	5
Adaptar la tarea a las condiciones sociales, económicas y políticas del país	4,16	0,821	1	5
Adaptar la tarea a la normativa de la institución de trabajo	3,85	0,990	1	5

5.2.1.6. Manejo de entrevista

La media que obtuvieron los participantes en la competencia Manejo de entrevista fue de $M= 4,03$; $DE= 0,536$ que representa un 80,6% del puntaje máximo posible. Siendo las tareas de menor puntaje la realización de entrevistas vinculares y familiares con el 70,2% ($M=3,51$; $DE=1,059$) y la predicción de reacciones emocionales, cognitivas y conductuales del paciente con el 72,2% ($M=3,61$; $DE=0,9218$).

Seguidamente, la utilización del lenguaje no verbal 80,2% ($M=4,01$; $DE=0,922$), la generación de motivación y esperanza 80,8% ($M=4,04$; $DE=0,828$), la capacidad de encontrar, proponer o seguir un tema 81,6% ($M=4,08$; $DE= 0,796$), la observación y comprensión del lenguaje no verbal del paciente 82% ($M=4,1$; $DE=0,798$), la estimulación de la participación activa del entrevistado 82,2% ($M=4,11$; $DE=0,766$) y el sostén de la atención durante la totalidad de la entrevista 82,4% ($M=4,12$; $DE=0,778$).

Por último, los mayores niveles de autopercepción de competencia se observaron en la realización de preguntas durante el proceso terapéutico con el 86% ($M=4,3$; $DE=0,689$) y la utilización apropiada del lenguaje verbal para informar y explicar con el 87,4% ($M=4,37$; $DE=0,675$). En la tabla 47 se detallan los valores de cada ítem.

Tabla 47

Análisis descriptivos de la competencia Manejo de entrevista

MANEJO DE ENTREVISTA				
	M	DE	Mín	Máx
Sostener la atención durante la totalidad de la entrevista	4,12	0,778	2	5
Realizar preguntas durante el proceso terapéutico	4,30	0,689	2	5
Capacidad de encontrar, proponer o seguir un tema	4,08	0,796	1	5
Genera motivación y esperanza	4,04	0,828	1	5
Estimular la participación activa del entrevistado	4,11	0,766	1	5
Utilización apropiada del lenguaje verbal para informar y explicar	4,37	0,675	2	5
Utilización del lenguaje no verbal	4,01	0,922	1	5
Observación y comprensión del lenguaje no verbal del paciente	4,10	0,798	1	5
Predecir reacciones emocionales, cognitivas y conductuales del paciente	3,61	0,918	1	5
Realización de entrevistas vinculares/familiares	3,51	1,059	1	5

5.2.1.7. Evaluación y finalización del proceso

La media que obtuvieron los participantes en la competencia Evaluación y Finalización del proceso fue $M= 3,90$; $DE= 0,560$ que representa un 78% del puntaje máximo posible.

La menor autopercepción de competencias se presentó en comprender y monitorear las expectativas del paciente con el 75% ($M=3,75$; $DE=0,79$). Seguidamente, definir posibilidades, limitaciones, contraindicaciones y riesgos de la psicoterapia aplicada en un paciente en particular con el 75,4% ($M=3,77$; $DE=0,807$), finalizar el proceso cuando corresponde con el 75,4% ($M=3,77$; $DE=0,959$), determinar si se cumplen los objetivos prefijados con el 76,2% ($M=3,81$; $DE=0,807$), analizar la influencia de factores personales en caso de amenaza o ruptura de vínculo terapéutico con el 76,4% ($M=3,82$; $DE=0,853$), detectar cuáles son las intervenciones que surten efecto en un paciente en particular con el 76,6% ($M=3,83$; $DE=0,816$), y, reconocer errores y fracaso terapéutico con el 81,2% ($M=4,06$; $DE=0,775$). Por último, los terapeutas se perciben con mayor nivel de competencia para reflexionar acerca de la propia actuación con el 81,8% del puntaje máximo posible ($M=4,09$; $DE=0,765$) y reconocer limitaciones personales y profesionales con 84 % ($M=4,2$; $DE=0,75$). En la tabla 48 se detallan los valores de cada ítem.

Tabla 48

Análisis descriptivos de la competencia Evaluación y finalización del proceso

EVALUACIÓN Y FINALIZACIÓN DEL PROCESO

	M	DE	Mín	Máx
Reflexionar acerca de la propia actuación	4,09	0,765	2	5
Analizar influencias personales en caso de amenaza o ruptura de vínculo terapéutico	3,82	0,853	1	5
Reconocer limitaciones personales y profesionales	4,20	0,75	2	5
Comprender y monitorear las expectativas del paciente	3,75	0,79	1	5
Definir posibilidades, limitaciones, contraindicaciones y riesgos de la psicoterapia aplicada en un paciente en particular	3,77	0,807	1	5
Detectar cuáles son las intervenciones que surten efecto en un paciente en particular	3,83	0,816	2	5
Determinar si se cumplen los objetivos prefijados	3,81	0,807	1	5
Reconocer errores y fracaso terapéutico	4,06	0,775	1	5
Finalizar el proceso cuando corresponde	3,77	0,959	1	5

5.2.1.8. Diseño, intervenciones y técnicas II

La media que obtuvieron los participantes en la competencia Diseño, intervenciones y técnicas II fue $M= 3,57$; $DE= 0,652$ que representa el 71,4% del puntaje máximo posible. Los menores niveles de competencia percibida se registraron en aplicar técnicas corporales con el 54,6% ($M= 2,73$; $DE= 1,228$) y aplicar técnicas de imaginería con 58,4 % ($M=2,92$; $DE= 1,232$).

Seguidamente, se registraron puntajes para la realización de entrevistas vinculares/familiares cuyo valor promedio obtenido fue del 70,2% del máximo posible ($M=3,51$; $DE=1,059$), elaborar un plan de tratamiento con 70,6% ($M=3,53$; $DE= 0,95$), seleccionar las técnicas adecuadas con 74,8% ($M=3,74$; $DE=0,863$), finalizar el proceso cuando corresponde con 75,4% ($M=3,77$; $DE=0,959$), aplicar técnicas verbales con el 78,4% ($M=3,92$; $DE=0,851$) y tomar decisiones durante el curso de un proceso terapéutico con el 80,6% ($M=4,03$; $DE=0,776$).

Finalmente, los mayores niveles de autopercepción de competencia se registraron en reconocer errores y fracaso terapéutico 81,2% ($M=4,06$; $DE=0,775$) y considerar recursos, potencialidades y fortalezas del paciente en el curso de la psicoterapia 82,6% ($M=4,13$; $DE= 0,765$). En la tabla 49 se detallan los valores de cada ítem.

Tabla 49

Análisis descriptivos de la competencia Diseño, intervenciones y técnicas II

DISEÑO, INTERVENCIONES Y TÉCNICAS				
	M	DE	Mín	Máx
Elaborar un plan de tratamiento	3,53	0,950	1	5
Considerar recursos, potencialidades y fortalezas del paciente en el curso de la psicoterapia	4,13	0,765	1	5
Tomar decisiones durante el curso de un proceso terapéutico	4,03	0,776	1	5
Seleccionar las técnicas adecuadas	3,74	0,863	1	5
Aplicar técnicas verbales	3,92	0,851	1	5
Aplicar técnicas corporales	2,73	1,228	1	5
Aplicar técnicas de imaginería	2,92	1,232	1	5
Reconocer errores y fracaso terapéutico	4,06	0,775	1	5
Finalizar el proceso cuando corresponde	3,77	0,959	1	5
Realización de entrevistas vinculares/familiares	3,51	1,059	1	5

5.2.2. Descripción de los indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina.

Con el propósito de describir los indicadores: Formación de base y actualización, Supervisión, Pertenencia a instituciones y red de profesionales, Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo, y Experiencia personal y profesional, que posee una muestra de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina, se realizaron análisis de frecuencias y porcentajes de las respuestas obtenidas en la encuesta de la ECCBP, lo que permitió obtener información cualitativa sobre experiencias o actividades asociadas al desarrollo de las competencias clínicas para la psicoterapia. A continuación, se desarrollan los resultados obtenidos para cada indicador.

5.2.2.1. Formación de base y actualización

Los participantes pertenecían a diferentes modelos teóricos tradicionales (Fernández-Álvarez, 1992), el 42,7% psicoanalistas, el 23,6% cognitivo-conductuales, el 17,8% integrativos, el 7,1% sistémicos, el 6% humanístico-existenciales y el 2,8 % señaló otro modelo. Adicionalmente, se preguntó a los participantes si tenían formación en otro modelo teórico, complementario al informado en primera instancia. Ver tabla 50.

Tabla 50

Formación en otro modelo teórico adicional al referido en primera instancia

Formación en otro modelo teórico	
	Porcentaje
Cognitivo-conductual	30,10%
No refiere	28,80%
Psicoanálisis	27,30%
Sistémico	23,80%
Integrativo	12,20%
Humanístico-existencial	12%
Otro modelo	9,70%

Seguidamente, se indagó acerca de los posgrados que realizaron en relación a su trabajo como psicoterapeutas. El 49,1% realizó una carrera de especialización, el 22,1% no informó estudios adicionales a la carrera de grado, el 17,4% realizó otro tipo de posgrados, el 18 % diplomatura, el 7,5 % maestría y 6 % estudios doctorales. Luego, se solicitó que indicaran cuándo fue la última vez que realizaron un curso o entrenamiento en relación a su trabajo como psicoterapeutas. El 61,8% informó que fue menos de un mes, el 20,6% más de un año y el 17,6% entre 6 meses y 1 año.

Por último, los participantes informaron cuándo fue la última vez que habían leído un artículo de revista indexada, el 60,3% indicó que lo habían realizado durante ese mes, el 20,2% entre 1 mes y 6 meses, el 4,7% entre 6 meses y 1 año, el 3,6% más de un año, el 3,9% informaron no haberlo realizado aún y el 7,3% señaló no recordarlo.

5.2.2.2. Experiencia personal y profesional

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 $M= 7,94$; $DE= 8,66$. Seguidamente, se solicitaba a los participantes que informaran la cantidad de pacientes que asistían por semana. Ver tabla 51.

Tabla 51

Cantidad de pacientes asistidos semanalmente

Cantidad de pacientes semanales	
	Porcentaje
Menos de 8 pacientes	39,30%
Entre 8 y 16 pacientes	25,70%
Entre 17 y 24 pacientes	18,70%
Entre 25 y 32 pacientes	9,60%
Más de 32 pacientes	6,70%

Además, se indagó acerca de la realización actual o pasada de diversas prácticas. El 81,1% refirió realizar o haber realizado práctica privada, el 71,9% prácticas pre profesionales durante la carrera de grado, el 56,4% prácticas profesionales no rentadas luego de la obtención del título, el 50,6% trabajo en hospital, centros de salud, visitancias, concurrencias, residencias, el 43,1% trabajo para obras sociales, planes de salud o prepagas, el 3,9% otro tipo de práctica y el 1,5% comunicó no haber realizado ninguna de las anteriores.

A continuación, se solicitó que indicaran con qué población trabajaban frecuentemente, el 47,2% informó adultos, 36,1% adolescentes, 30,1% niños, 11,4% familia, 10,1% pareja, 7,1% gerontes, 27,9% comunicó no trabajar con un grupo en particular y el 8,2% respondió otro grupo.

Por último, el 47% señaló que no se abocaba a asistir pacientes con una patología en particular, 26% a trastornos de ansiedad, 19,1% trastornos del estado del ánimo, 12,7% trastornos de personalidad, 9,7% enfermedades físicas y psicosomáticas, 8,4% trastornos del consumo de sustancias y 15,2% respondió asistir pacientes con otra patología.

5.2.2.3. Supervisión

El 59,9% de los participantes comunicó que solicita supervisión si lo requiere, el 21,3% tiene supervisiones programadas, el 14,4% refirió no supervisar su trabajo y el 4,3% comentó

que tiene supervisiones programadas y solicita encuentros adicionales si lo requiere. Dicho lo anterior, se indagó acerca del motivo de la supervisión, como resultado, el 69,3% refirió concurrir con el objetivo de buscar alternativas y estrategias de intervención, el 62,2% verificar el proceso y corroborar criterios, el 51,9% detección y corrección de errores y obstáculos, el 38,4% trabajar implicaciones personales: sentimientos, sesgos, compartir situaciones tóxicas ligadas al ejercicio profesional, el 17,4% manejo del encuadre: honorarios, manejo del tiempo y el 2,8% concurre por otros motivos. La frecuencia de supervisión se informa en la tabla 52.

Tabla 52

Frecuencia de supervisión

Frecuencia de supervisión	
	Porcentaje
Mensual	12,90%
Semanal	10,10%
Quincenal	9,60%
Mayor a mensual	8,60%

5.2.2.4. Pertenencia a instituciones y red de profesionales

Se preguntó a los psicoterapeutas si pertenecían a un grupo de trabajo y cómo estaba conformado. Ver tabla 53. Además, que informaran cuándo fue la última vez que se reunieron con su equipo. El 40,1% se reunió en menos de quince días, el 29,2 % expresó no recordar cuándo, el 14,4% entre quince días y un mes, el 9,2% entre un mes y tres meses, el 2,6% entre tres y seis meses, el 2,4% más de un año y el 2,1% entre seis meses y un año.

Tabla 53

Pertenencia a grupos de trabajo

Grupo de trabajo	
	Porcentaje
Conformado por colegas	53,70%
Conformado por alumnos	40,30%
No pertenece a un grupo	29,40%
Conformado por profesionales de otras disciplinas	7,30%

Al mismo tiempo, indicaron el motivo de la última reunión de equipo. El 41% de los psicoterapeutas expresó que dedicaron ese encuentro a *solucionar problemas*: resolución situaciones concretas vinculadas a la práctica profesional, el 36,1% a *debatir*: presentación de ideas, discusión de asuntos y búsqueda de acuerdos, el 35 % a *informar*: comunicación de decisiones, inquietudes, instrucciones, el 28,3% *actividades de formación*: perfeccionamiento de conocimientos y habilidades profesionales, el 8,4% *actividades de ocio*: recreativas sin vinculación directa con la profesión y el 2,2 % se reunió por otros motivos.

Seguidamente, comunicaron la última vez que asistieron a una jornada, congreso u otra actividad científica. El 36,3% informaron que fue entre 1 mes y 6 meses, el 24,5% entre 6 meses y 1 año, el 19,9% más de un año, el 16,1% lo hizo en un periodo menor a 1 mes y el 3,2% informó que no lo hizo o no lo recuerda. Por último, el 75,5% de los participantes comentó que participaba o había participado en grupos de formación, grupos de lectura, debate de casos o ateneos mientras que el 24,5% respondió que no lo hizo.

5.2.2.5. Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo

Se indagó acerca de la terapia personal del terapeuta y el 50,4% informó realizar psicoterapia en la actualidad, el 45,3% realizó en algún momento de su carrera, pero no actualmente y el 4,3% informó no haberlo realizado. Seguidamente, señalaron alguno de los motivos por los que concurren o concurren a psicoterapia y su frecuencia. Ver tabla 54. El 76,4% de los participantes concurren o concurren con una frecuencia semanal, el 11,6% quincenal, el 1,5% mensual, el 0,7% mayor a mensual, el 2,8% mayor a semanal y el 1,5% sin frecuencia establecida.

Tabla 54

Objetivos de la psicoterapia personal del terapeuta

Objetivo de la psicoterapia	Porcentaje
Desarrollo personal	65,50%
Autoconocimiento	45,10%
Resolución de un problema concreto	34,60%
Tratamiento de psicopatología	14,80%
Otro objetivo	4,10%

Por último, indicaron las actividades realizadas durante los últimos 15 días. El 92,9% participó de *actividades sociales*: fiestas, visitas, encuentros y reuniones con familiares y amigos, el 80,1% *actividades de entretenimiento*: espectáculos, festivales, conciertos, teatro, cine, TV, series, videojuegos, juegos de mesa y salón, el 62% *actividades corporales*: ejercicio físico, danza, deporte, el 58,1% *actividades de autoconocimiento*: psicoterapia, ejercicios de respiración, meditación, relajación y el 24,9% realizó *actividades artísticas*: teatro, pintura, música.

5.2.3. Evaluación de la existencia de diferentes niveles de competencias clínicas básicas de acuerdo a la experiencia profesional en una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos residentes en diferentes provincias de Argentina.

El procedimiento para dar respuesta al sexto objetivo específico, evaluar la existencia de diferentes niveles de competencias clínicas básicas de acuerdo a la experiencia profesional en una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina, se llevó a cabo en diferentes fases.

Inicialmente, se analizó la distribución de los datos, empleando el test de normalidad Kolmogorov-Smirnov, con el objetivo de seleccionar el tipo de pruebas que se emplearían. Seguidamente, se estudió la relación entre las variables, mediante la utilización de medidas de correlación - Rho de Spearman- para valorar la relación entre los puntajes obtenidos en cada escala de la ECCBP y la cantidad de años de experiencia profesional -variable independiente-

Por último, con el propósito de profundizar en el estudio de las relaciones, se dividió la muestra (n= 534) en cuartiles y se analizó la existencia de diferentes niveles de competencias

entre los grupos mediante la prueba de Kruskal Wallis y comparaciones entre cada uno de los grupos utilizando la prueba de U de Mann-Whitney.

5.2.3.1. Análisis de la distribución de los datos

En primer lugar, se analizó la normalidad de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov para medir el grado de concordancia existente entre los datos y la distribución normal. Los niveles de significación fueron $p. < 0,05$ y con el objetivo de respetar la distribución hallada en las variables, se utilizaron pruebas no paramétricas para el análisis de datos. Ver tabla 55.

Tabla 55

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las competencias clínicas básicas

Pruebas de normalidad			
Kolmogorov-Smirnov			
Competencia clínica	Estadístico	gl	Sig.
<i>Resolución de casos</i>			
Proceso diagnóstico	0,068	534	0,000
Diseño, intervenciones y técnicas I	0,114	534	0,000
<i>Autoevaluación</i>			
Vínculo terapéutico	0,079	534	0,000
Rol profesional	0,055	534	0,001
Variables contextuales y diversidad	0,099	534	0,000
Manejo de entrevista	0,076	534	0,000
Evaluación y finalización del proceso	0,066	534	0,000
Diseño, intervenciones y técnicas II	0,058	534	0,000

5.2.3.2. Relación entre competencias clínicas básicas y experiencia profesional

En segundo lugar, para evaluar la existencia de diferentes niveles de competencia de acuerdo a la experiencia profesional, se procesaron los puntajes obtenidos en cada escala de la ECCBP y la cantidad de años de experiencia profesional como variable independiente. Para ello, se utilizó la prueba de correlación Rho de Spearman.

Como resultado, se han encontrado relaciones significativas ($p. < 0,05$) entre los años de experiencia profesional y los puntajes de competencias: Diseño intervenciones y técnicas I,

Vínculo terapéutico, Rol profesional, Variables contextuales y diversidad, Manejo de entrevista, Evaluación y finalización del proceso y Diseño, intervenciones y técnicas II. En esta primera instancia, la competencia Proceso diagnóstico no ha presentado relaciones significativas ($p.<0,05$). Ver tabla 56.

Tabla 56

Prueba de Rho de Spearman correlación entre puntajes de competencia y años de experiencia

Correlaciones		
Rho de Spearman		
Competencia clínica	r	Sig.
<i>Resolución de casos</i>		
Proceso diagnóstico	0,028	0,520
Diseño, intervenciones y técnicas I	0,142**	0,001
<i>Autoevaluación</i>		
Vínculo terapéutico	0,338**	0,000
Rol profesional	0,284**	0,000
Variables contextuales y diversidad	0,247**	0,000
Manejo de entrevista	0,324**	0,000
Evaluación y finalización del proceso	0,227**	0,000
Diseño, intervenciones y técnicas II	0,203**	0,000

5.2.3.3. Diferencias de grupo en las competencias clínicas básicas de acuerdo a la experiencia profesional

En tercer lugar, con el objetivo de estudiar con mayor detalle la relación entre las competencias clínicas básicas y los años de experiencia, y tomando como referencia esta última variable, se dividió la muestra ($n= 534$) en cuartiles. Por lo tanto, el primer grupo fue denominado *Recién graduados*, por el tiempo que transcurre entre la finalización de la carrera de grado, la realización de la tesis para graduarse, emisión del título y matriculación, quedó conformado por profesionales sin experiencia profesional hasta aquellos que tenían 2 años ($n=148$). El segundo grupo denominado *Principiantes* entre 3 y 4 años ($n=88$), el tercer grupo denominado *Intermedios* entre 5 y 9 años ($n=144$) y el grupo denominado *Avanzados* compuesto por psicoterapeutas con 10 o más años de experiencia clínica ($n=154$).

Seguidamente, se analizó la existencia de diferentes competencias entre los grupos estudiados mediante la prueba de Kruskal Wallis. Como consecuencia, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los grupos en todas las competencias clínicas básicas.

Ver tabla 57.

Tabla 57

Prueba de Kruskal Wallis relación entre puntajes de competencia y grupos de experiencia

Competencia clínica	Diferencia de grupos				Sig.
	Kruskal Wallis				
	Recien graduados	Principiantes	Intermedios	Avanzados	
	Rango				
<i>Resolución de casos</i>					
Proceso diagnóstico	247,65	274,52	292,31	259,37	0,017
Diseño, intervenciones y técnicas I	234,3	269,94	281,31	285,09	0,022
<i>Autoevaluación</i>					
Vínculo terapéutico	208,93	246,28	265,05	338,2	0,000
Rol profesional	232,95	229,79	250,59	338,06	0,000
Variables contextuales y diversidad	227,89	249,2	260,52	322,55	0,000
Manejo de entrevista	203,59	249,62	275,27	331,87	0,000
Evaluación y finalización del proceso	230,59	241,95	259,09	325,43	0,000
Diseño, intervenciones y técnicas II	218,36	241,16	276,2	321,65	0,000

Dado que esta prueba estadística solo permite establecer si dos muestras aleatorias e independientes proceden de una misma población y no indica cuáles son los grupos que se diferencian, se realizaron comparaciones entre cada uno de los grupos utilizando la prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes. Ver tabla 58.

Tabla 58

Diferencias de grupo en las competencias clínicas básicas

Competencia clínica	Diferencia de grupos					
	U de Mann-Whitney					
	Recien graduados y Principiantes	Recien graduados e Intermedios	Recien graduados y Avanzados	Principiantes e Intermedios	Principiantes y Avanzados	Intermedios y Avanzados
	Sig.	Sig.	Sig.	Sig.	Sig.	Sig.
<i>Resolución de casos</i>						
Proceso diagnóstico		0,013				
Diseño, intervenciones y técnicas I		0,009	0,003			
<i>Autoevaluación</i>						
Vínculo terapéutico	0,043	0,001	0,000		0,000	0,000
Rol profesional			0,000		0,000	0,000
Variables contextuales y diversidad			0,000		0,001	0,001
Manejo de entrevista	0,016	0,000	0,000		0,000	0,001
Evaluación y finalización del proceso			0,000		0,000	0,000
Diseño, intervenciones y técnicas II		0,001	0,000		0,000	0,005

En primer lugar, se observan diferencias significativas en la competencia Proceso diagnóstico entre los Recién graduados e Intermedios. Mientras que en la competencia Diseño, intervenciones y técnicas I, se observa diferencia entre Recién graduados e intermedios y avanzados. En cuanto a la autopercepción de competencias, los terapeutas avanzados se diferenciarían de los Recién graduados, Principiantes e Intermedios, y, además, se reportaron diferencias entre Recién graduados e Intermedios.

Seguidamente, en la competencia Vínculo terapéutico, los terapeutas avanzados se diferenciarían de los Recién graduados, Principiantes e Intermedios, y, los Recién graduados se diferenciarían también de los Principiantes e Intermedios. Simultáneamente, en la competencia Rol profesional, los terapeutas Avanzados se diferencian de los Recién graduados, Principiantes e Intermedios.

Luego, en la competencia Variables contextuales y diversidad los terapeutas Avanzados se diferencian de Recién graduados, Principiantes e Intermedios. Mientras que, en Manejo de entrevista, los terapeutas Avanzados se diferenciarían de Recién graduados, Principiantes e Intermedios. Por otro lado, los Recién graduados se diferenciarían también de los Principiantes e Intermedios. Por último, en Evaluación y finalización del proceso, los terapeutas Avanzados se diferencian de Recién graduados, Principiantes e Intermedios.

5.2.4. Relación entre las competencias clínicas básicas y los indicadores asociados a su desarrollo en una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina

Con el objetivo de estudiar la relación entre las competencias clínicas básicas y los indicadores asociados a su desarrollo en una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes

en diferentes provincias de Argentina, séptimo objetivo específico, se analizaron los puntajes de competencia obtenidos en la resolución de casos y autoevaluación y los datos descriptivos de los indicadores asociados, obtenidos en la encuesta de la ECCBP.

Para lograr este cometido, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para analizar los ítems de la encuesta que contaban con una única opción de respuesta y la prueba de Kruskal Wallis para analizar los ítems que podían responderse seleccionando más de una. Adicionalmente, se analizó la relación entre la cantidad de respuestas indicadas, en aquellos ítems con posibilidad de optar por más de una opción, y las competencias clínicas básicas mediante Rho de Spearman. Se informan a continuación las relaciones significativas en el nivel *0.01 y **0.05.

5.2.4.1. Formación de base y actualización

5.2.4.1.1. Pertenencia a modelo teórico

En primer lugar, la encuesta de la ECCBP indaga la identificación de los participantes con alguno de los modelos terapéuticos tradicionales (Fernández-Álvarez, 1994). A partir del análisis del ítem y los resultados de la resolución de casos y autoevaluación, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) de acuerdo al modelo teórico al que pertenecían los terapeutas en las competencias Diseño, intervenciones y técnicas I y II. Ver rangos en tabla 59.

Tabla 59

Diferencias de grupo de acuerdo al modelo teórico

Competencia clínica	Diferencia de grupos por pertenencia a modelo teórico						Sig.
	Sistémico	Psicoanalítico	Integrativo	Humanístico	Cognitivo	Otro	
Kruskal-Wallis							
Rango							
<i>Resolución de casos</i>							
Proceso diagnóstico							
Diseño, intervenciones y técnicas I	208,83	254,3	333,86	225,52	260,88	341,6	0,000
<i>Autoevaluación</i>							
Vínculo terapéutico							
Rol profesional							
Variables contextuales y diversidad							
Manejo de entrevista							
Evaluación y finalización del proceso							
Diseño, intervenciones y técnicas II	305,74	213,01	283,01	354,17	315,17	315,3	0,000

5.2.4.1.2. Formación en otro modelo teórico

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) de acuerdo a los modelos teóricos en los que los terapeutas tenían formación complementaria en las competencias: Vínculo terapéutico, Rol profesional, Manejo de entrevista, Evaluación y finalización del proceso y Diseño, intervenciones y técnicas I. Ver rangos en tabla 60.

Tabla 60

Diferencias de grupo de acuerdo a la formación en otros modelos

Competencia clínica	Diferencia de grupos por formación en otros modelos teóricos adicionales																	
	U Mann-Whitney																	
	Sistémico		Sig.	Psicoanalítico		Sig.	Integrativo		Sig.	Humanístico		Sig.	Cognitivo		Sig.	Otro modelo		Sig.
Rangos	Rangos	Rangos		Rangos	Rangos		Rangos	Rangos		Rangos	Rangos		Rangos					
Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No			
<i>Resolución de casos</i>																		
Proceso diagnóstico																		
Diseño, intervenciones y técnicas I	308,7	254,64	0,001	318,27	248,39	0,000	329,1	258,96	0,001	354,27	255,69	0,000				340,13	259,66	0,000
<i>Autoevaluación</i>																		
Vínculo terapéutico	292,6	259,67	0,035				325,76	259,43	0,001	338,8	257,79	0,000						
Rol profesional	306,83	255,23	0,001				316,33	260,73	0,006	306,66	262,17	0,030				323,55	261,45	0,006
Variables contextuales y diversidad																		
Manejo de entrevista	309,95	254,25	0,000				316,55	260,7	0,006	333,57	258,5	0,000				313,45	262,54	0,024
Evaluación y finalización del proceso										317,34	260,71	0,006				340,13	259,66	0,000
Diseño, intervenciones y técnicas II																		

Además, se encontraron relaciones significativas ($p < 0,05$) entre la cantidad de modelos teóricos en los que tenían formación los terapeutas y las competencias: Proceso diagnóstico $r = .088^*$, Vínculo terapéutico $r = .165^*$, Rol profesional $r = .177^{**}$, Manejo de entrevista $r = .208^*$, Evaluación y finalización del proceso $r = .101^*$ y Diseño, intervenciones y técnicas II $r = .320^{**}$.

5.2.4.1.3. Realización de posgrado

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en diversas competencias de acuerdo a los estudios de posgrados realizados. Las carreras de especialización, cuyo fin es profundizar en conocimientos y competencias propias de un tema o área de un campo profesional o multiprofesional (Universidad de Buenos Aires, 2018) permitió diferenciar a los terapeutas de acuerdo a su nivel de competencia en Proceso diagnóstico, Diseño, intervenciones y técnicas I, Vínculo terapéutico y Manejo de entrevista.

Mientras que, las maestrías cuyo objetivo es proporcionar una formación académica y/o profesional, profundizando el conocimiento teórico y metodológico, en el ámbito de una disciplina (UBA, 2018), diferenció a los terapeutas de acuerdo a su nivel de competencia de Variables contextuales y diversidad y Diseño, intervenciones y técnicas II.

Seguidamente, los estudios doctorales, cuya realización significa una contribución original al conocimiento de la especialización científica (UBA, 2018) permitiría diferenciarlos en el nivel de competencia de Manejo de entrevista y Diseño, intervenciones y técnicas II. Por último, los terapeutas que realizaron diplomatura mostraron diferentes niveles de competencias en Diseño, intervenciones y técnicas I. Ver rangos en tabla 61.

Tabla 61

Diferencias de grupo de acuerdo a los estudios de posgrado

Competencia clínica	Diferencia de grupos por estudios de posgrado										
	U Mann-Whitney										
	Diplomatura		Sig.	Especialización		Sig.	Maestría		Sig.	Doctorado	
	Rangos			Rangos			Rangos			Rangos	
Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
<i>Resolución de casos</i>											
Proceso diagnóstico			283,34	252,24	0,020						
Diseño, intervenciones y técnicas I	327,41	254,37	0,000	281,72	253,8	0,035					
<i>Autoevaluación</i>											
Vínculo terapéutico			285,62	250,05	0,008						
Rol profesional						341,96	261,47	0,001			
<i>Variables contextuales y diversidad</i>											
Manejo de entrevista			282,55	253,01	0,027				263,81	325,36	0,028
<i>Evaluación y finalización del proceso</i>											
Diseño, intervenciones y técnicas II						326,03	262,76	0,012	263,28	333,73	0,012

Adicionalmente, se encontraron relaciones significativas ($p < 0,05$) entre la cantidad de posgrados referidos y las competencias: Proceso diagnóstico $r = .114^{**}$, Diseño, intervenciones y técnicas I $r = .111^{**}$, Vínculo terapéutico $r = .141^{**}$, Manejo de entrevista $r = .166^{**}$ y Diseño, intervenciones y técnicas II $r = .181^{**}$.

5.2.4.1.4. Fecha del último curso/entrenamiento

Se encontraron diferencias ($p < 0,05$) de acuerdo a la fecha del último curso/entrenamiento al que asistieron en las competencias: Vínculo terapéutico, Rol profesional, Manejo de entrevista y Diseño, intervenciones y técnicas II. Ver rangos en tabla 62.

Tabla 62

Diferencias de grupo de acuerdo a la fecha del último curso/entrenamiento

Diferencia de grupos de acuerdo a la fecha del último curso/entrenamiento				
Competencia clínica	Kruskal-Wallis			Sig.
	Menos de 6 meses	Entre 6 meses y 1 año	Más de 1 año	
	Rango			
<i>Resolución de casos</i>				
Proceso diagnóstico				
Diseño, intervenciones y técnicas I				
<i>Autoevaluación</i>				
Vínculo terapéutico	248,12	315,72	284,42	0,000
Rol profesional	252,99	303,84	279,97	0,012
Variables contextuales y diversidad				
Manejo de entrevista	250,54	310,93	281,28	0,002
Evaluación y finalización del proceso				
Diseño, intervenciones y técnicas II	259,29	313,33	253,81	0,008

5.2.4.1.5. Lectura de revista indexada

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) de acuerdo a la última vez que leyeron una revista indexada en las competencias: Variables contextuales y diversidad, Evaluación y finalización del proceso y Diseño, intervenciones y técnicas II. Ver rangos en tabla 63.

Tabla 63

Diferencias de grupo de acuerdo a la fecha de la última lectura de revista indexada

Diferencia de grupos de acuerdo a la última vez que leyó artículo de revista indexada							
Competencia clínica	Kruskal-Wallis						
	No lo hizo	Ese mes	Entre 1 mes y 6 meses	Entre 6 meses y 1 año	Más de un año	No lo recuerda	
	Rango						
<i>Resolución de casos</i>							
Proceso diagnóstico							
Diseño, intervenciones y técnicas I							
<i>Autoevaluación</i>							
Vínculo terapéutico							
Rol profesional							
Variables contextuales y diversidad	291,26	284,60	244,92	239,80	209,32	222,15	0,018
Manejo de entrevista							
Evaluación y finalización del proceso	331,52	280,27	256,94	228,72	225,26	202,24	0,006
Diseño, intervenciones y técnicas II	326,07	280,66	255,75	239,78	249,18	186,56	0,003

5.2.4.2. Supervisión

5.2.4.2.1. Concurrencia a supervisión

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) de acuerdo a la concurrencia a supervisión en las competencias: Variables contextuales y diversidad, Manejo de entrevista y Evaluación y finalización del proceso. Ver rangos en tabla 64.

Tabla 64

Diferencias de grupo de acuerdo la concurrencia a supervisión

Competencia clínica	Diferencia de grupos por concurrencia a supervisión				Sig.
	Kruskal Wallis				
	No	Programada	Libre demanda	Programada y libre demanda	
	Rango				
<i>Resolución de casos</i>					
Proceso diagnóstico					
Diseño, intervenciones y técnicas I					
<i>Autoevaluación</i>					
Vínculo terapéutico					
Rol profesional					
Variables contextuales y diversidad	240,51	265,77	279,16	240,22	0,044
Manejo de entrevista	225,61	264,75	280,75	237,11	0,029
Evaluación y finalización del proceso	224,58	279,39	276,42	228,15	0,026
Diseño, intervenciones y técnicas II					

5.2.4.2.2. Frecuencia de supervisión

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) de acuerdo a la frecuencia de supervisión en las competencias: Rol profesional, Manejo de entrevista y Evaluación y finalización del proceso. Ver rangos en tabla 65.

Tabla 65

Diferencias de grupo de acuerdo la frecuencia de supervisión

Competencia clínica	Diferencia de grupos por frecuencia de supervisión				Sig.
	Kruskal Wallis				
	Semanal	Quincenal	Mensual	Mayor a mensual	
	Rango				
<i>Resolución de casos</i>					
Proceso diagnóstico					
Diseño, intervenciones y técnicas I					
<i>Autoevaluación</i>					
Vínculo terapéutico					
Rol profesional	247,04	296,47	177,38	322,99	0,029
Variables contextuales y diversidad					
Manejo de entrevista	237,53	308,39	264,09	326,64	0,009
Evaluación y finalización del proceso	266,93	305,15	276,68	320,7	0,017
Diseño, intervenciones y técnicas II					

5.2.4.2.3. Modalidad de supervisión

No se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en los niveles de competencias de acuerdo a la modalidad de supervisión. Sin embargo, se encontraron relaciones significativas ($p < 0,05$) entre la cantidad de modalidades de supervisión referidas y la competencia Proceso diagnóstico II $r = 0.088^*$.

5.2.4.2.4. Objetivo de la supervisión

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) de acuerdo al objetivo por el cual supervisan su trabajo en las competencias: Proceso diagnóstico, Diseño, intervenciones y técnicas I y Manejo de entrevista. Ver rangos en tabla 66.

Tabla 66

Diferencias de grupo de acuerdo al objetivo de supervisión

Competencia clínica	Diferencia de grupos por objetivo de supervisión												Sig.					
	U Mann-Whitney																	
	Verificar el proceso		Sig.	Trabajar implicaciones personales		Sig.	Buscar estrategias de intervención		Sig.	Manejo del encuadre		Sig.		Detección y corrección de errores		Sig.	Otro	
	Rango			Rango			Rango			Rango				Rango			Rango	
Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No					
<i>Resolución de casos</i>																		
Proceso diagnóstico	284,62	239,36	0,001			278,61	242,44	0,012				281,99	251,88	0,024				
Diseño, intervenciones y técnicas I	277,78	250,60	0,048	285,26	256,43	0,035	277,41	245,14	0,025			281,70	252,20	0,026				
<i>Autoevaluación</i>																		
Vinculo terapéutico																		
Rol profesional																		
Variables contextuales y diversidad																		
Manejo de entrevista						278,64	242,38	0,012										
Evaluación y finalización del proceso																		
Diseño, intervenciones y técnicas II																		

Por último, se encontraron relaciones significativas ($p < 0,05$) entre la cantidad de objetivos por los cuales supervisa su trabajo y las competencias: Proceso diagnóstico $r = .127^{**}$ y Diseño, intervenciones y técnicas I $r = .107^*$.

5.2.4.3. Pertenencia a instituciones y red de profesionales

5.2.4.3.1. Pertenencia a grupo de trabajo

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) de acuerdo a la pertenencia a un grupo de trabajo en las competencias: Diseño, intervenciones y técnicas I y II, Manejo de entrevista y Evaluación y finalización del proceso.

Los terapeutas cuyo grupo de trabajo se encuentra conformado por alumnos mostraron diferentes niveles de autopercepción en las competencias: Manejo de entrevista, Evaluación y finalización del proceso y Diseño, intervenciones y técnicas II, mientras que los que no tienen un grupo de trabajo se diferenciaron en Evaluación y finalización del proceso y Diseño, intervenciones y técnicas II. Los terapeutas cuyo grupo de trabajo se encuentra conformado por colegas mostraron diferencias en Diseño, intervenciones y técnicas I. Seguidamente, los terapeutas que informaron integrar un grupo con profesionales de otras disciplinas no mostraron diferentes niveles de competencias. Ver rangos en tabla 67.

Por último, se encontraron relaciones significativas ($p < 0,05$) entre la cantidad de respuestas seleccionadas en el ítem y las competencias: Manejo de entrevista $r = 0.130^{**}$, Evaluación y finalización del proceso $r = 0.128$ y Diseño, intervenciones y técnicas II $r = 0.113^{**}$.

Tabla 67

Diferencias de grupo de acuerdo a la pertenencia a un grupo de trabajo

Competencia clínica	Diferencia de grupos por pertenencia a un grupo de trabajo									
	U Mann-Whitney									
	Colegas		Sig.	Alumnos		Sig.	Profesionales de otras disciplinas		Sig.	
	Rango			Rango			Rango			
Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No			
<i>Resolución de casos</i>										
Proceso diagnóstico										
Diseño, intervenciones y técnicas I	282,99	249,50	0,012							
<i>Autoevaluación</i>										
Vinculo terapéutico										
Rol profesional										
Variables contextuales y diversidad										
Manejo de entrevista				292,13	250,90	0,002				
Evaluación y finalización del proceso				295,29	248,77	0,001		244,93	276,90	0,029
Diseño, intervenciones y técnicas II				291,08	251,61	0,004		246,00	276,45	0,037

5.2.4.3.2. Fecha de última reunión con su grupo de trabajo

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en las competencias: Manejo de entrevista y Evaluación y finalización del proceso de acuerdo a la fecha de la última reunión con su equipo. Ver rangos en tabla 68.

Tabla 68

Diferencias de grupo de acuerdo a la fecha de la última reunión con su grupo de trabajo

Competencia clínica	Diferencia de grupos por fecha de última reunión con su equipo							Sig.
	Kruskal-Wallis							
	No	Menos de 15 días	Entre 15 días y 1 mes	Entre 1 mes y 3 meses	Entre 3 y 6 meses	Entre 6 meses y 1 año	Más de 1 año	
	Rango							
<i>Resolución de casos</i>								
Proceso diagnóstico								
Diseño, intervenciones y técnicas I								
<i>Autoevaluación</i>								
Vínculo terapéutico								
Rol profesional								
Variables contextuales y diversidad								
Manejo de entrevista	233,69	293,71	268,6	251,49	302,54	221,82	296,5	0,012
Evaluación y finalización del proceso	237,57	290,31	270,89	252,18	331,79	231,64	249,92	0,026
Diseño, intervenciones y técnicas II								

5.2.4.3.3. Motivo del último encuentro con su grupo de trabajo

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en el nivel de competencias de acuerdo al motivo del último encuentro con su grupo de trabajo. Los terapeutas que informaron dedicar el último encuentro con su grupo de trabajo a solucionar problemas mostraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en la autopercepción de todas las competencias clínicas. Ver rangos en tabla 69.

Tabla 69

Diferencias de grupo de acuerdo al motivo de la última reunión con su grupo de trabajo

Competencia clínica	Diferencia de grupos por motivo del último encuentro																
	U Mann-Whitney																
	Información			Debate			Formación			Solución de problemas			Ocio		Otro		
	Rango	Sig.		Rango	Sig.		Rango	Sig.		Rango	Sig.		Rango	Sig.	Rango	Sig.	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
<i>Resolución de casos</i>																	
Proceso diagnóstico																	
Diseño, intervenciones y técnicas I	288,86	255,99	0,003														
<i>Autoevaluación</i>																	
Vínculo terapéutico									287,49	253,6	0,012						
Rol profesional									289,27	252,37	0,006	326,71	262,05	0,007			
Variables contextuales y diversidad									283,4	256,45	0,047						
Manejo de entrevista	285,73	257,67	0,045						297,4	246,71	0,000						
Evaluación y finalización del proceso									301,23	244,05	0,000						
Diseño, intervenciones y técnicas II	288,86	255,99	0,019						267,19	267,62	0,011	296,31	247,46	0,000	289,43	265,48	0,029

Además, se encontraron relaciones significativas ($p < 0,05$) entre la cantidad de respuestas seleccionadas y las competencias: Diseño, intervenciones y técnicas I $r = .140^{**}$, Vínculo terapéutico $r = .111^*$, Rol profesional $r = .092^*$, Manejo de entrevista $r = .197^{**}$, Evaluación y finalización del proceso $r = .137$ y Diseño, intervenciones y técnicas II $r = .124^{**}$.

5.2.4.3.4. Asistencia a jornada, congreso o actividad científica

No se han encontrado relaciones significativas ($p < 0,05$) en el ítem.

5.2.4.3.5. Participación en grupos de formación

No se han encontrado relaciones significativas ($p < 0,05$) en el ítem.

5.2.4.4. Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo

5.2.4.4.1. Concurrencia a psicoterapia

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en los niveles de la competencia Diseño, intervenciones y técnicas I de acuerdo a la concurrencia a psicoterapia. Ver rangos tabla 70.

Tabla 70

Diferencias de grupo de acuerdo a la concurrencia a psicoterapia

Diferencia de grupos por concurrencia a psicoterapia				
Kruskal-Wallis				
Competencia clínica	Nunca realicé	Realizo en la actualidad	Realicé, pero no actualmente	Sig.
<i>Resolución de casos</i>				
Proceso diagnóstico				
Diseño, intervenciones y técnicas I	185,85	260,07	283,52	0,007
<i>Autoevaluación</i>				
Vínculo terapéutico				
Rol profesional				
Variables contextuales y diversidad				
Manejo de entrevista				
Evaluación y finalización del proceso				
Diseño, intervenciones y técnicas II				

5.2.4.4.2. Frecuencia de la psicoterapia personal

No se han encontrado relaciones significativas ($p < 0,05$) en el ítem.

5.2.4.4.3. Objetivo de la psicoterapia personal

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en los niveles de las competencias: Proceso diagnóstico, Diseño, intervenciones y técnicas I y II, Rol profesional y Manejo de entrevista de acuerdo al motivo de concurrencia a psicoterapia. Ver rangos en tabla 71. Además, se encontraron relaciones significativas ($p < 0,05$) entre la cantidad de objetivos por los que concurre a psicoterapia y las competencias: Proceso diagnóstico $r = .158^{**}$ y Diseño, intervenciones y técnicas I $r = .149^{**}$.

Tabla 71

Diferencias de grupo de acuerdo al motivo de realización de psicoterapia

Competencia clínica	Diferencia de grupos por motivo de realización de psicoterapia														
	U Mann-Whitney														
	Tratamiento psicopatología		Sig.	Resolución de problemas		Sig.	Desarrollo personal		Sig.	Autoconocimiento		Sig.	Otro		Sig.
Rango		Rango		Rango			Rango			Rango					
	Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No	
<i>Resolución de casos</i>															
Proceso diagnóstico				287,44	256,93	0,029				283,08	254,69	0,034			
Diseño, intervenciones y técnicas I	323,40	257,79	0,000												
<i>Autoevaluación</i>															
Vínculo terapéutico										284,18	253,78	0,023			
Rol profesional															
Variables contextuales y diversidad															
Manejo de entrevista							278,27	247,01	0,026						
Evaluación y finalización del proceso															
Diseño, intervenciones y técnicas II										282,09	255,5	0,047	199,84	270,41	0,035

5.2.4.4.4. Actividades realizadas durante los últimos 15 días

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre las actividades realizadas durante los últimos 15 días y los niveles de competencia para: Vínculo terapéutico, Rol profesional y Diseño, intervenciones y técnicas II. Ver rangos en tabla 72. Además, se encontraron relaciones significativas ($p < 0,05$) entre la cantidad de actividades realizadas y las competencias: Vínculo terapéutico $r = .113^{**}$, Rol profesional $r = .086^*$ y Diseño, intervenciones y técnicas II $r = .119^{**}$.

Tabla 72

Diferencias de grupo de acuerdo a las actividades realizadas durante los últimos 15 días

Competencia clínica	Diferencia de grupos por realización de actividades durante los últimos 15 días														
	U Mann-Whitney														
	Corporales		Sig.	Autoconocimiento		Sig.	Artísticas		Sig.	Entretenimiento		Sig.	Sociales		
Rango		Rango		Rango			Rango			Rango					
	Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No	Sí	No	Sig.	
<i>Resolución de casos</i>															
Proceso diagnóstico															272,35 204,24 0,009
Diseño, intervenciones y técnicas I															
<i>Autoevaluación</i>															
Vinculo terapéutico	278,97	248,8	0,028												
Rol profesional	278,55	249,48	0,034												
Variables contextuales y diversidad															
Manejo de entrevista															
Evaluación y finalización del proceso															
Diseño, intervenciones y técnicas II	278,47	249,61	0,035	281,27	248,44	0,015									

5.2.4.5. Experiencia personal y profesional

5.2.4.5.1. Cantidad de pacientes asistidos

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre la cantidad de pacientes asistidos por semana y todas las competencias ponderadas mediante autoevaluación. Ver rangos en tabla 73.

Tabla 73

Diferencias de grupo de acuerdo a la cantidad de pacientes asistidos por semana

Competencia clínica	Diferencia de grupos por cantidad de pacientes que asiste					Sig.
	Kruskal-Wallis					
	Menos de 8	Entre 8 y 16	Entre 17 y 24	Entre 25 y 32	Más de 32	
	Rango					
<i>Resolución de casos</i>						
Proceso diagnóstico						
Diseño, intervenciones y técnicas I						
<i>Autoevaluación</i>						
Vinculo terapéutico	229,5	280,93	290,25	292,22	339,85	0,000
Rol profesional	235,71	274,58	294,42	286,83	323,85	0,001
Variables contextuales y diversidad	239,64	293,85	278,48	261,16	308,21	0,007
Manejo de entrevista	224,13	282,3	296,55	299,3	338,43	0,000
Evaluación y finalización del proceso	231,98	275,62	297,32	288,64	331,00	0,000
Diseño, intervenciones y técnicas II	238,6	267,23	284,76	305,57	335,28	0,001

5.2.4.5.2. Población que asiste habitualmente

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en las competencias de acuerdo a la población asistida Ver tabla 74 y 75. Además, se encontraron relaciones significativas ($p < 0,05$) entre la cantidad de respuestas seleccionadas en población que asiste habitualmente y las

competencias: Vínculo terapéutico $r = .201^{**}$, Rol profesional $r = .158^{**}$, Variables contextuales y diversidad $r = .013^{**}$, Manejo de entrevista $r = .261^{**}$, Evaluación y finalización del proceso $r = .142^{**}$ y Diseño, intervenciones y técnicas II $r = .225^{**}$.

Tabla 74

Diferencias de grupo de acuerdo a la población asistida I

Competencia clínica	Diferencia de grupos por población asistida									
	U Mann-Whitney									
	Niños		Sig.	Adolescentes		Sig.	Adultos		Sig.	Gerontes
Rango		Rango		Rango			Rango			
	Sí	No		Sí	No		Sí	No	Sí	No
Proceso diagnóstico										
Diseño, intervenciones y técnicas I						293,16	244,57	0,000		
<i>Autoevaluación</i>										
Vínculo terapéutico						300,70	237,84	0,000		
Rol profesional				286,03	257,01	0,036	294,82	243,09	0,000	
Variables contextuales y diversidad				291,33	254,01	0,007				
Manejo de entrevista	298,00	254,33	0,003	298,91	249,72	0,000	293,68	244,11	0,000	
Evaluación y finalización del proceso				289,11	255,27	0,015	285,78	251,16	0,010	
Diseño, intervenciones y técnicas II	290,41	257,61	0,024	301,42	248,30	0,000	251,17	251,18	0,001	

Tabla 75

Diferencias de grupo de acuerdo a la población asistida II

Competencia clínica	Diferencia de grupos por población asistida													
	U Mann-Whitney													
	Pareja		Sig.	Familia		Sig.	Grupos		Sig.	No		Sig.	Otro	
Rango		Rango		Rango			Rango							
	Sí	No		Sí	No		Sí	No	Sí	No	Sí	No		
Proceso diagnóstico														
Diseño, intervenciones y técnicas I									243,42	276,82	0,024	205,67	273,05	0,005
<i>Autoevaluación</i>														
Vínculo terapéutico	365,69	256,45	0,000	322,34	260,43	0,003			215,48	287,63	0,000	324,95	262,34	0,010
Rol profesional	354,22	257,74	0,000	309,83	262,04	0,023			236,92	279,33	0,004			
Variables contextuales y diversidad	313,27	262,35	0,021						240,76	277,85	0,013			
Manejo de entrevista	357,71	257,35	0,000	331,75	259,21	0,001			209,79	289,84	0,000			
Evaluación y finalización del proceso	322,57	261,30	0,006						238,96	278,55	0,008			
Diseño, intervenciones y técnicas II	347,64	258,48	0,000	327,16	259,81	0,001			227,77	282,88	0,000			

5.2.4.5.3. Patología que se asiste habitualmente

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en los niveles de competencias de acuerdo al tipo de patología que los terapeutas asisten habitualmente. Ver tabla 76 y 77. Además, se encontraron relaciones significativas ($p < 0,05$) entre la cantidad de respuestas seleccionadas y las competencias: Diseño, intervenciones y técnicas I $r = .096^*$, Vínculo terapéutico $r = .240^{**}$, Rol profesional $r = .204^{**}$, Variables contextuales y diversidad $r = .095^*$,

Manejo de entrevista $r = .237^{**}$, Evaluación y finalización del proceso $r = .148^{**}$ y Diseño, intervenciones y técnicas II $r = .270^{**}$.

Tabla 76

Diferencias de grupo de acuerdo a la patología asistida I

Competencia clínica	Diferencia de grupos por patología asistida												
	U Mann-Whitney												
	Ansiedad		Sig.	Estado del ánimo		Sig.	Alimentación		Sig.	Personalidad		Sig.	Consumo de
Rango		Rango		Rango			Rango			Rango			
	Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No	Sí	No
<i>Resolución de casos</i>													
<i>Proceso diagnóstico</i>													
Diseño, intervenciones y técnicas I	294,76	257,91	0,015										
<i>Autoevaluación</i>													
Vínculo terapéutico	321,01	248,67	0,000	353,64	247,16	0,000	328,60	263,73	0,023	368,56	252,75	0,000	
Rol profesional	315,43	250,63	0,000	331,38	252,42	0,000	353,77	262,18	0,001	339,95	256,93	0,000	341,53 260,69 0,001
Variables contextuales y diversidad				309,37	257,61	0,002	326,52	263,86	0,028				335,42 261,25 0,002
Manejo de entrevista	319,37	249,25	0,000	346,77	248,78	0,000	342,66	262,87	0,005	356,65	254,49	0,000	323,58 262,34 0,011
Evaluación y finalización del proceso	299,05	256,40	0,005	323,53	254,27	0,000				324,60	259,17	0,001	318,21 262,83 0,021
Diseño, intervenciones y técnicas II	331,86	244,85	0,000	342,50	249,79	0,000	335,50	263,31	0,011	340,12	256,90	0,000	332,33 261,53 0,003

Tabla 77

Diferencias de grupo de acuerdo a la patología asistida II

Competencia clínica	Diferencia de grupos por patología asistida												
	U Mann-Whitney												
	Psicosomática		Sig.	Sexualidad		Sig.	Esquizofrenia		Sig.	Otra		Sig.	No
Rango		Rango		Rango			Rango			Rango			
	Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No	Sí	No
<i>Resolución de casos</i>													
<i>Proceso diagnóstico</i>													
Diseño, intervenciones y técnicas I													
<i>Autoevaluación</i>													
Vínculo terapéutico	361,55	257,35	0,000									237,63	293,99 0,000
Rol profesional	375,51	255,85	0,000				234,00	273,49	0,034	247,17	285,53	0,004	
Variables contextuales y diversidad	355,54	258,00	0,000				231,33	273,97	0,022				
Manejo de entrevista	368,83	256,57	0,000									237,62	294,00 0,000
Evaluación y finalización del proceso	348,53	258,76	0,000				233,61	273,56	0,032	251,26	281,90	0,022	
Diseño, intervenciones y técnicas II	363,84	257,11	0,000	347,95	262,71	0,003				231,66	299,29	0,000	

5.2.4.5.4. Realización de prácticas

Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en las competencias de acuerdo a la realización de diferentes tipos de prácticas. Ver tabla 78.

Tabla 78

Diferencias de grupos de acuerdo al tipo de prácticas realizadas

Competencia clínica	Diferencia de grupos por tipo de prácticas realizadas U Mann-Whitney																				
	Pre-profesionales		Sig.	Profesionales no rentadas		Sig.	Hospital y/o centro de salud		Sig.	Obras sociales		Sig.	Práctica privada		Sig.	No		Sig.	Otro		Sig.
	Rango			Rango			Rango			Rango			Rango			Rango			Rango		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No			
<i>Resolución de casos</i>																					
Proceso diagnóstico																					
Diseño, intervenciones y técnicas I		276,84	243,6									274,56	237,23			154,56	269,22			,037	
<i>Autoevaluación</i>																					
Vínculo terapéutico				285,43	244,34	,002	283,25	251,39	0,017	290,98	249,74	0,002	279,23	217,21	,000	154,88	269,21			,037	
Rol profesional				280,25	251,03	,030	294,12	240,27	0,000	290,99	249,73	0,002	276,80	227,61	,004						
Variables contextuales y diversidad				287,91	241,14	,001	285,02	249,58	0,008	285,35	254,00	0,020	276,37	229,48	,006	131,63	269,57			,012	
Manejo de entrevista				291,12	236,98	,000	289,58	244,92	0,001	286,38	253,22	0,014	282,06	205,06	,000						
Evaluación y finalización del proceso				282,00	248,77	,013	281,28	253,41	0,037				275,19	234,55	,017						
Diseño, intervenciones y técnicas II				282,99	247,49	,008							273,98	239,71	,044						

Además, se encontraron relaciones significativas ($p < 0,05$) en las competencias: Vínculo terapéutico $r = .173^{**}$, Rol profesional $r = .161^{**}$, Variables contextuales y diversidad $r = .156^{**}$, Manejo de entrevista $r = .201^{**}$, Evaluación y finalización del proceso $r = .111^*$ y Diseño, intervenciones y técnicas II $r = .094^*$ de acuerdo a la cantidad de respuestas seleccionadas en el ítem.

DISCUSIÓN

Capítulo 6

Discusión y conclusiones: aportes limitaciones y perspectivas futuras

6.1. Discusión

Argentina es uno de los países con mayor cantidad de psicólogos per cápita a nivel mundial, la mayoría se desempeña en el área clínica como psicoterapeuta (Alonso & Klinar, 2016). En el 2014, a partir de la Resolución Ministerial 136/04, psicología es declarada disciplina de interés público ya que su ejercicio pone en riesgo de modo directo la salud de sus habitantes (González & Dagfal, 2012; Fierro & Di Doménico, 2016).

En el campo de la psicoterapia, se estima que entre el 3 y el 15% de los pacientes tienen una experiencia negativa (Boisvert & Faust, 2003; Crawford et al., 2016; Hardy, et al., 2017) que incluiría el empeoramiento de los síntomas y reticencia a buscar tratamiento en el futuro (Barlow, 2010; Lilienfeld, 2007; Parry, Crawford & Duggan, 2016) lo que permite afirmar que el abordaje empírico de la psicoterapia, no es un tema menor, ya que involucra de manera directa la calidad del servicio ofrecido al público.

Sin embargo, se han presentado diversos problemas a la hora de llevar a cabo investigaciones, históricamente se ha observado escasas de investigaciones realizadas con rigurosa metodología (Roussos, 2001). 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 & 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).

En línea con lo mencionado previamente, numerosos estudios concluyen que es necesario contar con un perfil de competencias específicas para el ejercicio de la profesión y, además, desarrollar mecanismos de evaluación acordes (Díaz Barriga, 2011; Earnest & De

Melo, 2001; Foad et al., 2009; Martínez Alonso, et al; 2012; Schmal & Ruíz-Tagle, 2008; Tobón 2006).

A nivel internacional, se cuenta con diferentes modelos y kits de evaluación de competencias (Bartram et al., 2008; Berdullas et al., 2007; European Association for Psychotherapy, 2013; Kaslow et al., 2006, 2007). Mientras que, en Argentina, aunque se realizaron diversos estudios de evaluación de competencias mediante la elaboración de cuestionarios ad hoc, en su mayoría con medidas de autoreporte, son escasos los estudios que desarrollan modelos de competencias específicas o que describen el perfil requerido para el ejercicio de la psicoterapia (Castro Solano, 2004; Laurito & Benatuil, 2017). La importancia de contar con instrumentos de evaluación que contemplen aspectos específicos de la cultura y costumbres locales ha sido señalada en numerosos estudios (Contini de González, 2003).

Como consecuencia, y con el propósito de realizar un aporte a estas áreas de vacancia, y contemplando las especificidades tanto de la disciplina como de la población local, esta tesis se estructuró en torno a un objetivo general: examinar las competencias clínicas básicas de psicoterapeutas con diferentes niveles de experiencia profesional y siete objetivos específicos, cuyos principales hallazgos se desarrollan a continuación por separado debido a su extensión.

6.1.1. Identificación de las competencias clínicas básicas de los psicoterapeutas para el ejercicio de su profesión

El primer objetivo específico apuntaba a identificar las competencias clínicas básicas que debieran poseer los psicoterapeutas para el ejercicio de su profesión mediante la realización de entrevistas en profundidad a informantes clave y su posterior análisis, en conjunto con jueces expertos, siguiendo el proceso de Braun y Clarke (2006).

En líneas generales, los resultados obtenidos en esta investigación son similares a los plasmados en otros modelos de competencias internacionales (Bartram et al., 2008; Beneitone

et al., 2007; Berdullas et al., 2007; European Association for Psychotherapy, 2013; Kaslow et al., 2006, 2007; Malo et al., 2008). En ambos casos, las competencias clínicas descriptas coinciden con las fases del proceso psicoterapéutico, desde la primera consulta hasta la finalización del tratamiento (Fuentes Pallas & Lorenzo Pontevedra, 2008), en este trabajo denominadas competencias *Proceso diagnóstico, Diseño, intervenciones y técnicas y Evaluación y finalización del proceso*. Ver ANEXO 7.

Dentro de esta última competencia, el automonitoreo del terapeuta, la evaluación de su desempeño, el registro de sus limitaciones personales y la posibilidad de derivación han sido tareas destacadas por expertos como requeridas para el ejercicio de la psicoterapia. Probablemente, este hallazgo se deba a que Argentina tiene larga tradición en psicoanálisis, modelo que históricamente ha enfatizado que el terapeuta debe tener un conocimiento profundo de sí mismo y ser consciente de sus propias áreas de conflicto para que su personalidad y problemas no interfieran al trabajar con sus pacientes (Aponte & Winter, 2000; Keegan, 2012; Macaskill, 1988; Roque Tovar & García García, 2016). Además, la importancia que se otorga al registro de las limitaciones personales se podría explicar por la preocupación local acerca del estado de salud mental de los profesionales referida por Casari (2010).

Asimismo, en este estudio se concluye que para el ejercicio de la psicoterapia se requiere de la evaluación reflexiva sobre la propia práctica y del respeto de las incumbencias profesionales, competencia denominada *Rol profesional*.

En Argentina esto cobra un sentido en especial, puesto que hasta el año 1985 se encontraba prohibido explícitamente el ejercicio de la psicoterapia por parte del psicólogo (Calo, 2000; Dagfal & González, 2011). A partir de allí, también se han generado diferentes batallas por defender el campo de intervención y esclarecer el campo de acción del profesional de otras prácticas. Por ejemplo, diferenciar el título del Lic. en Psicología especialista en

psicología social del técnico en psicología social de formación terciaria (Colegio de Psicólogos de Tucumán, s/f).

En segundo lugar, la importancia otorgada a esta competencia puede explicarse por lo sucedido durante 2018. Mediante la Resolución 1254/2018 del Ministerio de Educación de la Nación, se modificaron resoluciones previas referidas a la incumbencia de diferentes carreras, una de las reacciones más fuertes se produjo en la carrera de psicología, que paso de contar con dieciséis a solo cinco actividades reservadas para el título.

Por un lado, esta decisión generó repudio en diferentes Colegios y Asociaciones de Psicólogos, al considerar que, a partir de la nueva resolución, se reducen las actividades profesionales que podrían ejercer los graduados (Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, 2018; Colegio de Psicólogos de Tucumán, 2018; FEPPRA, 2018). Mientras que otras instituciones, comunicaron oficialmente que no se modificaría el desarrollo y ejercicio de la práctica profesional de la Psicología (Universidad Nacional de la Plata, 2018).

Seguidamente, otra de las competencias identificadas ha sido *Vínculo terapéutico*, hallazgo acorde a la amplia literatura disponible donde se señala una relación significativa entre la calidad de la alianza terapéutica y el desarrollo y resultados de la psicoterapia (Andrade González, 2005; Corbella & Botella, 2003; Crits-Christoph et al., 2013; Del Re et al., 2012; Laws, et al., 2017; Wampold, 2015; Zilcha-Mano, 2017). Los terapeutas locales señalaron como elemento esencial la empatía, coincidente con numerosos estudios preexistentes (Baldwin et al., 2007; Heinonnen, 2014; Holdsworth et al., 2014; Wampold & Imel, 2005).

Luego, la apertura a la diversidad étnica, cultural, religiosa, política, social, económica y familiar se constituye como factor común presente en diferentes modelos internacionales de formación por competencias (Daniel et al., 2004; Edwards, 2000; European Association for Psychotherapy, 2013; New Zealand Psychologists Board, 2011; Rodolfa et al., 2005), y

también ha sido señalada por los expertos en esta investigación, competencia que se ha denominado *Variables contextuales y diversidad* dado que no solo abarcaría los aspectos de diversidad del consultante, sino también, factores del contexto donde se desempeña el terapeuta que influirían en el proceso.

En otro orden de ideas, se identificó como competencia clínica básica para la psicoterapia al *Manejo de entrevista*. Tal como se afirma en estudios previos, dentro de las competencias fundamentales que debe contar el psicoterapeuta para llevar a cabo una entrevista se encuentran efectuar variaciones en la voz y la conducta no verbal para vincularse con los pacientes, efectuar preguntas de modo conversacional e interactivo, y desarrollar y mantener temas a través de las sesiones (Flemons, Green, & Rambo, 1996).

Finalmente, se observan algunas discrepancias entre los resultados obtenidos en esta investigación y estudios preexistentes. En primer lugar, la población local enfatiza algunos elementos frente a otros, de modo que algunos componentes de competencias presentadas en otros modelos, se constituyen como competencias por sí mismas como ser Vínculo terapéutico y Manejo de entrevista. Por último, también se observan diferencias que corresponderían a expresiones lingüísticas particulares de cada nación.

A partir de estos resultados, se requerirían estudios adicionales, por un lado, para determinar el peso relativo de cada competencia, y por otro, para desarrollar modelos propios para cada área de especialización de la psicoterapia y para cada modelo teórico, como ya se han realizado en otros países (Lemma et al., 2008; Newman, 2010; Pilling et al., 2010; Roth et al., 2009; Roth & Pilling, 2007; Roth et al., 2009).

6.1.2. Establecimiento de indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas para la psicoterapia

Siguiendo la misma metodología, el segundo objetivo específico consistía en establecer indicadores asociados al desarrollo de las competencias clínicas básicas para la psicoterapia. Como resultado del análisis temático, se hallaron cinco indicadores asociados detallados a continuación.

Formación de base y actualización. La importancia de la formación especializada en psicoterapia, el desafío profesional de mantenerse actualizado y la responsabilidad ética de poseer conocimientos y utilizarlos para aplicar las intervenciones de mejor calidad comprobada han sido señalados en numerosas investigaciones (Casari, 2017; Feixas & Miró, 1993; Fernández-Álvarez, 2016; Goodyear et al., 2017; Keegan, 2012; Loubat, 2005; Oblitas, 2008; Ronnestad, 2016; Yonantan-Leus, 2017). No obstante, no se encuentran resultados concluyentes acerca del vínculo entre la formación del terapeuta y evolución del paciente (Davidson & Scott, 2009; Milne, et al., 1999; Ronnestad & Ladany, 2006).

Mientras que en algunos estudios se otorga un valor limitado a la relación entre eficacia terapéutica y formación profesional (Baringoltz, 2005; Walters et al., 2005), en otros, se afirma que el nivel educativo alcanzado y la cantidad de tiempo dedicado a actividades para desarrollar las habilidades profesionales predeciría la efectividad de algunos tipos de terapia (Overholser, 2010; Wampold & Brown, 2005).

En términos generales, cuando se habla de formación y actualización en el campo de la psicoterapia, no se detallan explícitamente las actividades involucradas. Por el contrario, se requiere realizar una búsqueda y análisis del material para obtener información clara al respecto. Como resultado de esta investigación, se obtuvo mayor detalle de las actividades que estarían involucradas en la formación del psicoterapeuta.

En primer lugar, cuestiones esenciales como la obtención del título de grado y matriculación, condición sine qua non para el ejercicio profesional. Luego, la realización de nuevos cursos y entrenamientos, estudios de posgrado como especializaciones, maestrías y doctorados, participación en congresos, jornadas, actividades científicas y la obtención de certificaciones.

En segundo lugar, coincidente con otros modelos internacionales de competencias, en esta investigación, se señala la necesidad de que los terapeutas atravesasen una formación teórica pluralista que permita familiarizarse con diferentes líneas y enfoques (Bartram & Roe, 2005; Roe, 2002a). En la población local, de acuerdo a los resultados obtenidos en presente estudio, se observa especial énfasis en el entrenamiento avanzado en un modelo teórico específico, y adicionalmente la formación en otros enfoques teóricos.

En tercer lugar, el ejercicio de la psicoterapia requeriría, en particular, de conocimientos de neurociencias y neuropsicología, psicopatología y farmacología, necesidad de formación tanto de grado como posgrado, ya señalada en investigaciones previas que demuestran la autopercepción de déficit en estas áreas (Manzo & Di Doménico, 2013).

En sintonía, algunos modelos internacionales de competencias han señalado los conocimientos requeridos para el ejercicio de la psicoterapia. A modo de ejemplo, en el Modelo del Cubo se describe la competencia fundamental “Métodos y conocimiento científico”, que refiere a conocimientos de las bases biológicas, cognitivas y afectivas del desarrollo y comportamiento humano, y estándares éticos y legales de la actividad profesional (Daniel, et al., 2004; Rodolfa et al., 2005). Si bien los primeros son coincidentes con los hallazgos de esta investigación, los segundos no son destacados por los expertos como conocimientos asociados al desarrollo y formación de competencias para la psicoterapia.

Numerosos estudios señalan déficit en la formación en valores y ética profesional de los psicólogos, Montes Sosa (2017) y Galán Jiménez y De Ávila Ramírez (2018) observan una considerable falta de constitución de valores éticos en el ejercicio de la profesión, explicado en parte por la insuficiente formación de grado. Adicionalmente, de acuerdo a los resultados de esta investigación, también podría ser explicado por la importancia menor que los expertos dedicados a la formación le otorgan a esta variable.

Por consiguiente, se requerirán estudios adicionales para determinar el papel que debe tener esta temática en la formación profesional local y su relación con el desarrollo de competencias, además de generar documentos locales y actualizados, que complementen los códigos de ética y que permitan difundir la importancia de conocer los procedimientos y elementos éticos en su desempeño (Guitart, 2007; Salazar & Rodríguez, 2016).

Simultáneamente, en esta investigación se señaló que los psicoterapeutas deben poseer información acerca de cuáles son las intervenciones que funcionan mejor, con mayor eficacia, velocidad y economía para el malestar del paciente y así también contar con información actualizada acerca de los avances de la investigación, importancia que ya ha sido destacada por Casari (2012).

En cuarto lugar, cabe destacar que diferentes modelos internacionales de competencias, conceptualizan a la investigación como una competencia nuclear, tal es el caso de la Canadian Psychological Association (Edwards, 2000). Por su parte, la European Association of Psychotherapy establece que la investigación es un dominio de competencia y que los terapeutas deben reconocer el valor de investigación en la evaluación sistemática de la práctica de la psicoterapia; siendo conscientes de qué investigación se ha realizado y cómo ello impacta en su práctica actual; estar actualizado en los diferentes parámetros de investigación y metodologías, especialmente para cada modalidad de psicoterapia (European Association for Psychotherapy, 2013).

En la literatura, se registra un creciente interés de estudiantes, académicos y profesionales por la construcción de puentes entre la investigación empírica en psicoterapia y la práctica clínica (Fernández-Álvarez, Gómez & García, 2015; Luzzi, Ramos, Bardi, & Slapak, 2015; Scotti, 2011). Por su parte, Garland y Brookman-Fraze (2015) han enfatizado la importancia de la colaboración entre los investigadores y los clínicos, tarea que redundaría en la relevancia, utilidad y factibilidad del trabajo investigativo, así como en la efectividad de la práctica clínica.

Si bien, en nuestra población se otorga importancia a la investigación, pocos estudios la visibilizan como una competencia autónoma. Por ejemplo, González et al. (2012) estudiaron las competencias y subcompetencias requeridas para llevar a cabo investigaciones e iniciaron el desarrollo de una herramienta para su evaluación.

De acuerdo con los resultados de este estudio, la investigación es uno de los componentes asociados al desarrollo de las competencias, lo que lleva a cuestionar si debiera otorgársele mayor peso durante la formación de terapeutas. No solo para llevar a cabo estudios empíricos, sino por sobre todo para poder tomar las herramientas que brindan sus conclusiones a los efectos de ofrecer mejor servicio a los pacientes. Históricamente, los profesionales argentinos fueron formados exclusivamente en psicoanálisis, lo que explica parte de la resistencia a incorporar prácticas basadas en la evidencia (Echeburúa et al., 2010; Mustaca, 2014).

Se torna un desafío establecer a la investigación como una competencia básica para la psicoterapia, además de constituirse como un indicador asociado que favorecería el perfeccionamiento profesional, como una condición que deben desarrollar los profesionales para otorgar el mejor servicio posible. Además, y ya lo ha mencionado Bion (1967) hace más de cincuenta años, la investigación empírica es un método de formación académica que

complementa la supervisión- que se desarrollará a continuación-, en tanto constituye también un dispositivo que permite reflexionar acerca del quehacer del terapeuta.

Seguidamente, en este estudio, se encuentra que los expertos otorgan valor al hábito de la lectura minuciosa de material actualizado de revistas científicas. Una década atrás, estudios señalaban la preocupación por los hábitos de lectura de los estudiantes de psicología, el bajo nivel de lectura de artículos científicos y el escaso conocimiento acerca de proyectos de investigación de la facultad (Benito & Elaisman, 2009; García, 2009), tendencia que se puede afirmar se ha revertido tomando como fundamento los datos obtenidos en esta investigación que serán desarrollados en el *OEA*.

A continuación, dentro del indicador de Formación y actualización, se ha señalado que los terapeutas deben poseer una actitud reflexiva y crítica para revisar criterios históricamente establecidos y cuestionar procedimientos vigentes que no deberían continuar aplicándose. Por lo tanto, habría que rever, siguiendo esta línea de pensamiento, la existencia de una competencia clínica ligada a una postura reflexiva de la práctica, tal como se conceptualiza en otros modelos internacionales (Daniel et al., 2004; Rodolfa et al., 2005).

Supervisión. La supervisión del trabajo clínico forma parte de las competencias presentadas en varios modelos de competencias internacionales (Edwards, 2000; European Association for Psychotherapy, 2013; Falender et.al., 2004; Falender & Shafranske, 2004; New Zealand Psychologists Board, 2011) y los resultados de esta investigación destacan su rol fundamental en la formación de terapeutas. Sin embargo, desde el punto de vista de los expertos, esta variable no se constituiría en sí misma como una competencia.

Del mismo modo que se argumentó previamente acerca del rol de la investigación, la supervisión podría constituirse como competencia clínica básica para la psicoterapia. Cabría reflexionar si tal como sucede a nivel mundial, en Argentina, la supervisión se ha constituido como área especializada de la actividad profesional. Todo indica que, si bien se han

desarrollado modelos de supervisión e instrumentos de evaluación de las competencias para llevarla a cabo, esta actividad pareciera ser incipiente (Falender & Shafranske, 2004; Gonsalvez et al., 2017). Fernández-Álvarez, Hirsch y Keegan, profesionales locales de diferentes modelos teóricos junto con sus colaboradores, se constituyen como líderes que encabezan este cometido.

Pertenencia a instituciones y red de profesionales. La necesidad de colaborar con otros profesionales y formar parte de un equipo se ha conceptualizado en diferentes modelos de competencias internacionales (European Association for Psychotherapy, 2013; New Zealand Psychologists Board, 2011), puesto que numerosas situaciones clínicas requieren incluir a profesionales de otras áreas de la salud en el diseño de tratamiento (Martínez-Mejías, Félix-Fermín, Ruíz-Alfaro & Rivera-Maldonado, 2015). Más aún, algunos modelos internacionales señalan que los psicoterapeutas deben poseer no solo la habilidad para interactuar con otros colegas, sino también conocimientos básicos de las disciplinas asociadas a la profesión (Daniel et al., 2004; New Zealand Psychologists Board, 2011; Rodolfa et al., 2005).

Además de lo antedicho, los profesionales locales mencionaron durante esta investigación la importancia de realizar actividades que no solo se remiten al área laboral, sino que involucran a otros aspectos de la vida personal. Coincidente con las estrategias de prevención del síndrome de Burn out detallados en la literatura especializada: la apertura de espacios durante la jornada laboral donde los profesionales puedan relatar a sus colegas aquellos relatos y eventos traumáticos de sus pacientes de forma inmediata, búsqueda de otras fuentes de información que brinden asesoría, posibiliten conceptualizar el caso de manera integral considerando mayores posibilidades de intervención y eventualmente de compartir la responsabilidad de las decisiones cruciales en el curso del proceso, pero también el establecimiento de espacios de distensión entre los miembros del equipo, libre de las temáticas que trabajan (Muñoz & Velázquez, 2016; Rodríguez & Arias, 2013, Rothschild, 2009). Por

consiguiente, se torna fundamental favorecer que los terapeutas lleven a cabo las actividades que se detallaron en la definición operacional de este indicador (Guerra Vio et al., 2011; Hirsch, 2012; Werner Ipinza, 2010). Ver ANEXO 3.

Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo. Históricamente, atravesar un proceso personal tenía carácter mandatorio, cuyo origen se remitiría a la predominancia del psicoanálisis en Argentina (Kottler, 2010; Malikiosi-Loizos, 2013; Rey 2016). Por el contrario, durante el desarrollo de esta investigación, los expertos informaron que se trataría de un proceso voluntario y deseable y no de una condición sine qua non para el ejercicio de la psicoterapia. Sin embargo, señalan como fundamental que se encuentren predispuestos para acudir a la psicoterapia si fuera necesario y que pidan ayuda en caso de requerirla.

Como contracara, desde el punto de vista del paciente, un estudio de Ivey y Phillips (2016) concluía que más del 60 % considera que la psicoterapia del terapeuta debe ser obligatoria, lo que podría indicar que en el imaginario social, tal como señalaron diferentes autores una década atrás, no existe una imagen clara del rol del psicoterapeuta, y que la distinción entre psicología y psicoanálisis continuaría siendo confusa (Dagfal, 2009; 2010; Dagfal & Gonzalez, 2011).

Si bien excede los objetivos de este estudio, sería deseable abordar la representación social de la profesión y psicoeducar a la población general acerca del rol profesional, las competencias que debieran poseer y los indicadores asociados a su desarrollo lo que permitiría que los pacientes contaran con mayor cantidad de información para tomar decisiones, ya sea seleccionar un terapeuta, iniciar, continuar, o finalizar un proceso terapéutico.

Por otra parte, y en consonancia con la bibliografía disponible (Aponte & Winter, 2000; Casari, 2010; Consoli & Machado, 2004; Keegan, 2012; Macaskill, 1988), durante este estudio, se observó una preocupación generalizada por el estado de salud mental del terapeuta, la

necesidad de que posean conocimiento profundo de sí mismo -rasgos dominantes, esquemas, deseos, demanda, angustia y goce, de acuerdo al modelo teórico al que adscriban-, que sean conscientes de sus áreas de conflicto y limitaciones emocionales para que no interfieran en su labor.

Sin embargo, a diferencia de los estudios previos, se ha encontrado que para lograrlo además de la psicoterapia personal, el terapeuta podría recurrir a otro tipo de actividades que promuevan su salud, crecimiento, satisfacción y calidad de vida. Dentro de ellas, durante este trabajo se conceptualizaron: actividades corporales -ejercicio físico, danza, deporte-, actividades de autoconocimiento -ejercicios de respiración, meditación, relajación-; actividades artísticas -teatro, pintura, música-; actividades de entretenimiento -espectáculos, festivales, conciertos, teatro, cine, TV, series, videojuegos, juegos de mesa y salón- y actividades sociales -fiestas, visitas, encuentros y reuniones con familiares y amigos-. Similar a lo detallado previamente en el indicador Pertenencia a instituciones y red de profesionales.

A partir de lo antedicho, y a modo de síntesis, se puede observar un cambio de posicionamiento ideológico sobre la psicoterapia personal, décadas atrás era incuestionable su obligatoriedad, e impensable que alguien que se dedicara a la psicoterapia no estuviera bajo análisis (Freud, 1926; Keegan, 2012; Macaskill, 1988).

Finalmente, parte del indicador Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo, incluye el abordaje del Estilo Personal del Terapeuta (EPT), entendido como aquellas características que cada terapeuta imprime a su trabajo como resultado de su manera de ser, más allá del foco de su trabajo y de los requerimientos específicos de la tarea (Fernández-Álvarez et al., 1998). La importancia del desarrollo del EPT se refleja en los numerosos proyectos de investigación empírica sobre la temática que se están llevado a cabo en Argentina (tómese como referencia a Casari et al., 2018).

Experiencia personal y profesional. La experiencia profesional del terapeuta ha sido abordada en mayor medida, en comparación con la experiencia personal, y se ha definido desde diversas perspectivas, como nivel educativo alcanzado, entrenamiento clínico, años de ejercicio profesional, y cantidad y/o variedad de pacientes asistidos (Bergin, 1963; Castañeiras et al., 2006; Chambless & Hollon, 1998; Sánchez-Bahillo et al., 2014; Seligman, 1995; Tracey et al., 2017; Overholser, 2010; Wampold & Brown, 2005).

Como resultado de esta investigación, se sugiere incluir no solo la cantidad de años de ejercicio profesional y la cantidad de pacientes asistidos, como habitualmente se suele estudiar el fenómeno, sino que incluir también la realización de prácticas asociadas a la profesión: prácticas pre profesionales durante la carrera de grado, prácticas profesionales no rentadas luego de la obtención del título, trabajo hospitalario o centros de salud -visitancias, concurrencias, residencias-, trabajo para obras sociales, planes de salud, prepagas y actividad privada.

Por otra parte, el abordaje empírico de la experiencia personal fue posterior, Hatcher et al. (2012) señalaron que no solo los pacientes aprenderían del terapeuta, sino que también, el profesional desarrollaría diferentes áreas de su vida al estar en contacto con el padecimiento de otros. Complementariamente, en esta investigación se concluye que otras experiencias que estarían asociadas al desarrollo del psicoterapeuta serían las siguientes: experiencias interpersonales -compañerismo y amistad-; experiencias familiares -crianza, relación con la familia de origen, infancia, adolescencia, paternidad-maternidad; experiencias amorosas -pareja, noviazgo; experiencias de salud- enfermedad, discapacidad-; experiencias de duelo -fallecimientos, accidentes, catástrofes u otros eventos trágicos; experiencias educativas- aprendizaje, escolaridad; experiencias laborales -sin relación directa con su trabajo como psicoterapeuta; experiencias culturales -viajar, emigrar, conocer otras tradiciones, rituales y religiones; experiencias de un periodo histórico -condiciones sociales, económicas, políticas-.

6.1.3. Construcción de un instrumento para la evaluación de las competencias clínicas básicas identificadas y los indicadores asociados a su desarrollo

En la actualidad, existe amplio acuerdo de que una misma competencia puede ser medida utilizando diferentes modelos y que no existe un instrumento ideal que permita su evaluación exhaustiva (APA, 2006). Como consecuencia, se han desarrollado paquetes compuestos por diferentes metodologías, sirva como ejemplo *The Competency Assessment Toolkit for Professional Psychology* elaborado por la *American Psychological Association* (APA, 2006; Joint Committee on Testing Practices, 2000; Joshi et al., 2004; Kaslow et al, 2009; Khan & Aljarallah, 2011).

El tercer objetivo específico de esta investigación consistía en construir un instrumento para la evaluación de las competencias clínicas identificadas y los indicadores asociados a su desarrollo denominado *Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP)*.

En primer lugar, cabe destacar se trata de un instrumento adaptado a la población local y al área de estudio (Adamson et al., 2012; APA, 2006, 2017; Baig et al., 2014), específico para psicoterapeutas argentinos con diferentes niveles de experiencia profesional. Dado que en su elaboración han participado expertos de diferentes modelos teóricos, se puede emplear en la evaluación de competencias clínicas de terapeutas con diferentes marcos conceptuales.

En segundo lugar, la mayoría de los estudios sobre evaluación de competencias se realizaron con encuestas o cuestionarios de autoreporte elaborados ad hoc para estudiantes de grado (Castro Solano, 2004; Distel, 2014; Gimeno Santos & Gallego Matas, 2007; Puppato, 2017; Rodríguez, 2012; Trechera Herreros, Morales-Fernández & Gómez Baya, 2016; Yáñez-Galecio, 2005). También, aplicando el *Cuestionario de Competencias Específicas del Proyecto Tuning* (Laurito & Benatuil, 2017). A diferencia de lo antedicho, la propuesta de valor de la ECCBP radica en haber sido diseñado para profesionales, como así también combinar varios

formatos de evaluación, por un lado, resolución de casos clínicos y autoevaluación para las competencias clínicas y, por otro, encuesta que permite considerar otros indicadores asociadas.

Por otra parte, la ECCBP se puede utilizar para estudiar el proceso educativo de manera continua y para evaluar los resultados del proceso educativo, llamadas función formativa y sumativa (Bloom, 1968; Bloom et al., 1971; Casanova, 1995; Tyler et al., 1967).

Habida cuenta que las herramientas de evaluación, no solo deben ser apropiadas para la etapa de desarrollo y la actividad de la población evaluada, sino también cumplir los criterios de validez y confiabilidad (Adamson et al., 2012; APA, 2006, 2016; Baig et al., 2014), se estudiaron las propiedades psicométricas de la ECCBP. Como resultado, el análisis de la consistencia interna de los ítems de las viñetas arroja niveles de confiabilidad aceptables ($\alpha = 0,54$) (Hernández Sampieri et al., 2014) y en las distintas escalas los valores van de $\alpha = 0,715$ a $0,853$.

Uno de los desafíos que se presentan a la hora de diseñar instrumentos de evaluación es asegurar que reflejen fidelidad con la práctica. Con motivo de recrear situaciones similares a la práctica profesional, se elaboraron tres viñetas clínicas. Otro desafío que se presenta es reducir la subjetividad en el proceso de corrección y para ello se consensaron de antemano respuestas modelo que formarían parte de las claves de corrección (Elander et al., 2007; Pitts et al., 2001; Smith & Tillema, 2003). Ver ANEXO 6.

Por último, la ECCBP permite evaluar gran caudal de sujetos en simultáneo, puesto que el protocolo se encuentra disponible para ser completado en formato computarizado. Si bien los puntajes son computados manualmente, mediante la implementación de un software que calcule los resultados, se podría obtener la información sobre competencias e indicadores asociados en forma inmediata.

A pesar que mediante la resolución de casos se abordó el desafío de obtener mayor fidelidad con la práctica, la situación de evaluación continúa siendo una situación ficticia. Para resolver esta cuestión, se han desarrollado instrumentos observacionales, que podrían complementar los resultados de la ECCBP. A modo de ejemplo, Castillo Rojas (2012) elaboró un protocolo específico para profesionales de un modelo teórico en particular, denominado *Pauta de Observación para Evaluar Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial*.

Por otra parte, se deben considerar algunas limitaciones de evaluar competencias clínicas utilizando la ECCBP. La utilización del formato autoreporte, 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 que es fundamental su inclusión para una adecuada evaluación de competencias (Castillo Rojas, 2012; De las Cuevas Castresana & González De Rivera y Revuelta, 1992; Ward et al., 2002). En otras palabras, aunque la autoevaluación es importante en el desarrollo profesional, puede ser parcial y poco confiable, y en algunos estudios se concluye que este tipo de medidas no correlacionaría con el desempeño real. Sin embargo, se ha reportado que proporcionaría información importante sobre el desarrollo de la confianza, y las áreas donde un aprendiz percibe que tienen fortalezas y debilidades (Mathieson, Barnfield, & Beaumont, 2009). En este sentido, 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 autoreporte (Mikulic, Crespi, Elmasian & Fernandez, 2015).

Afortunadamente, se encuentran disponibles adaptaciones locales de dos de las pruebas más utilizadas en la evaluación de deseabilidad social, que se podrían incluir en la ponderación de las competencias (Cosentino & Castro Solano, 2008; Mikulic et al., 2015), la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale, MC-*

SDS (Crowne & Marlowe, 1960) y el Inventario Balanceado de Respuestas Socialmente Deseables *Balanced Inventory of Desirable Responding, BIDR-6* (Paulhus, 1984, 1989).

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 & Anguiano-Carrasco, 2010; Trechera Herreros et al., 2016).

6.1.4. Descripción de las competencias clínicas básicas

El cuarto objetivo específico consistía en describir, mediante la aplicación de la ECCBP, las competencias clínicas básicas que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina. A continuación, se analizan algunos hallazgos.

Inicialmente, las competencias *Proceso diagnóstico* y *Diseño e intervenciones y técnicas* han mostrado los valores más bajos de todo el protocolo. Por un lado, los terapeutas han mostrado dificultades para generar hipótesis acerca de las situaciones clínicas presentadas (M=0,65; DE=0,33), determinar el motivo de consulta (M=1,16; DE=0,44) y establecer diagnósticos (M=1,19; DE=0,66). Por otro, han mostrado baja autopercepción para la determinación del objetivo de tratamiento (M=1,07; DE=0,66), aplicación de técnicas corporales (M= 2,73; DE= 1,228) y de imaginación (M=2,92; DE= 1,232). Seguidamente, se presentan posibles explicaciones a los datos encontrados.

En primer lugar, en Argentina los psicoterapeutas son profesionales que han recibido formación básica en la carrera de psicología. La certificación como psicoterapeutas en los países latinoamericanos no suele ser un requisito para el ejercicio de la profesión, sino que es

considerado como un sello de calidad. En general, son las organizaciones profesionales por especialidad las que se ocupan de brindar acreditación y, en algunos casos, toman a su cargo la regulación de la práctica (Fernández-Álvarez, 2017).

Los valores bajos en las competencias podrían deberse a falta de formación específica en el campo de la psicoterapia. En consonancia con estos resultados, Soave et al. (2016) reportaron una falta de articulación entre las instancias de admisión y el proceso psicoterapéutico en profesionales que se desempeñan en una institución hospitalaria en la Ciudad de Córdoba. A modo de ejemplo, los profesionales refirieron no considerar el diagnóstico realizado en la admisión, para no condicionar su visión del paciente y sesgar el abordaje terapéutico posterior. Asimismo, los participantes del estudio expresaban que era requisito institucional realizar diagnóstico DSM-IV y CIE-10 y que no les resultaba operativo para guiar el abordaje terapéutico posterior. Por consiguiente, se torna esencial la formación específica en el campo de la psicoterapia y cuestionar el título habilitante para el ejercicio de la psicoterapia una vez finalizada la carrera de grado de psicología.

Evaluación y finalización del proceso. La eficacia de la psicoterapia está en gran parte determinada por el monitoreo constante de los resultados y la incorporación de ese feedback al proceso (Goldberg et al., 2016; Heinonen, 2014; Holdsworth et al., 2014), los psicoterapeutas obtuvieron una media de $M= 3,90$; $DE=0,560$ para la realización de este tipo de tareas.

Numerosos estudios señalan que la reflexión acerca de las propias prácticas clínicas, contribuye de manera directa a mejorar la calidad de las intervenciones (Luzzi et al., 2015; Mash & Hunsley, 1993; Nezu, Nezu, Friedman & Haynes, 1997; Nezu et al., 2006). En este sentido, el reconocimiento de las propias limitaciones se torna fundamental para operar dentro de un marco ético que asegure que la población asistida reciba el mejor servicio posible y, en

caso de detectarse limitaciones personales o profesionales, poder realizar una derivación a tiempo que también forma parte de la práctica profesional competente y ética.

Moncada Arroyo (2007) en el marco del estudio de los factores que contribuyen al cambio y mejora de pacientes, considera como principales características del rol del terapeuta ser sensible, ético y reconocer los propios límites. También Araya-Véliz y Porter Jalife (2017), señaló que los terapeutas más conscientes de sus limitaciones personales y de su propia responsabilidad emocional hacia los pacientes pueden ser más sensitivos y capaces de responder terapéuticamente ante los problemas de los consultantes. A pesar de su importancia, la tarea con menor puntaje de la escala ha sido comprender y monitorear las expectativas del paciente ($M= 3,75$; $DE=0,79$) y reconocer limitaciones personales y profesionales ($M= 4,2$; $DE= 0,75$).

Vínculo terapéutico. Las rupturas de la alianza terapéutica son inherentes a todo tratamiento psicoterapéutico y la habilidad clínica del terapeuta para ocuparse de ellas resulta un factor importante para el éxito terapéutico (Baillargeon, Coté & Douville, 2012; Espíndola, 2011; Safran & Muran, 1996, 2000; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011; Waizmann, Espínola & Roussos, 2009). Sin embargo, detectar y resolver amenazas o rupturas del vínculo terapéutico fue una de las tareas que se evaluó con menor nivel de competencia ($M= 3,43$; $DE= 0,854$).

Al respecto, Salgado (2015, 2016) señala que durante la formación de los terapeutas se debería otorgar mayor peso al conocimiento y desarrollo comprensivo de modelos e intervenciones para resolver rupturas lo que incrementaría los resultados positivos de los tratamientos y los resultados obtenidos en esta investigación ratifican lo antedicho.

Rol profesional. La autorevelación intencional entendida como el comportamiento verbal, por el cual los terapeutas de manera consciente y con un propósito determinado comunican información privada sobre sí mismos a sus pacientes ha reportado efectos beneficiosos sobre

la psicoterapia y sobre el vínculo terapéutico (Murphy & Strong, 1973; Ramsdell & Ramsdell, 1993; Sánchez, 2011; Simón, 1988). Sin embargo, una de las tareas que presentó puntajes por debajo del 70% del máximo posible fue relatar anécdotas o vivencias personales con fines terapéuticos ($M=3,12$; $DE=1,258$) representando el 62.4% del puntaje máximo posible. Por consiguiente, esta tarea amerita ser abordada durante la formación de terapeutas.

Seguidamente, otras tareas que mostraron los valores bajos han sido el cobro y ajuste de honorarios ($M=3,19$; $DE=1,108$) que representa el 63,8 % del puntaje máximo posible y finalizar la entrevista en el horario planificado ($M=3,4$; $DE=1.142$) con el 68 %. Los resultados de esta investigación coinciden con lo dicho por Amézaga (2014) quien estudió la percepción de terapeutas y concluye que, de acuerdo a la visión de los terapeutas, tanto el establecimiento del contrato terapéutico como los honorarios y horarios se constituyen como momentos difíciles del proceso terapéutico. La baja percepción de competencia para dominar esta tarea podría estar vinculada a la sobreoferta de profesionales, los bajos honorarios que se reciben por cada prestación con motivo del aumento de la oferta y la baja proporción de profesionales que tiene trabajo (Hirsch, 2012). Por último, las competencias con mayores puntajes han sido Manejo de entrevista y Variables contextuales y diversidad.

Manejo de entrevista. La competencia Manejo de entrevista ha presentado uno de los puntajes más elevados de todo el protocolo, con una media de $M=4,03$; $DE=0,536$ lo que representa un 80,6% de puntaje máximo posible. La entrevista es la herramienta fundamental de trabajo del psicoterapeuta, técnica que en Argentina se ha constituido en uno de los ejes fundamentales de la formación, se incluye como contenido en diversas asignaturas durante la formación de grado (Bernstein & Nietzel, 1989; Frank de Verthelyi, 1989, 1999; García Arzeno, 1993).

Dentro de las competencias fundamentales que debe contar el psicoterapeuta para llevar a cabo una entrevista se encuentran efectuar variaciones en la voz (tono, volumen, frecuencia inflexión) y la conducta no verbal (postura, gestos, expresión facial) para conectarse con los pacientes, efectuar preguntas de modo conversacional e interactivo, y, desarrollar y mantener temas a través de las sesiones (Flemons et al., 1996). En estas actividades, los terapeutas mostrarían valores elevados de auto percepción de competencia. Por un lado, para la realización de preguntas durante el proceso terapéutico se obtuvo una media de $M=4,3$; $DE=0,689$ que representa el 86% del puntaje máximo posible y la utilización apropiada del lenguaje verbal para informar y explicar $M=4,37$; $DE=0,675$ que representa el 87,4% del puntaje máximo posible.

Cabe destacar que treinta años después, continúa siendo uno de los temas investigados con mayor interés. A modo de ejemplo, Soave & Juaneu (2018) investigaron acerca de las modalidades teórico-clínicas de la primera entrevista psicoterapéutica que implementan los profesionales en los servicios de salud mental de la ciudad de Córdoba. En el estudio se concluye que, si bien la mayoría de los profesionales entrevistados refiere pertenecer a un modelo teórico, la técnica de la entrevista no deriva necesariamente del fundamento teórico explicitado y detectaron que no hay características técnicas consensuadas para analizar la primera entrevista.

Variables contextuales y diversidad. Numerosos estudios señalan que la competencia cultural del terapeuta contribuye en la efectividad y eficacia de la psicoterapia y que requiere de la voluntad del profesional para confrontar las actitudes y creencias relativas a la diferencia racial y étnica y la identidad (Comelles et al., 2012; Fung & Lo, 2017). La escala con mayor puntaje de todo el protocolo de la ECCBP ha sido Variables contextuales y diversidad ($M=4,23$; $DE=0,541$) con un 84.6% del puntaje máximo posible. Los psicoterapeutas han mostrado mayores niveles de competencia para comprender el lenguaje de pacientes de diversas

características vitales, sociales, culturales, políticas y económicas (M=4,33; DE=0,73; 86,6%), utilizar lenguaje accesible considerando las características del contexto donde se desempeña (M=4,37; DE=0,746; 87,4%), trabajar con personas de diferente procedencia social y económica (M=4,46; DE=0,702; 89,2%) y trabajar con pacientes que pertenecen a familias cuya estructura difiere significativamente de la propia (M=4,47; DE=0,678; 89,4%).

6.1.5. Descripción de los indicadores asociados al desarrollo de las competencias clínicas básicas

El quinto objetivo específico consistía en describir, mediante la aplicación de la ECCBP, los indicadores asociados al desarrollo de las competencias clínicas básicas que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina. A continuación, se analizan los principales hallazgos.

Formación de base y actualización. La psicoterapia requiere de una formación de posgrado especializada y supervisada que no puede subestimarse dado que influye en la calidad del servicio que se ofrece a la población (Goodyear, Wampold, Tracey & Lichtenberg, 2017; Keegan, 2012; Loubat, 2005; Oblitas, 2008; Ronnestad, 2016; Salvo, 2003; Yonantan-Leus et al., 2017;). En primer lugar, se indagó acerca del tipo de posgrados realizados y los porcentajes encontrados para realización de maestría y doctorado (7,5% y 6 %) coinciden con un relevamiento ocupacional local reciente, mientras que el porcentaje de realización de carrera de especialización en esta investigación ha mostrado ser superior, 49,1% frente a un 2% reportado por Alonso et al. (2017).

Dado que la formación permanente del terapeuta favorecería el afrontamiento de cada situación con la mayor idoneidad posible (Baringoltz, 2005), se solicitó que indicaran cuándo fue la última vez que realizaron un curso o entrenamiento en relación a su trabajo como

psicoterapeuta. Tal como afirma Casari (2017) hay gran volumen de investigación disponible lo que genera el desafío de mantenerse actualizado, en este sentido el 61,8% de los terapeutas informó que el tiempo transcurrido desde la última asistencia a un curso fue menor a un mes. También, los participantes informaron cuándo fue la última vez que habían leído un artículo de revista indexada, el 60,3% indicó que lo habían realizado durante ese mes. Estos resultados indican que pareciera haberse revertido la falta de hábitos de lectura señalados por Benito y Elmasian (2009) quienes reportaban, en una muestra de 392 estudiantes de psicología, que el 50% de los participantes no tenía interés en mantenerse actualizado sobre su disciplina, y que sólo un 18,1% leía revistas científicas o de divulgación científicas.

Por otra parte, en Argentina, diversos estudios señalan el alto grado de adhesión de los profesionales al modelo psicoanalítico y el sostenido crecimiento de otros modelos (García & Morales de Barbenza, 2006; Muller, 2008; Muller & Palavezzatti, 2005, 2016). En consonancia, los terapeutas que participaron de la investigación pertenecían a diferentes modelos teóricos tradicionales (Fernández-Álvarez, 1994). Se observa una distribución similar a relevamientos locales recientes, aunque en esta investigación, a diferencia de estudios previos, se encontraron mayor cantidad de terapeutas cognitivos que integrativos (Alonso et al., 2017; Muller & Palavezzatti, 2016). Adicionalmente, se observó que gran cantidad de terapeutas tenía formación en otro modelo teórico, complementario al informado en primera instancia, allí también puede observarse el crecimiento y desarrollo de la corriente cognitivo-conductual, siendo el principal modelo teórico de formación complementaria.

Por último, aunque varios estudios indican que la posibilidad de conocer otros modelos teóricos permite al terapeuta enriquecer su mirada frente al paciente y ampliar la cantidad de recursos disponibles para ayudar (Norcross & Goldfried, 2005). En este estudio, un 29,80% de terapeutas refirió no tener formación en otro modelo además del principal. Al respecto Hirsch, (2012) afirma que décadas atrás los profesionales se capacitaban en un solo modelo teórico

psicoterapéutico durante un largo periodo y eso significaba para ellos alcanzar un buen desempeño como psicoterapeutas, esta actitud pareciera aún encontrarse vigente, puesto que gran cantidad de terapeutas no tendría formación en otro enfoque adicional.

Supervisión. La supervisión es una instancia de aprendizaje y de enriquecimiento profesional, y se ha constituido en uno de los métodos más importantes para asegurar que los terapeutas desarrollen sus competencias clínicas (Bernard & Goodyear, 2014; Goodyear, 2014; Noble & Wong, 2004). Se originó en la tradición del psicoanálisis y luego, en el entrenamiento de otras orientaciones teóricas, se comenzó a exigir horas de supervisión como actividad evaluativa de las destrezas y desempeño profesional (Bernard, 2015; Keegan, 2012). En estudios previos, se afirma que gran cantidad de terapeutas supervisan su trabajo clínico más allá del requisito formal (Andreucci Annunziata, 2016; Orlinsky & Ronnestad, 2005), en esta investigación se encuentran resultados similares, un alto grado de adhesión a la práctica de supervisión 85,6% bajo diversas modalidades.

Luego, se indagó acerca del objetivo de la supervisión, solo el 17,4% de los terapeutas concurre con motivo de manejo del encuadre: honorarios, manejo del tiempo. Sin embargo, tal como se desarrolló en el OE4, una de las tareas con valores más bajos en auto percepción de competencias, ha sido el cobro y ajuste de honorarios y finalizar la entrevista en el horario planificado. Por último, la frecuencia de supervisión que informaron los terapeutas ha sido variable, no se ha mostrado una tendencia definida, aunque el mayor porcentaje refirió supervisar de manera mensual (12,90%).

Pertenencia a instituciones y red de profesionales. Recientemente, Rodríguez-Acevedo y Calderón (2018) afirmaron que los psicoterapeutas tienen el llamado ético de establecer lazos colaborativos con otros profesionales, instituciones y la comunidad. Hirsch (2012) afirma que formar parte de una organización eficiente permitiría que el terapeuta mejore al observar el

accionar de otros colegas y compartir el desafío emocional que implican muchos de los casos asistidos y que el ejercicio de la psicoterapia es una práctica cada vez menos independiente. Sin embargo, el 29,40% de los terapeutas afirmó no pertenecer a un grupo de trabajo. Además, a pesar de que numerosos estudios señalan que dentro de los factores que generarían mejora en los pacientes se encuentra la labor conjunta con otros profesionales (Barudi, 1999; Santana & Farkas, 2007; Schon, 1998), solo el 7,3% de los psicoterapeutas trabaja en equipo junto con profesionales de otras disciplinas.

Por último, los grupos de formación han sido tradicionales de Argentina, se han sostenido desde antes de la creación de la carrera de psicología y en particular durante los años 70 cuando el funcionamiento de las universidades públicas se vio interrumpido debido al proceso de dictadura (Buchbinder, 2005; Courel & Talak, 2001; Ferraro & De Andrea, 2011; Klappenbach, 2015; González, 2015; Saforcada, 2008). Los resultados de esta investigación confirman que esta práctica aún se encuentra vigente, tal es así que el 75,5% de los participantes comentó que participaba o había participado en grupos de formación, grupos de lectura, debate de casos o ateneos. A modo de ejemplo, en la Universidad Católica de Córdoba se llevan a cabo grupos psicoanalíticos de reflexión como modo de aprendizaje de los fenómenos grupales, necesarios para la formación del psicólogo (Gigena et al., 2016).

Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo. Dado que la persona del terapeuta es la herramienta principal en la psicoterapia, numerosos autores señalan la importancia del estado de salud mental del psicoterapeuta y la conveniencia de que dispongan un espacio complementario a las clases y supervisiones para explorar su vida personal (Aponte & Winter, 2000; Casari, 2010; Consoli & Machado, 2004; Galfré & Frascino, 2007; Keegan, 2012; Macaskill, 1988; Malikiosi-Loizos, 2013). En esta investigación se ha encontrado que 97,7 % realiza o ha realizado psicoterapia en algún momento de su vida.

Tradicionalmente, el modelo psicoanalítico consideraba la psicoterapia personal como un pilar fundamental de la formación, denominado análisis didáctico de alta frecuencia por la gran cantidad de sesiones semanales que se programaban (Keegan, 2012; Macaskill, 1988). Sin embargo, esta práctica en la actualidad no sería predominante ya que solo el 2,8% de los psicoterapeutas concurriría con frecuencia mayor a semanal. Por el contrario, la gran mayoría, 76,4% concurre con una frecuencia semanal. El cambio de posicionamiento acerca de la frecuencia analítica ha sido explicada por García (2014) quien afirma que la denominación alta frecuencia no debería estar vinculada a un número determinado de sesiones, ni extensión de cada encuentro, continuidad, ritmo o tipo de analista. Por el contrario, propone dejar las condiciones de psicoterapia personal por fuera de toda reglamentación institucional.

Por último, se ha aseverado que durante la formación, se debe favorecer el autocuidado de los alumnos y la ejecución de actividades que propicien salud, bienestar y calidad de vida que permitan detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste asociadas al ejercicio profesional (Durruty, 2005; Keegan, 2012; Tapia & Iturra, 1996; Werner Ipinza, 2010). Algunas prácticas de autocuidado para psicoterapeutas descritas en la literatura han sido dedicarse tiempos de ocio y conversar temas diferentes al trabajo, cuidar el propio cuerpo, hacer deporte y respetar los horarios de descanso (Rodríguez & Arias, 2013). De manera similar, este estudio permitió conocer la variedad de actividades que realizan los psicoterapeutas, las más predominantes fueron actividades sociales (92,9%), actividades de entretenimiento (80,1%) y actividades corporales (62%).

Experiencia personal y profesional. Coincidente con estudios previos (Alonso et al., 2017), la gran mayoría de participantes refirió realizar o haber realizado práctica privada (81,1%) y trabajar con adultos (47,2%). Luego, se indagó acerca de la realización actual o pasada de diversas prácticas. Entre ellas, las experiencias pre-profesionales o practicum,

elemento central de la formación del profesional actual (Benatuil & Laurito, 2015; López García, 2009; Veloz, 2016; Zabalza Beraza, 2011).

En Argentina, la formación práctica fue incluida como un componente fundamental dentro de los Estándares para la Formación del psicólogo en el año 2009 donde se establece como requisito un mínimo de 500 horas de formación práctica (Benatuil & Laurito, 2015). En esta investigación, el 71,9% de terapeutas informó haber realizado prácticas pre profesionales durante la carrera de grado y el 56,4% prácticas profesionales no rentadas luego de la obtención del título. Se trata de actividades que permitirían articular la teoría estudiada a lo largo de la carrera con la práctica, posibilitarían conocer el quehacer profesional del psicólogo y facilitarían la orientación vocacional- profesional (Benatuil & Laurito, 2015).

Por último, el 50,6% de los psicoterapeutas informó haber trabajado en hospital o centros de salud, ya se realizando visitancias, concurrencias, residencias o desempeñándose como personal de planta. Zas Ros (2016) afirma que el trabajo del psicoterapeuta en hospital es considerablemente específico y diferente a los patrones aprendidos con anterioridad en psicología y permitiría el que profesional desarrolle cierto tipo de competencias específicas ya que debe realizar adaptaciones teórico-prácticas, las características del hospital definen abordajes, métodos y estilos de intervención con pacientes, familiares y equipo de salud distintivas.

6.1.6. Evaluación de la existencia de diferentes niveles de competencias clínicas básicas de acuerdo a la experiencia profesional

La experiencia profesional puede definirse, desde diversas perspectivas, como nivel educativo alcanzado, entrenamiento clínico, años de ejercicio profesional, y cantidad y/o variedad de pacientes asistidos (Bergin, 1963; Castañeiras et al., 2006; Chambless & Hollon, 1998; Overholser, 2010; Sánchez-Bahillo et al., 2014; Seligman, 1995; Tracey et al., 2015;

Wampold & Brown, 2005;). En esta investigación, se ha utilizado como indicador de experiencia profesional la cantidad de años de ejercicio profesional.

Diversos estudios examinaron la variabilidad del desempeño a lo largo del tiempo (Goldberg, et al., 2016) y, en concreto, si la práctica profesional sostenida predeciría los resultados de la psicoterapia (Bickman, 1999; Hill et al., 2017; Stein & Lambert, 1995). En consecuencia, algunos estudios afirman que la experiencia profesional se vincularía con la obtención de mejores resultados clínicos (Goodyear et al, 2017; Mullen et al., 2004), mientras que otros investigadores cuestionan la mejora de habilidades a lo largo del tiempo (Budge et al., 2013; Erekson et al., 2017). Debido a las opiniones disimiles, el sexto objetivo específico consistía en evaluar la existencia de diferentes niveles de competencias clínicas básicas de acuerdo a la experiencia profesional.

Como resultado, se encontró que el grupo de Recién graduados se diferencian de los Principiantes en Vinculo terapéutico y Manejo de entrevista, lo que permitiría afirmar que son las competencias clínicas más rápidas de adquirir cuando se inicia la práctica profesional. Entre los terapeutas Principiantes y los Intermedios no se observan diferencias, lo que permitiría afirmar que no se dan cambios significativos en el transcurso de este tiempo, 3-4 años y 5-9 años, o que sus logros comenzarían a ser visibles más adelante. De acuerdo con esto último, se observan diferencias entre los terapeutas Intermedios y Avanzados en Vinculo terapéutico, Rol profesional, Variables contextuales y diversidad, Manejo de entrevista, Evaluación y finalización del proceso y Diseño, intervenciones y técnicas. A continuación, se detallan los principales hallazgos de cada competencia.

Proceso diagnóstico. Se han encontrado relaciones significativas ($p. <0,05$) entre la competencia Proceso diagnóstico y la cantidad de años de experiencia. Tal como mencionaron estudios previos, los profesionales más experimentados conceptualizarían los casos de manera

diferente (Caspar, 1997), tendrían mayor facilidad en la formulación de inferencias (Rutzstein, 2005) y emitirían mejores juicios clínicos (Spengler et al., 2009). En particular, se observaron diferencias en la realización del proceso diagnóstico durante la resolución de casos entre los Recién graduados y terapeutas Intermedios lo que permitiría afirmar que a partir de los 5 años de ejercicio profesional habría un cambio en la modalidad de realizar el proceso.

Diseño, intervenciones y técnicas. Se han encontrado relaciones significativas ($p < 0,05$) entre los años de experiencia profesional y la competencia Diseño, intervenciones y técnicas. En la resolución de casos, se observaría una diferencia entre Recién graduados e Intermedios y Avanzados. A partir de los 5 años y luego de los 10 años de ejercicio de la psicoterapia, los terapeutas desarrollarían las habilidades para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico con mayor nivel de competencia. En cuanto a la autopercepción de competencias, los terapeutas Avanzados se diferenciarían de los Recién graduados, Principiantes e Intermedios. Y, además, entre Recién graduados e Intermedios lo que permite afirmar que es una de las competencias cuya percepción es más variable a lo largo de la carrera profesional.

Vínculo terapéutico. Se han encontrado relaciones significativas ($p < 0,05$) entre los años de experiencia profesional y el nivel de competencia para Vínculo terapéutico, coincidente con estudios previos que afirman que los profesionales con mayor experiencia desarrollarían mayores niveles de empatía y establecerían mejor alianza terapéutica (Heinonen, 2014; Sánchez-Bahillo et al., 2014). En particular, los terapeutas Avanzados se diferenciarían de Recién graduados, Principiantes e Intermedios. Además, los Recién graduados se diferenciarían también de los Principiantes e Intermedios lo que permite afirmar que la autopercepción de competencias del vínculo terapéutico sería variable a lo largo de la carrera profesional y que permitiría diferenciar claramente a los Recién graduados de los terapeutas Avanzados.

Rol profesional. Se han encontrado relaciones significativas ($p. <0,05$) entre los años de experiencia profesional y la competencia Rol profesional. En particular, los terapeutas Avanzados se diferencian de Recién graduados, Principiantes e Intermedios en las tareas de manejar los límites de la relación terapéutica y la distancia interpersonal, identificar las implicancias propias y trabajar para que estas impacten lo menos posible en la tarea y respetar las atribuciones e inhibiciones del rol, entre otras.

Variables contextuales y diversidad. Coincidente con los estudios que afirman que el desarrollo de la competencia cultural es un proceso continuo (Barnett & Kendall, 2011; Barnett & Johnson, 2008; Fung & Lo, 2017; Keen Crook, 2016; Patterson, 2004; Sue & Torino, 2005; Tervalón & Murray-García, 1998; Vásquez, 1992), se han encontrado relaciones significativas ($p. <0,05$) entre los años de experiencia profesional y la competencia Variables contextuales y diversidad, en particular, se observa que los terapeutas Avanzados se diferencian de Recién graduados, Principiantes e Intermedios.

Manejo de entrevista. Se han encontrado relaciones significativas ($p. <0,05$) entre los años de experiencia profesional y el dominio de la técnica de la entrevista, los terapeutas Avanzados se diferenciarían de Recién graduados, Principiantes e Intermedios. Además, los Recién graduados se diferenciarían también de los Principiantes e Intermedios, coincidente con estudios previos que afirman que terapeutas con mayor experiencia planificarían de manera más cuidadosa la recopilación de datos y procesarían la información con mayor selectividad (Caspar, 1997).

Evaluación y finalización del proceso. Se han encontrado relaciones significativas ($p. <0,05$) entre los grupos de acuerdo a la cantidad de años de experiencia. Estudios previos afirman que los terapeutas con mayor experiencia tendrían menores tasas de deserción en comparación con los menos experimentados (Ronnestad & Skovholt, 2013; Tracey et al.,

2014). A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se puede afirmar que parte de la menor tasa de deserción que presentan los terapeutas avanzados podría deberse a que desarrollan competencias que permiten, por un lado, monitorear constantemente el proceso y realizar los ajustes necesarios de acuerdo a las necesidades actuales, y, por otra parte, finalizar el proceso a tiempo mediante un mutuo acuerdo evitando el abandono prematuro.

6.1.7. Relación entre las competencias clínicas básicas y los indicadores asociados a su desarrollo

Formación de base y actualización. Existe amplio acuerdo que la psicoterapia requeriría de formación especializada, y que esta influiría en la calidad del servicio prestado (Goodyear et al., 2017; Keegan, 2012; Loubat, 2005; Oblitas, 2008; Ronnestad, 2016; Yonantan-Leus et al., 2017). En primer lugar, estudios previos afirman que la experticia del psicoterapeuta se encuentra vinculada al nivel educativo alcanzado (Overholser, 2010; Wampold & Brown, 2005). Coincidentemente, en esta investigación, se concluye que existen diferencias de acuerdo a la cantidad de posgrados realizados en el nivel de competencia de Proceso diagnóstico, Vínculo terapéutico, Manejo de entrevista y Diseño, intervenciones y técnicas I y II. Sin embargo, no se encuentran estudios empíricos que profundicen en el desarrollo de las competencias específicas para la psicoterapia de acuerdo al tipo de formación recibida. En este sentido, los resultados obtenidos en esta investigación permiten aportar información a esta área de vacancia puesto que se analizaron las diferencias de nivel de competencias de acuerdo al tipo de posgrado realizado.

De lo que se concluye que, las competencias clínicas se adquieren en diferentes tipos de posgrado, en lo que respecta al Diseño de tratamiento, intervenciones y técnicas la realización de diplomatura y carrera de especialización diferenciarían a los terapeutas. Mientras que la autopercepción del nivel de competencia para realizar estas tareas mostraría diferencia en los terapeutas que han realizado maestría y doctorado. Por último, cabe señalar en la carrera

de especialización se observó diferencias en los niveles de competencias Proceso diagnóstico, Diseño, intervenciones y técnicas I y II y Manejo de entrevista siendo el tipo de posgrado que mayor cantidad de competencias diferenció.

Por otra parte, a pesar de que numerosos autores consideran que la competencia cultural es susceptible a ser desarrollada y que debiera ser parte integral de la formación (Barnett & Kendall, 2011; Barnett & Johnson, 2008; Fung & Lo, 2017; Keen Crook, 2016; Patterson, 2004; Sue & Torino, 2005), en esta investigación, no se han encontrado relaciones entre la competencia clínica Variables contextuales y diversidad y la cantidad de posgrados realizados, la formación en modelos teóricos complementarios, el tipo de estudios de posgrado realizado o la fecha de realización del último entrenamiento. Por el contrario, se ha encontrado relación entre el desarrollo de la competencia y la última vez que los terapeutas leyeron un artículo de revista indexada.

En segundo lugar, estudios previos que afirman que conocer otros modelos teóricos permitiría al terapeuta enriquecer su mirada frente al paciente y ampliar la cantidad de recursos disponibles para ayudar (Norcross & Goldfried, 2005). Coincidentemente, en esta investigación, se han encontrado diferencias de acuerdo a la cantidad de modelos teóricos en los que poseen formación los terapeutas en los niveles de competencias: Proceso Diagnóstico, Vínculo terapéutico, Rol profesional, Manejo de entrevista, Diseño, intervenciones y técnicas II y Evaluación y finalización del proceso.

En tercer lugar, estudios previos que afirman las actividades realizadas con el propósito de mejorar las habilidades profesionales predirían la efectividad de algunos tipos de terapia (Overholser, 2010; Wampold & Brown, 2005). En esta investigación se encontró que la lectura de revistas indexadas permitiría diferenciar a los terapeutas de acuerdo a su nivel de

competencia en Diseño, intervenciones y técnicas II, Variables contextuales y diversidad y Evaluación y finalización del proceso.

Supervisión. De manera general, se afirma que la supervisión tiene como objetivo mejorar el desempeño profesional y la calidad de los servicios profesionales ofrecidos a los clientes (Barnett & Molzon, 2014; Bernard & Goodyear, 2014; Keegan, 2012; Milne, 2007) y que su concurrencia podría generar mejores resultados en los procesos psicoterapéuticos (Mullen et al., 2004). A modo de ejemplo, numerosos estudios afirman que la competencia cultural debiera ser parte integral de la supervisión (Barnett & Johnson, 2008; Barnett & Kendall, 2011; Fung & Lo, 2017; Patterson, 2004; Sue & Torino, 2005; Tervalón & Murray-García, 1998; Vásquez, 1992). Sin embargo, no se encuentran estudios empíricos que exhaustivamente aborden la relación entre la supervisión y el desarrollo de esta competencia.

A partir de la realización de esta investigación, mediante la indagación sobre concurrencia, frecuencia, modalidad y objetivos de supervisión, se han encontrado diferencias en los niveles de las competencias Proceso diagnóstico, Diseño, intervenciones y técnicas I y II, Rol profesional, Variables contextuales y diversidad, Manejo de entrevista y Evaluación y finalización del proceso. Por el contrario, la competencia Vínculo terapéutico no ha mostrado diferencias de acuerdo a estos aspectos de la supervisión, tal como se detallará a continuación, el desarrollo de esta competencia estaría ligada a otros indicadores asociados.

Pertenencia a instituciones y red de profesionales. Numerosos estudios señalan la importancia y necesidad de que los terapeutas formen parte de un grupo de trabajo (Hirsch, 2012; Rodríguez-Acevedo & Calderón, 2018). Sin embargo, son escasos los estudios empíricos que investigan en concreto la vinculación entre las competencias clínicas para la psicoterapia y la pertenencia a instituciones y red de profesionales.

En primer lugar, de manera general, los resultados reflejan el valor de los contactos formales e informales de apoyo y colaboración con alumnos, colegas y otros profesionales para el desarrollo de las competencias clínicas básicas. Sin embargo, cabe destacar que la competencia Variables contextuales y diversidad no ha mostrado vinculación con los aspectos estudiados del indicador, lo que permite inferir que el desarrollo de esta competencia estaría vinculado a otros indicadores.

En segundo lugar, los terapeutas que afirmaron haber dedicado su último encuentro con su grupo de trabajo a solucionar problemas mostraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en la autopercepción de todas las competencias clínicas, mientras que los encuentros dedicados a debatir no mostraron diferencias. Coincidentemente, Herrera Iturra y Opazo Canales (2015) reportaron una experiencia de formación de psicólogos basado en aprendizaje basado en problemas, cuyos participantes mostraron un leve aumento en el desempeño, mayor compromiso y participación, autogestión en la búsqueda de información y capacidad de problematización.

En tercer lugar, si bien en Argentina los grupos de formación tienen larga tradición (Buchbinder, 2005; Courel & Talak, 2001; Ferrero & De Andrea, 2011; González, 2015; Klappenbach, 2015; Saforcada, 2008), no se han encontrado relaciones entre los niveles de competencia y la participación en este tipo de dispositivos, así como tampoco se han encontrado relaciones con la fecha de la última vez que los terapeutas asistieron a una jornada, congreso o actividad científica.

Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo. Numerosos estudios señalan la necesidad de que el terapeuta realice terapia personal alegando diversos motivos tanto en lo que respecta a su desempeño profesional como en su desarrollo personal (Aponte & Winter, 2000; Barnett & Molzon, 2014; Bernard, 2015; Bernard & Goodyear, 2014; Keegan, 2012; Macaskill, 1988;

Milne, 2007; Mullen et al., 2004; Roque Tovar & García García, 2016). Coincidentemente, en este estudio se encontraron diferencias de grupo en el nivel de competencia de los terapeutas para diseñar tratamientos, implementar intervenciones y técnicas de acuerdo a la concurrencia a supervisión.

Historicamente, se ha debatido la frecuencia en la que los terapeutas debieran concurrir a psicoterapia, observándose diferentes posturas de acuerdo al modelo teórico (Keegan, 2012; Macaskill, 1988). En esta investigación se ha encontrado que la frecuencia de concurrencia a psicoterapia no diferenciaría a los terapeutas de acuerdo a su nivel de competencia.

Por otra parte, a pesar de que estudios previos afirman que se torna esencial que los terapeutas dispongan de un espacio complementario a las clases y supervisiones para explorar su vida personal debido a que podrían verse influenciados por creencias, sentimientos que resultaran ser disonantes con los del paciente (Galfré & Frascino, 2007) y que el desarrollo de la competencia cultural requeriría de la voluntad de confrontar las actitudes y creencias relativas a la diferencia racial y étnica y la identidad (Comelles et al., 2009), no se han encontrado realizaciones significativas entre el desarrollo de la competencia Variables contextuales y diversidad y la realización de psicoterapia, su frecuencia y motivo. Tampoco el desarrollo de la competencia Evaluación y finalización del proceso ha mostrado diferencias de acuerdo a los aspectos del indicador Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo, lo que permite afirmar que el desarrollo de todas las competencias clínicas básicas no se encontraría asociado a este tipo de actividades que promueven la salud, crecimiento, satisfacción y calidad de vida del terapeuta.

Seguidamente, se han encontrado diferencias en los niveles de competencia de acuerdo a las actividades que los terapeutas informaron haber realizado durante los últimos 15 días, la realización de actividades corporales ha diferenciado a los terapeutas de acuerdo a su nivel de

competencia para Vínculo terapéutico, Rol profesional y Diseño, intervenciones y técnicas II. Numerosos autores han tratado los beneficios de la actividad física a nivel cognitivo-afectivo, tal es el grado de relevancia que ha cobrado que la psicología del deporte y del ejercicio físico se ha constituido como una rama independiente de la psicología (Cantón Chirivella, 2010; Weinmerg & Gould, 2010). Alguno de los beneficios reportados son aumento de las percepciones positivas sobre autoestima, percepción corporal, sensación saludable, niveles de activación corporal y disminución del estrés, tensión nerviosa, depresión y cansancio (Pino & Pria-Bankoff, 2007; Reigal Garrido, Videra García, Parra Flores & Juárez Ruiz de Mier, 2012; Reynaga-Estrada, 2011; Reynaga-Estrada et al., 2016). Sin embargo, el ejercicio físico en psicoterapeutas y su impacto en la labor no ha sido estudiado sistemáticamente, los resultados de esta investigación permiten contribuir en la profundización del tema, aunque se requieren estudios adicionales que investiguen en profundidad estos hallazgos.

Experiencia personal y profesional. Numerosos estudios vinculan experiencia y nivel general de competencia profesional (Goodyear et al, 2017; Mullen et al., 2004). Sin embargo, son escasos los estudios que analizan la relación particular entre la experiencia personal y profesional y las competencias clínicas básicas requeridas para el ejercicio de la psicoterapia. Uno de ellos afirma que el establecimiento de la alianza se encontraría influenciado por el nivel de experiencia del terapeuta (Consoli, Fernández-Álvarez & Corbella, 2017; Elkin et al., 2014; Hersoug et al., 2001; Miller et al., 2013; Watson et al. , 2014).

En primer lugar, como aporte distintivo, esta investigación ha reportado diferencias de grupo en el nivel de competencias para Vínculo terapéutico, Rol profesional, Variables contextuales y diversidad, Manejo de entrevista, Evaluación y finalización del proceso y Diseño, intervenciones y técnicas II de acuerdo a la cantidad y variedad de pacientes asistidos, ya sea por la patología por la cual consultan o por la franja etaria a la que pertenecen.

En segundo lugar, los resultados corroboran la importancia de la realización de prácticas durante la carrera de grado y posgrado como elemento central dentro de la formación del profesional actual (Benatuil & Laurito, 2015; López García, 2009; Veloz, 2016; Zabalza Beraza, 2011), se han encontrado diferencias en todos los niveles de competencias de acuerdo al tipo y cantidad de prácticas realizadas. Tal como afirman estudios previos, el conocimiento en la psicoterapia se construye mediante un constante proceso de reflexión y elaboración de la práctica profesional, utilizando variados referentes teóricos y prácticos permanentemente actualizados por la práctica en la consulta (López García, 2009).

6.2. Conclusiones

La presente tesis tuvo como objetivo general examinar las competencias clínicas básicas de psicoterapeutas con diferentes niveles de experiencia profesional. Para ello, y organizado en un primer estudio denominado “*Modelo de competencias clínicas básicas e indicadores asociados a su desarrollo. Construcción de la ECCBP*”, se identificaron siete competencias clínicas básicas que debieran poseer los psicoterapeutas para el ejercicio de su profesión.

En segundo lugar, se establecieron cinco indicadores asociados al desarrollo de competencias clínicas básicas para la psicoterapia, se construyó y validó la *Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP)*, instrumento para la evaluación de las competencias clínicas identificadas y los indicadores asociados a su desarrollo.

Posteriormente, con la versión definitiva de la ECCBP, se procedió a la realización del segundo estudio titulado “*Evaluación de las competencias clínicas básicas para la psicoterapia e indicadores asociados a su desarrollo*”, donde se describieron tanto las competencias clínicas básicas como los indicadores asociados a su desarrollo en una muestra

heterogénea de 534 terapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional residentes en diferentes provincias de Argentina.

A continuación, se evaluó la existencia de diferentes niveles de competencias clínicas básicas de acuerdo a la experiencia profesional y se concluyó que se confirmaba la hipótesis inicial “*los psicoterapeutas con mayor experiencia profesional poseen niveles superiores de competencias clínicas básicas*”. Por último, se examinaron las relaciones entre las competencias clínicas básicas y los indicadores asociados a su desarrollo.

A nivel de fortalezas, esta investigación ha logrado aportar evidencia empírica a un área específica poco investigada con rigurosa metodología en la población local. En primer lugar, permitió contar con un listado de competencias clínicas básicas para el ejercicio de la psicoterapia en Argentina, además de indicadores asociados a su desarrollo. Tal como se mencionó en numerosas ocasiones, a nivel mundial se cuenta con diferentes modelos internacionales de competencia, pero no se encuentra material local.

En segundo lugar, es de gran relevancia haber construido un instrumento de evaluación de competencias clínicas adaptado a las características de la disciplina y la población local, importancia que ya ha sido destacada durante este trabajo (Contini de González, 2003).

En tercer lugar, la aplicación de la ECCBP permitió obtener datos socio demográficos y una caracterización actualizada del perfil de los psicoterapeutas argentinos que corroboran y/o contradicen estudios previos. Asimismo, permitieron obtener información novedosa que no se había estudiado hasta el momento. Adicionalmente, los resultados del trabajo incrementan la evidencia empírica que sustenta que las competencias clínicas se desarrollan con la experiencia profesional.

En cuarto lugar, si bien se realizó utilizando una muestra no probabilística por conveniencia, se destaca su amplitud y variedad. Tal como afirmó Miller y Moyers (2015) la

heterogeneidad de los participantes es un factor favorable. Se convocó profesionales de diversos modelos teóricos, con diferente nivel de experiencia y residentes de todo el territorio argentino, cometido que se logró mediante la convocatoria no solo a través de diferentes organizaciones y universidades públicas y privadas sino también por la invitación enviada a los Colegios de Psicólogos cada provincia, incluyendo Buenos Aires en sus 15 distritos.

Otro aspecto distintivo, está relacionado al análisis estadístico exhaustivo sobre todas las variables mediante el empleo de diferentes cálculos seleccionados de acuerdo a la distribución que presentaron los datos. A pesar de que el número de la muestra hubiera permitido analizar los datos utilizando estadística paramétrica, la realización de la prueba de normalidad determinó que los datos no se distribuían normalmente. Luego, se analizó detalladamente cada aspecto demográfico y profesional que puede influir sobre el desarrollo de las competencias, incluyendo variables sin precedentes en la tradición de investigaciones similares.

Por otro lado, si bien los resultados de la presente investigación dan cuenta de una serie de hallazgos relevantes para los profesionales de la salud mental, el estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, para realizar un estudio más profundo acerca de la existencia de diferentes niveles de competencias clínicas básicas de acuerdo a la experiencia profesional se dividió la muestra. Debido a que no se encontró un criterio teórico unificado para realizarlo, se utilizó el criterio estadístico división de la muestra en cuartiles. Sin embargo, esto ocasionó que el tamaño del grupo 2 resultara menor en comparación al resto.

En segundo lugar, debido a las características del estudio y dado que excedía los objetivos planteados, no se utilizaron medidas de resultado. Se deberían continuar las investigaciones sobre la vinculación entre el nivel de competencias clínicas básicas y los

resultados de la psicoterapia. En otras palabras, indagar si se obtienen más éxitos terapéuticos de acuerdo al nivel de competencia.

Además, dado que parte de la ECCBP tiene formato de autoreporte, existe la posibilidad de que las respuestas de los terapeutas hayan sido sesgadas debido a la necesidad de manejar una impresión favorable; a ello se suma que las respuestas a cuestionarios de este tipo requieren de conciencia de sí mismo, y/o percepciones erradas sobre sí o sobre los comportamientos lo que podría generar que se sobre o subestime el nivel de competencia para las tareas evaluadas mediante esta modalidad. Para futuras investigaciones, sería interesante incluir otras metodologías de evaluación e instrumentos de discapacidad social, además de las ya mencionadas medidas de resultados.

En tercer lugar, dado que el desempeño competente y el desarrollo de las competencias está influenciado por múltiples factores sería deseable que futuros estudios incorporen variables como personalidad, Estilo Personal del Terapeuta, estilo cognitivo y motivación para poder ampliar la concepción de desempeño exitoso.

A modo de cierre, los resultados de la presente investigación dan cuenta de una serie de hallazgos relevante e implicancias prácticas para los profesionales de la salud mental. Esta información puede orientar el diseño de programas de entrenamiento, fortalecer prácticas de aprendizaje que diferencian a los terapeutas de acuerdo a su nivel de competencia y dejar de lado prácticas que parecieran no generar desarrollo significativo de competencias. Es importante destacar, que los resultados, por un lado, permiten identificar cuáles son las competencias que los terapeutas tienen mejor desarrolladas y en cuáles habría que reforzar durante los entrenamientos.

REFERENCIAS

- Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review* 23(1) 1-33.
- Ackermans, A. & Andolfi, M. (1990). La creacion del sistema terapeutico. La escuela de Terapia Familiar de Roma. Buenos Aires: Paidós.
- Adamson, K.A., Kardong-Edgren, S. & Willhaus, J. (2012). An Updated Review of Published Simulation Evaluation Instruments. *Clinical Simulation In Nursing* 9 (9), 393-400. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2012.09.004>
- Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya. (2009). Guía para la evaluación de competencias en el área de humanidades. Recuperado de http://www.aqu.cat/doc/doc_51339416_1.pdf
- Aguilar-Morales, J.E. (2011). *La evaluación educativa*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología.
- Aiken, L. R. (1980). Content validity and reliability of single items or questionnaires. *Educational and Psychological Measurement*, 40, 955–959
- Aiken, L. R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 131-142.
- Aiken, L.R. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México: Person Educación.
- Alles, M.A. (2006). *Desempeño por competencias: evaluación 360*. Buenos Aires: Granica.
- Alloatti, M. (2014). Una discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales. IV Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, 27 al 29 de agosto de 2014, Heredia, Costa Rica. La investigación social ante desafíos transnacionales: procesos globales, problemáticas emergentes y

perspectivas de integración regional. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8286/ev.8286.pdf

Alonso, M. & Klinar, D. (Noviembre, 2014). Los psicólogos en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2013. Sesión de cartel presentado en VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación X Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Alonso, M. & Klinar, D. (Noviembre, 2015). Los psicólogos en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2014. Sesión de cartel presentado en 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: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Alonso, M. & Klinar, D. (Noviembre, 2016). Los psicólogos en Argentina. Relevamiento Cuantitativo 2015 (Resultados preliminares). Sesión de cartel presentado en VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de investigadores de Psicología del Mercosur. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Alonso, M., & Klinar, D. (Noviembre, 2013). Los psicólogos en Argentina. Relevamiento Cuantitativo 2012. Sesión de cartel presentado en V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornada de Investigación y IX Encuentro de Investigadores de Psicología del Mercosur. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Alonso, M., Gago, P. & Klinar, D. (Noviembre, 2017). Distribución ocupacional de los psicólogos en Argentina 2017. Encuesta exploratoria. Datos preliminares sobre 1854 profesionales. Sesión

de cartel presentado en IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de investigadores de Psicología del Mercosur. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.

American Psychological Association. (2006). *Final Report of the APA Task Force on the Assessment of Competence in Professional Psychology*. Recuperado de: <https://www.apa.org/ed/resources/competence-report.aspx>

American Psychological Association. (2012). *Recognition of Psychotherapy Effectiveness*. Recuperado de: <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>

American Psychological Association. (2014). *Different approaches to psychotherapy*. Recuperado de: <https://www.apa.org/topics/therapy/psychotherapy-approaches.aspx>

American Psychological Association. (2016). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*: Recuperado de <https://www.apa.org/ethics/code/>.

American Psychological Association. (2018a). *Understanding psychotherapy and how it works*. Recuperado de: <https://www.apa.org/helpcenter/understanding-psychotherapy.aspx>.

American Psychological Association. (2018b). *Different approaches to psychotherapy*. Recuperado de: <https://www.apa.org/topics/therapy/psychotherapy-approaches.aspx>

Amézaga A.C, Dávila Y., & Vilches-Álvarez, O. (2014). Los Momentos Difíciles en Psicoterapia: Una oportunidad para el cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23 (2), 131-144.

Anastasi, A. (1988). *Psychological testing*. New York: Macmillan Publishing Company.

Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.

- Anderson, H. & Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: G. Kenneth y M. Sheila, *La terapia como construcción social* (pp- 45-60). Barcelona: Paidós.
- Anderson, N., Cohen, K., Stephens, S., Hadjistavro-poulos, T., Lichtenberg, J., Derevensky, J., Zlotlow, S. & Caputo, A. (2007). Memorandum of understanding between the APA and the CPA for phasing out the process of concurrent accreditation of doctoral training programs and predoctoral internship training programs in professional psychology. Canadian Psychological Association.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist Effects: Facilitative Interpersonal Skills as a Predictor of Therapist Success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755-768. doi: 10.1002/jclp.20583
- Andrade González, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16 (1), 9-29.
- Andreucci Annunziata, P. A. (2016). Dispositivo de supervisión de prácticas pedagógicas: una propuesta de re-construcción desde la complejidad. *Perspectiva Educativa* 55 (2) 3-20. doi: 10.4151/07189729-Vol.55-Iss.2-Art.463
- Andreucci Annunziata, P. A., & Bock Gálvez, K. Y. (2015). Identidad Profesional del Supervisor Clínico: Un Estudio de Casos Desde la Perspectiva del Sí-Mismo Dialógico. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 93-102.
- Andrews, J. J. W., & Violato, C. (2010). The assessment of school psychologists in practice through multisource feedback. *Canadian Journal of School Psychology*, 25(4), 328-346. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0829573510373585>

- Andrews, L. B., & Burruss, J. W. (2004). Core competencies for psychiatric education: Defining, teaching, and assessing resident competence. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing Inc.
- ANECA. (2005). Libro Blanco para El Título de Grado de Psicología. Disponible en: http://www.aneca.es/var/media/150356/libroblanco_psicologia_def.pdf
- Aponte, H. J., & Winter, J. E. (2000). The person and practice of the therapist: Treatment and training. En: M. Baldwin (Ed.), *The use of self in therapy* (pp. 127–166). New York: Haworth
- Araya-Véliz, C., & Porter Jalife, B. (2017). Habilidades del terapeuta y mindfulness. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 232-240.
- Ardila Suárez, E.E. & Rueda Arenas, J.P. (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Revista Colombiana de Sociología* 36 (2) 93-114.
- Aristimuño A. (2004). Las competencias en la educación superior: ¿demonio u oportunidad? Departamento de Educación, Universidad Católica de Uruguay disponible en http://www.cedus.cl/files/competencia_aristumuño.pdf.
- Arkowitz, H. (1991). Introductory statement: psychotherapy integration comes of age. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 1-3.
- Arter, J.A. & Spandel, V. (1992). Using Portfolios of Student Work in Instruction and Assessment. *Educational Measurement Issues and Practice* 1 (11) 36-44. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-3992.1992.tb00230.x>
- Artiaga, S. et al. (Octubre, 2016). *Adaptación argentina del sistema de codificación de rupturas y resoluciones en la alianza terapéutica (3RS). Un aporte para la clínica y la investigación.*

Sesión de cartel presentado en el Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica, Buenos Aires.

Asociación de Psicólogos de Buenos Aires. (2018). Comunicado APBA – Rechazamos la Resolución 1254. Recuperado de: <http://psicologos.org.ar/comunicado-apba-rechazamos-la-resolucion-1254/>

Australian Psychological Society. (2008). Graduate Attributes of Four-Year Australian Undergraduate Psychology Program. Australian Psychology Accreditation Council. Recuperado: <https://www.psychologycouncil.org.au/sites/default/files/public/Grad%20Attributes%204th%20Year%20Aust%20UGrad%20Psych%20Prog%2022%20Feb%202008.pdf>

Bados López, A., García Grau, E., & Fusté Escolano, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (3), 477-502.

Baig, M., Ali, S. K., Ali, S. & Huda, N. (2014). Evaluation of multiple choice and short essay question items in basic medical sciences. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(1), 3-6. doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.301.4458>

Baillargeon, P., Coté, R., & Douville, L. (2012). Resolution Process of Therapeutic Alliance Ruptures: A Review of the Literature. *Psychology*, 3(12), 1049-1058.

Balbás Yusta, P. (2015). *El papel de las diferencias culturales y de la competencia intercultural en el establecimiento de la alianza terapéutica*. Tesis de maestría Pontificia Comillas, España.

Baldwin, S. A., & 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). New Jersey: Wiley.

- Baldwin, S.A., Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 75 (6) 842-851. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.842
- Baringoltz, S. (2005). La importancia del estilo personal del terapeuta y el vínculo como herramientas terapéuticas. Recuperado de: <http://centrodeterapiacognitiva.com/wp-content/uploads/2011/01/Aportes-Cognitivos-a-la-Vision-del-Terapeuta-y-V%C3%ADnculo-Terapeutico.pdf>
- Barlow, D. (2010). Negative effects from psychological treatments: a perspective. *American Psychologist* 65, 1, 13-20. doi: 10.1037/a0015643.
- Barlow, D.H., Allen, L.B. & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy* 35 (2) 205-230. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Barnett, J. E., & Johnson, W. B. (2008). *Ethics desk reference for psychologists*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Barnett, J. E., & Johnson, W. B. (2008). *Ethics desk reference for psychologists*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Barnett, J. E., & Molzon, C. H. (2014). Clinical supervision of psychotherapy: Essential ethics issues for supervisors and supervisees. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 1051–1061. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22126>
- Barnett, L. & Kendall, E. (2011). Culturally appropriate methods for enhancing the participation of Aboriginal Australians in health-promoting programs. *Health Promotion Journal of Australia* 22(1) 27–32

- Barsky, A. & Coleman, H. (2001). Evaluating skill acquisition in motivational interviewing: the development of an instrument to measure practice skills. *Journal of Drug Education*, 31, 69-82.
- Bartram, D., & Roe, R. A. (2005). Definition and Assessment of Competences in the Context of the European Diploma in Psychology. *European Psychologist*, 10 (2), 93-102. doi: <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.10.2.93>
- Bartram, D., Bamberg, E., Bräuner, B., Georgas, J., Holte, A., Jern, S. & Job, R. (2008). EuroPsy – The European Certificate in Psychology. Texto recuperado de: http://www.inpa-europsy.it/nuovi_docum.2008/EuroPsy_english.pdf.
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología social: Prevención y reparación*. Santiago: Galdoc.
- Bashook, P. G. (2005). Best Practices for Assessing Competence and Performance of the Behavioral Health Workforce. *Administration and Policy in Mental Health*, 32(5-6), 563-592. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10488-005-3265-z>
- Behobi Baudou, W. (2016). Las estrategias de autocuidado de los psicólogos clínicos. Recuperado de: https://www.academia.edu/25170737/Las_estrategias_de_autocuidado_en_los_psic%C3%B3logos_cl%C3%ADnicos
- Behobi Baudou, W. (Diciembre, 2015). *Presentación de la escala de conductas de autocuidado*. Sesión de cartel presentado en XVII Jornada Científica Secretaría de Ciencia y Tecnología Buenos Aires, Argentina.
- Benatuil, D. & Laurito, J. (2009). El perfil laboral y educativo de los jóvenes psicólogos. *SUMMA Psicológica UST*, 6 (2), 55-68.
- Benatuil, D., & Laurito, J. (2015). El rol de las prácticas profesionales supervisadas en una muestra de estudiantes de psicología de una universidad de gestión privada argentina. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 397-410. doi: 10.5872/psiencia/7.2.141

- Beneitone, P., Esquetine, C., González, J., Marty, M., Siufi, G., & Wagennar, R. (2007). Reflexiones y perspectivas de la educación superior en América Latina: Informe final del proyecto Tuning América Latina 2004-2007. España: Universidad de Deusto.
- Benito, E. & Elmasian, M. (2009). Hábitos de acceso informacional en estudiantes de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur (pp.458-459). Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Bent, R. J. (1992). The professional core competency areas. In R. J. Peterson, J. McHolland, R. J. Bent, et al. (Eds.), *The core curriculum in professional psychology* (pp. 77– 81). Washington, DC: American Psychological Association and National Council of Schools of Professional Psychology
- Berdullas, M., Peiro, J., Ramos, J., Álvarez, M., Del Barrio, M., Urra, J., Osca, A & Puente, H. (2007). Competencias profesionales del psicólogo. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos EuroPsy. Recuperado de: <http://www.europsy.cop.es/index.php?page=competencias-de-los-psicologos>
- Bergin, A. E. (1963). The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 10, 224 –250.
- Bergin, A. E. (1966). Some implications of psychotherapy for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 235–246.
- Berman, P. S. (2010). Case Conceptualization and Treatment Planning. *Integrating theory with clinical practice*. California: Sage Publications.

- Bernal & Scharrón-del-Río, 2001 Bernard, J.M., & Goodyear, R.K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Bernard, J.M. & Goodyear, R.K. (2014). *Fundamentals of Clinical Supervision*. Boston: Pearson.
- Bernard, J.M. & Luke, M. (2015). A Content Analysis of 10 Years of Clinical Supervision Articles in Counseling. *Counselor Education & Supervision*, 54. doi: 10.1002/ceas.12024.
- Bernard, J.M. (2015). A Content Analysis of 10 Years of Clinical Supervision Articles in Counseling. *Counselor, Education and Supervision*, 54 (4) 242-257. doi: <https://doi.org/10.1002/ceas.12024>
- Bernstein, D.A. & Nietzel, M.T. (1989). *Introduction of Clinical Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Bertrand, O. (2005). Evaluación y certificación de competencias y cualificaciones profesionales. Madrid: Cooperación Iberoamericana.
- Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., & Martin, B. R. (2000). Prescribing therapeutic interventions through strategic treatment selection. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(1), 1-17. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80002-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80002-4)
- Beutler, L. E., Consoli, A. J., Lenore, S., & Sheltzer, J. M. (2017). Systematic treatment selection. In A. J. Consoli, L. E. Beutler, & B. Bongar (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 205–221). New York, NY: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Machado, P.P. & Allstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In A. Bergin y S. Garfield (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 229-269). New York: Wiley.

- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., & Talebi, H. (2004). *Therapist variables*. En M. J. Lambert, (Eds.) Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 227–306). New York: Wiley.
- Beutler, L.E. & Malik, M.L. (2002). Rethinking the DSM. Washington: American Psychological Association.
- Beutler, L.E. (2009). Making Science Matter in Clinical Practice: Redefining Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (17) 166-167. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01168.x>
- Bickman, L. (1999). Practice makes perfect and other myths about mental health services. *American Psychologist*, 54 (11), 965-978. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0088206>
- Bion, W. (1967). *Second Thoughts*. Heinemann: London.
- Biscotti, O. (2008). Terapia de pareja una mirada sistémica. Argentina: Lumen.
- Bishop, R. L. (1990). Multiple Choice Questions. *The Teaching Of Astronomy* 83-87.
- Blagys, M. D. & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive Features of Short-Term Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy: A Review of the Comparative Psychotherapy Process Literature. *Clinical Psychology Science and Practice*, 7 (2) 167-188. doi: <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.2.167>
- Bloom, B. S. (1968). Learning for Mastery. *Evaluation Comment*, 1 (2) 1-12.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill.
- Boisvert, C. M., & 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.34.5.508>

Bolívar, A. (2008). El discurso de las competencias en España: educación básica y educación superior. *Revista de Docencia Universitaria*, 6 (2).

Bordin, E.S. (1976): The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260. doi:10.1037/h0085885

Borrowman, S. (1999). Trinity of portfolio placement: Validity, reliability, and curriculum reform. *Writing Program Administrator*, 23, 7-27.

Boscolo L., Cecchin G., Hoffman L. & Penn P. (1987). Terapia familiar sistémica de Milán: *Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires; Amorrortu.

Botella, L. & Corbella, S. (2005). Neurobiología de la Autorregulación Afectiva, Patrones de Apego y Compatibilidad en la Relación Terapeuta-Paciente. *Revista de Psicoterapia*, 61, 77-104.

Botella, L. & Maestra, J. (2016). Integración en psicoterapia en terapeutas en formación: atribución de factores comunes e ingredientes específicos en casos prototípicos de cinco orientaciones psicoterapéuticas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25 (1), 39-48.

Botella, L., Maestra, J., Feixas, G., Corbella, S. & Vall, B. (2015). Integración en psicoterapia 2015: Pasado, presente y futuro. Documento de trabajo. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Luis_Botella/publication/284869588_Integracion_en_psicoterapia_2015_pasado_presente_y_futuro/links/565b841e08ae4988a7ba83b7/Integracion-en-psicoterapia-2015-pasado-presente-y-futuro.pdf

Bourg, E.F., Bent, R.J., Callan, J.E., Jones, N.F., McHolland, J.D., & Stricker, G. (1987). Standards and evaluation in the education and training of professional psychologists. Norman, OK: Transcript Press.

- Bourg, E.F., Bent, R.J., McHolland, J.D., & Stricker, G. (1989). Standards and evaluation in the accreditation and training of professional psychologists: The national council of schools of professional psychology Mission Bay conference. *American Psychologist*, 44, 66–72.
- Boutin, G. & Jullien, L. (2000). L'obsession des competences. Son impact sur l'école et la formation des enseignants. Montréal: Editions nouvelles.
- Boyatzis, R. E. (1998). Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Uso del análisis temático en psicología. *Investigación cualitativa en psicología*, 3, 77-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Briones, G. (2003). Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales. <https://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2014/02/Metodolog%C3%ADa-de-la-investigaci%C3%B3n-cuantitativa-en-las-ciencias-sociales.pdf>
- Buchbinder, P. (2005). *Historia de las universidades argentinas*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Budge, S. L., Owen, J. J., Kopta, S. M., Minami, T., Hansen, M. R., & Hirsch, G. (2013). Differences among trainees in client outcomes associated with the phase model of change. *Psychotherapy*, 50 (2) 150 –157. doi: 10.1037/a0029565
- Bunk, G.P. (1994) La transmisión de las competencias en la formación y el perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Revista Europea de Formación Profesional*, 1, 8-14.
- Burga, R. (1981). Terapia gestáltica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13 (1), 85- 96. Cariaga
- Siracusa, M. L. & Casari Cobos L. M. (2014). La incidencia de Rasgos de Personalidad en Estudiantes Avanzados en Psicología hacia la elección de una Línea Teórica. *Revista Psicogente. Órgano de difusión científica de la Universidad Simón Bolívar*, 17 (32), 379-396.

- Callan, R. J. (1998). The Critical Incident Technique in hospitality research: an illustration from the UK lodge sector. *Tourism Management*, 19 (1), 93-98. doi: [https://doi.org/10.1016/S0261-5177\(97\)00078-2](https://doi.org/10.1016/S0261-5177(97)00078-2)
- Calo, O. (2000). Ética y deontología en la formación del psicólogo argentino. *Fundamentos en Humanidades*, 1 (2), 7-12.
- Camacho, J. (2006). Panorámica de la terapia Sistémica. Recuperado de: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo33.pdf>
- Camilloni, A. R. W. (1998). La calidad de los programas de evaluación y de los instrumentos que lo integran En: A.R.W. Camilloni, S. Celman, E. Litwin y M. del C. Palou de Maté. *La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo*. (pp: 67-92). Buenos Aires: Paidós.
- Cañero-Pérez, M. (2018.). La relación terapéutica en los modelos humanistas-experienciales: alianza de trabajo y aspectos emocionales. *Calidad de vida y salud 1* (11), 10.20.
- Cano García, M. E. (2008). La evaluación por competencias en la educación superior. *Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 12 (3) 1-16.
- Cantón Chirivella, E. (2010). La psicología del deporte como profesión especializada. *Papeles del Psicólogo*, 31 (3), 237-245.
- Capuano, A. (2004). Evaluación de desempeño: desempeño por competencias. *Invenio*, 7 (13), 139-150.
- Cariaga Siracusa, M. L. & Casari, L. M. (2014). La incidencia de Rasgos de Personalidad en Estudiantes Avanzados en Psicología hacia la elección de una Línea Teórica. *Revista Psicogente. Órgano de difusión científica de la Universidad Simón Bolívar*, 32 (17), 379-396.

- Carless, S. A., Robertson, K., Willy, J., Hart, M., & Chea, S. (2012). Successful Postgraduate Placement Experiences: What is the Influence of Job and Supervisor Characteristics? *Australian Psychologist*, 47(3), 156-164.
- Carrera Hernández, C., & Marín Uribe, R. (2011). Modelo pedagógico para el desarrollo de competencias en educación superior. *Actualidades Investigativas en Educación*", 11 (1), 1-32.
- Casanova, M.A. (1995). *Manual de evaluación educativa*. España: Editorial La muralla S.A.
- Casari, L. (2010). ¿Es necesaria la salud mental en los psicólogos? *Diálogos*, 1 (2), 29-41.
- Casari, L. (2012). Psicoterapia como actividad privada en Argentina. *Eureka*, 9,1.
- Casari, L. (2017). *Estilo Personal del Terapeuta en profesionales que trabajan en el campo de las adicciones*. (Tesis de doctorado en Psicología inédita). Facultad de Psicología, Universidad de San Luis. San Luis, Argentina.
- Casari, L. et al., (2017) Burn Out y calidad de vida percibida en profesionales residentes del área materno-infantil de la provincia de Mendoza. *Investigaciones en psicología* 22 (2) 7-16.
- Casari, L. M. Assenato, F. & Grzona, S. (2017). Estilo Personal Del Terapeuta De Psicólogos Que Trabajan En Autismo. *Revista de Psicoterapia*, 28, 169 – 188.
- Casari, L. M., Boetto, F. C. & Daher, C. (2015). Síndrome de Burn Out en profesionales residentes de salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 61 (2), 114-122.
- Casari, L. M., Magni, X. B. & Morelato, G. S. (octubre, 2014). Estilos Personal del Terapeuta en profesionales que trabajan en situaciones de maltrato infantil. Presentación realizada en el Primer Congreso Latinoamericano de Ciencia Psicológica, Buenos Aires, Argentina.

- Casari, L. M., Morán, V. E. & Ison, M. S. (2017). Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta: análisis factorial confirmatorio de modelos rivales con psicoterapeutas argentinos. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 11 (2), 69-84. doi: 10.21500/19002386.272
- Casari, L. Isón, M.S. & Gómez, B. (2018). Estilo Personal del Terapeuta estado actual (1998 – 2017) *Revista argentina de clínica psicológica* 27 (3) 466-477. doi: 10.24205/03276716.2018.1082}
- Casari, L., Espeche, V. & Bustos, G. (2012). Inserción laboral en jóvenes graduados de psicología. *Revista diálogos*, 3 (2), 69-86.
- Casari, L., Ison, M., Albanesi, S. & Maristany, M. (2017). Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento Psicológico*, 15 (1), 7-17. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.FEP
- Casari, L.M, Albanesi, S., Maristany, M. & Ison, M. (2016b). Estilo Personal del Terapeuta: Estado actual y perspectivas futuras. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9 (2), 26. doi: 10.5872/psiencia/9.102
- Casari, L.M., Albanesi, S., Maristany, M., & Ison, M. (octubre, 2016a). *Estilo Personal del Terapeuta: Estado actual y perspectivas futuras*. Trabajo presentado en el Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica. Buenos Aires, Argentina.
- Case, S.M. & Swanson, D.B. (2003). Constructing Written Test Questions For the Basic and Clinical Sciences. Recuperado de: http://www.medbev.umontreal.ca/docimo/DocSource/NBME_MCQ.pdf
- Caspar, F. (1997). What goes on in a psychotherapist's mind? *Psychotherapy Research*, 8, 105 – 125. doi: <https://doi.org/10.1080/10503309712331331913>.

- Castañeiras, C., García, F., Lo Bianco, J., & Fernández-Álvarez, H. (2006). Modulating effect of experience and theoretical technical orientation on the Personal Style of the Therapist. *Psychotherapy Research, 16* (5), 587-593. doi: <https://doi.org/10.1080/10503300600802867>
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F. & Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación del estilo personal del terapeuta: presentación de una versión abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica, 26* (1), 5-13. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100001>
- Castillo Rojas, F. S. (2012). Diseño de un instrumento de evaluación de competencias especializadas en psicoterapeutas constructivista-cognitivos. Tesis para optar por el grado de Magister en Psicología. Universidad de Chile
- Castonguay, L. G., Newman, M. G., Borkovec, T. D., Holtforth, M. G., & Maramba, G. G. (2005). Cognitive-behavioral assimilative integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Oxford series in clinical psychology. Handbook of psychotherapy integration* (pp. 241-260). New York, NY, US: Oxford University Press. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0011>
- Castro Solano, A. (2003). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Psicodebate, 3*. doi: <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v3i0.503>
- Castro Solano, A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Interdisciplinaria, 21* (2), 117-152.
- Ceberio, M., Moreno, J. & Des Champs, C. (2000). La formación y el estilo del terapeuta. *Perspectiva Sistémica, 60*.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66* (1), 7-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>

- Chell, E. (1998). Critical Incident Technique. En: C. Cassell y G. Symon *Essential Guide to Qualitative Methods and Analysis in Organizational Research*. (pp. 51-72). Thousand Oaks, CA: Sage,
- Chorne, M. & Dessal, G. (2017). Jacques Lacan: El psicoanálisis y su aporte a la cultura contemporánea. España: Fondo de Cultura Económica de España.
- Colapinto, J. (1996). La dilución del proceso familiar en los servicios sociales: implicaciones para el tratamiento de las familias negligentes. *Redes*, 1 (2), 9-35.
- Colegio de Psicólogos de Tucumán. (2018). Incumbencias Profesionales de los Psicólogos. Recuperado de: <http://colpsicologostuc.org.ar/noticias/asuntos-profesionales/incumbencias-profesionales-de-los-psicologos/>.
- Colegio de Psicólogos de Tucumán. (s/f). En defensa del Ejercicio Profesional. Recuperado de: <http://colpsicologostuc.org.ar/noticias/asuntos-profesionales/en-defensa-del-ejercicio-profesional-2/>
- Coll, C. & Martín, E. (1996). La evaluación de los aprendizajes: una perspectiva en su conjunto. *Signos. Teoría y práctica de la Educación*, 18, 64-77.
- Collins, A. (1992). Portfolios for science education: Issues in purpose, structure, and authenticity. *Science Education*, 76 (4), 451-463. doi: 10.1002/sce.3730760408
- Comelles J.M., Allué X., Bernal M., Fernández-Rufete J., & Mascarella M. (2010). *Migraciones y Salud*. España: Publicaciones URV.
- Consoli, A. J. & Machado, P. P. (2004). Los psicoterapeutas, ¿nacén o se hacen? Las habilidades naturales y adquiridas de los psicoterapeutas: implicancias para la selección, capacitación y desarrollo profesional. En H. Fernández-Álvarez y R. Opazo (Eds.), *La integración en psicoterapia*. Manual práctico. Barcelona: Paidós.

- Consoli, A.J. Fernández-Álvarez, H. & Corbella, S. (2017). The training and development of psychotherapists: A life-span perspective. In A.J. Consoli, L.E. Beutler, & B Bongar (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*. (pp.262-279). New York: Oxford University Press
- Constantino, M. J. (2012). Believing is seeing: An evolving research program on patients' psychotherapy expectations. *Psychotherapy Research*, 22, 127–138. doi:10.1080/10503307.2012.663512.
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 184–192. doi:10.1002/jclp.20754.
- Constantino, M.J., Ametrano, R.M & Greenberg, R.P. (2012). Clinician Interventions and Participant Characteristics That Foster Adaptive Patient Expectations for Psychotherapy and Psychotherapeutic Change. *Psychotherapy*. 49, 4, 557–569. doi: 10.1037/a0029440
- Constantino, M.J., Romano, F.M., Coyne, A.E., Westra, H.A. & Antony, M.M. (2018) Client interpersonal impacts as mediators of long-term outcome in cognitive-behavioral therapy integrated with motivational interviewing for generalized anxiety disorder, *Psychotherapy Research*, 28:6,861-872, doi: 10.1080/10503307.2017.1301689
- Contini de González, N. (2003). Multiculturalismo y Psicopatología: Perspectivas en Evaluación Psicológica. *Psicodebate. Cultura y Sociedad*, 3. doi: <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v3i0.504>.
- Cook-Benjamin, L. (2003). Portfolio assessment: Benefits, issues of implementation, and reflections on its use. In T.W. Banta (Ed.), *Portfolio assessment: Uses, cases, scoring, and impact* (pp.11-15) San Francisco: Jossey-Bass.
- Corbella, S. & Botella, L. (2004). Investigación en psicoterapia: proceso, resultados y factores comunes Madrid: Vision Net.

- Corbella, S. & Fernández-Álvarez, H. (2006). El terapeuta, posiciones, actitudes y estilos personales. En L. Botella (Ed.), *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (pp. 299-340). Barcelona: Edebe.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2), 205-221.
- Corbella, S., Fernández-Álvarez, H., Botella, L., García, F., Lo Bianco, J. & Canizzarro, A. (2007). Compatibility between Therapist's Personal Style and Patient's Personality. Presentación realizada en 38th Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research. Wisconsin, Estados Unidos.
- Corbella, S., Fernández-Álvarez, H., Saúl Gutiérrez, L., García, F. & Botella, L. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de Psicología*, 26 (2), 281-289.
- Corbin, J. & Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria, en: *Qualitative Sociology*, 13(1)3-21.
- Corbin, J. & Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1)3-21.
- Corral, N.J. & D'Andrea, A.M. (2007). La evaluación y calificación en la perspectiva de estudiantes y profesores en un instituto de formación docente. Ciencia y Técnica UNNE. Recuperado de: <https://docplayer.es/31677808-La-evaluacion-y-la-calificacion-en-la-perspectiva-de-estudiantes-y-profesores-en-un-instituto-de-formacion-docente.html>.
- Cosentino, A., & Castro Solano, A. (2008). Adaptación y validación Argentina de la marlowe-crowne social desirability scale. *Interdisciplinaria*, 25 (2), 197-216.
- Courel, R. & Talak, A. (2001). La formación académica y profesional del psicólogo en la Argentina. En J. Toro & J. Villegas (Eds.), *Problemas centrales para la formación académica y el*

entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas. Buenos Aires: Sociedad Interamericana de Psicología

- Cranney, J., Turnbull, C., Provost, S.C., Martin, F., Katsikitis, M., Whithe, F.A., Voudouris, N.J., Montgomery, I.M., Heaven, P.C.L., Morris, S & Varcin, K.J. (2009). Graduate attributes of the 4-year Australian undergraduate psychology program. *Australian Psychologist*, 44(4): 253–262. doi: 10.1080/00050060903037268
- Crawford, M.J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., Clarke, J. & 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. doi:10.1192/bjp.bp.114.162628
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Mukherjee, D. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 298–340). New York, NY: Wiley
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Cullari, L. & Márquez, C. Y. (2011). Formación e inserción laboral de los Licenciados en Psicología graduados de la Facultad de Humanidades “Teresa de Ávila”. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina, Facultad Teresa de Ávila. Departamento de Humanidades, Argentina. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/formacion-insercion-laboral-licenciados-psicologia.pdf>.
- Cunha Barros, G. Mesquita Ribeiro, I., Moreno Arroyo, M.P., Boleto Rosado, A.F., Tavares Sousa, T.M & Silva Pereira, P. F. (2010). Autopercepción de las competencias profesionales de los entrenadores de fútbol en función de la experiencia personal y de la formación académica. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 10 (1), 23-36.

- Da Silva, M., Teillet, M., Fernández-Álvarez, H. & García, F. (2006). Estilo pessoal do terapeuta: Dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q. *Revista Psico*, 37, 241-247.
- Dagfal, A. & González, M.E. (2011). El psicólogo como psicoanalista: Problemas de formación y autorización. *Revista Electrónica de la Facultad de Psicología*. Recuperado de: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=152:el-psicologo-como-psicoanalista-problemas-de-formacion-y-autorizacion&catid=9:perspectivas&Itemid=1
- Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1945-1966)*. Buenos Aires: Paidós.
- Dagfal, A. (2010). El psicólogo-psicoanalista en la Argentina. La historia de una 'identidad profesional reactiva' (1959-1966). Conferencia en el marco del congreso internacional "Las creaciones identitarias de la globalización", Valparaíso, 28 de octubre.
- Daniel, J. H., Roysircar, G., Abeles, N., & Boyd, C. (2004). Individual and cultural-diversity competency: Focus on the therapist. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (7), 755-770. doi: 10.1002/jclp.20014
- Daskal, A. (2008). Poniendo la Lupa en la Supervisión Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(3), 215-224.
- Davidson, K. & Scott, J. (2009). Does therapists' competence matter in delivering psychological therapy? *Psychiatric Bulletin* 33, 121-123. doi: 10.1192 / p b. bp.10 8.020214
- De las Cuevas Catresana, C. & González De Rivera y Revuelta, J.L. (1992). Autoinformes y respuestas sesgadas. *Anales de Psiquiatría* 8 (9) 362-366. doi: 0213-0599/92/08.9/362

- Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A & Berry, K. (2016). The Role of Therapist Attachment in Alliance and Outcome: A Systematic Literature Review. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 23(1) 47-65. doi: 10.1002/cpp.1937
- Del Re, A., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 32, 642–649. doi: 10.1016/j.cpr.2012.07.002
- Del Rey, A. & Sánchez-Parga, J. (2011). Crítica de la educación por competencias. *Universitas*, 15, 233-246
- Del Valle, R. (2010). Formación por competencias: certezas, resultados y desafíos. La experiencia de la Universidad Católica de Temuco. Ponencia presentada en el II Foro Internacional sobre Innovación Universitaria Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Disponible en <http://www.uctemuco.cl/archivos/evaluacion-formacion-competencias-uct.pdf>.
- Denyer, M.; Furnémont, J.; Poulain, R. & Vanloubbeck, G. (2007). Las competencias en la educación. Un balance. México: Fondo de Cultura Económica.
- DeRubeis, R.J; Gelfand, L.A; German, R.E; Fournier, J.C. & Forand, N.R. (2014). Understanding processes of change: How some patients reveal more than others—and some groups of therapists less—about what matters in psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 24 (3), 419-428. doi: 10.1080/10503307.2013.838654
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En L.L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 49-79) México: Pax México.
- Di Doménico, C., & Risueño, A. (2013). Procesos de acreditación de carreras de psicología en Argentina. Estado actual y prospectiva. Integración Académica en Psicología. *Revista*

científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología, 1(2), 24-28.

Díaz-Barriga, Á. (2011). Competencias en educación. Corrientes de pensamiento e implicaciones para el currículo y el trabajo en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 2 (5), 3-24.

Distel Sánchez, L.E. Piñeda, M. & García, H. (2018). Modelos de formación de psicólogos y Psicoterapia basada en la evidencia. *Perspectivas en psicología*, 15(1), 108-118. Disponible: <http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/view/364/pdf>

Distel, L. (2014) Autopercepción de los estudiantes de la carrera de psicología de la universidad nacional de San Luis sobre su formación en competencias clínicas. *Dialogos*, 4 (2), 91-108.
doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0061470>

Dolan, S. L., Valle Cabrera, R., Jackson, S.E. & Schuler, S.R. (2003). La gestión de los recursos humanos: preparando profesionales para el siglo XXI. Madrid: McGraw Hill.

Duncan, B., Miller, S., Wampold, B., & Hubble, M. (2010). The heart and soul of change (2nd Ed.): Delivering what works. Washington, D.C.: APA Press.

Durante, E., (2006). Algunos métodos de evaluación de las competencias: escalando la pirámide de Miller. *Revista Hospital Italiano de Buenos Aires*, 26(2), 55-61.

Durruty, P. (2005). *Ejes de autocuidado para el terapeuta orientado a la prevención del Síndrome de Burnout desde la perspectiva de la asertividad generativa*. (Tesis de grado) Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Earnest, J. & De Melo, F. E. (Agosto, 2001). Competency-based engineering curricula -an innovative approach. Documento presentado en la International Conference on Engineering Education,

Oslo, Norway. Recuperado de: <http://www.ineer.org/Events/ICEE2001/Proceedings/papers/439.pdf>

Echeburúa, E. & De Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: De la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 1, 181-204.

Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19 (3), 247-256.

Educational Testing Service. (2016). GRE Psychology Test Practice Book. Recuperado de: https://www.ets.org/s/gre/pdf/practice_book_psych.pdf

Edvardsson, B. (1992). Service Breakdowns: A Study of Critical Incidents in an Airline. *International Journal of Service Industry Management*, 3 (4) 17-29. doi: <https://doi.org/10.1108/09564239210019450>

Edwards, H. (2000). A framework for the determination of competencies in relation to mobility for psychology under AIT. Canadian psychological Association. Recuperado de: <https://www.cpa.ca/documents/Framework.PDF>

Eells, T. (1997). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford.

Eells, T. D., & Lombart, K. G. (2003). Case formulation and treatment concepts among novice, experienced, and expert cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Psychotherapy Research*, 13(2), 187–2004.

Eells, T. D., Lombart, K. G., Salsman, N., Kendjelic, E. M., Schneiderman, C., & Lucas, C. (2011). Expert reasoning in psychotherapy case formulation. *Psychotherapy Research* 21 (4) 385-399. doi: 10.1080/10503307.2010.539284.

- Elander, J., Towell, T., & Fox, P. (2007). Competence-based training and assessment by portfolio: *The health psychology model. Psychology Learning and Teaching*, 6(2), 73-79.
- Elkin, I., Falconnier, L., Smith, Y., Canada, K.E., Henderson, E., Brown, E.R & McKay, B.M. (2014). Therapist responsiveness and patient engagement in therapy. *Psychotherapy Research* 24 (1) 52-66. doi: 10.1080/10503307.2013.820855.
- Elliot, R., Watson, J. C., Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48, 43-49. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022187>.
- Elman, NS, & 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.501>
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Journal of the American Medical Association*, 287(2), 226-235. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
- Erekson, D.M., Janis, R., Bailey, R., Russell, J., Cattani, K., & Pedersen, T.R. (2017). A longitudinal investigation of the impact of psychotherapist training: Does training improve client outcomes. *Journal of Counseling Psychology* 64 (5), 514-524.
- Erosa, V., Ramírez, P. & Ortiz, J. (2006). Competencias Profesionales del área de Administración. La perspectiva de Estudiantes, Profesores, Egresados y Empleadores- el Caso de México. ITESO.
- Espíndola, I. (2011). *Las intervenciones psicoterapéuticas específicas e inespecíficas, y su posible relación con la aparición de rupturas en la alianza terapéutica*. (Tesis de grado). Universidad de Belgrano, Argentina.
- Etchegoyen, H. (1986). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu.

Etchevers, M., & Simkin, H., & Putrino, N., & Greif, J., & Garay, C., & Korman, G. (2013). Relación terapéutica: estudio en población de estudiantes universitarios. *Anuario de Investigaciones*, 20, 39-47.

European Association for Psychotherapy. (2013). The Professional Competencies of a European Psychotherapist. A Project of the European Association of Psychotherapy (EAP) The Core Competencies of a European Psychotherapist. Disponible en: https://www.europsyche.org/download/cms/100510/Final-Core-Competencies-v-3-3_July2013.pdf

European Association for Psychotherapy. (2017). The European Certificate of Psychotherapy. Disponible en: https://www.europsyche.org/download/cms/100510/ECP-document-version-7-0-voted-AGM-Vienna-Feb-2017_offic.pdf

European Certificate in Psychology. (2011). EuroPsy – the European Certificate in Psychology. Disponible en: http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Summary_of_outcomes_TN/Psychology_reference_points.pdf

European Certificate in Psychology. (2015). EuroPsy European Certificate in Psychology EFPA Regulations on EuroPsy and Appendices. Disponible en: http://www.psy.it/wp-content/uploads/2015/04/2015_EuroPsy-Regulations-July-2015-Milano.pdf

Eva, K.W. & Regehr, G. (2005). La autoevaluación en las profesiones sanitarias: una agenda de reformulación e investigación. *Acad Med* 80 (10) 46-54.

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. & Reed, G.M. (2015). Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International*

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.12.001>

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0063633>

Eysenck, H. J. (1960). The effects of psychotherapy. In H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology: An experimental approach*. London: Pittman Press.

Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (6-7), 373–378. doi:10.1016/j.brat.2011.03.005

Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*. Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/10806-000>

Falender, C.A. Cornish, J.A. Goodyear, R. Hatcher, R. Kaslow, N.J. Leventhal, G., Shafranske, E., Sigmon, S.T., Stoltenberg, C. & Grus, C. (2004). Defining competencies in psychology supervision: a consensus statement. *Journal of clinical psychology*, 60(7) 771-785. doi: 10.1002/jclp.20013

Fantuzzo, JW, Sisemore, TA, & Spradlin, WH (1983). Un modelo basado en competencias para la enseñanza de habilidades en la administración de pruebas de inteligencia. *Psicología profesional: investigación y práctica*, 14 (2), 224-231. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.14.2.224>

Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). Código de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.) Recuperado de: http://fepra.org.ar/docs/C_ETICA.pdf

- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2018). Sobre la Resolución del Ministerio de Educación de la Nación N° 1254/2018. Recuperado de: <http://www.fepra.org.ar/feprav3/node/405>
- Feixas, G. & Miró, M.T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., & Botella, L. (2000). Integración en Psicoterapia: Reflexiones y Contribuciones desde la Epistemología Constructivista. En H. Fernández-Álvarez & R. Opazo (Eds.), *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. (pp 33-68). Barcelona: Paidós.
- Fernández Sierra, J. (1996). ¿Evaluación? No, gracias, calificación. *Cuadernos Pedagogía*, 243, 92-97.
- Fernández, O., Krause, M., & Pérez, J. C. (2016). Therapeutic alliance in the initial phase of psychotherapy with adolescents: different perspectives and their association with therapeutic outcomes. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 19, 1-9. doi: 10.4081/ripppo.2016.180.
- Fernández-Álvarez, H. & Fernández-Álvarez, J. (2016). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22 (2) 257-169. doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720
- Fernández-Álvarez, H. & García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. En S. Gril, A. Ibáñez, I. Mosca & P. L. R. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Brasil: Educar.
- Fernández-Álvarez, H. & Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia: Manual práctico*. Barcelona: Paidós.

- Fernández-Álvarez, H. (1994). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (2001). Formación de terapeutas. Entrenamiento en habilidades terapéuticas. En: H. Mesones Arroyo (Comp.), *Curso de Psicoterapia IV: La formación del psicoterapeuta* (pp. 75-90). Buenos Aires: Ananké.
- Fernández-Álvarez, H. (2003). Formación de terapeutas. Entrenamiento en habilidades terapéuticas. En: H. Mesones Arroyo (Ed.), *La Psicoterapia y las psicoterapias* (pp. 385-403). Amanke: Buenos Aires.
- Fernández-Álvarez, H. (2008). El Estilo Personal del Terapeuta. En: L.A. Oblitas (Ed.), *Psicoterapias contemporáneas*. (pp. 15-25). Estados Unidos: Cengage Learning.
- Fernández-Álvarez, H. (2009). *Integración y salud mental*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
- Fernández-Álvarez, H. (2016). Reflections on supervision in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 26 (1) 1-10. doi: <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014009>
- Fernández-Álvarez, H. (2016): Reflections on supervision in psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 26 (1), 1-10. doi: 10.1080/10503307.2015.1014009.
- Fernández-Álvarez, H. (2017). Psicoterapia en un mundo emergente. El paisaje de América Latina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26, (3) 255-260. doi: 10.24205/03276716.2017.1031
- Fernández-Álvarez, H. Kirszman, D. & Nieto, M. T. (1994). Psicoterapia integrativa de base Cognitivo-Constructivista. En A. Sánchez (Ed.), *Psicoterapias en Argentina. Cómo ayudan los que ayudan*. (pp. 237-262). Argentina: Holos Editorial.
- Fernández-Álvarez, H. M.; García, F. S. & Schreb, E. (1998). The research program at AIGLE. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (3), 343-359. doi: 10.1002/(SICI)10974679(199804)54:3<343::AID-JCLP5>3.0.CO;2-Q

- Fernández-Álvarez, H., Castañeiras, C., Curtarelli, A., García, F., Gómez, B., Lichtenberger, A., y Corbella, S. (2015). Presentación de una Guía para la Observación y Clasificación de la Conducta Verbal de los Terapeutas. *Terapia Psicológica*, 33, 23-34
- Fernández-Álvarez, H., Consoli, A., & Gómez, B. (2016). Integration in psychotherapy: Reasons and challenges. *American Psychologist*, 71, (8), 820-830. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000100>. MI
- Fernández-Álvarez, H., Consoli, A.J. & Gómez, B. (2016). Integration in Psychotherapy: Reasons and Challenges. *American Psychologist* 71 (8), 820-830.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., & Corbella, S. C. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 116 – 125. doi: 10.1002/cpp.358.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., & Corbella, S. C. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 116 – 125. doi: 10.1002/cpp.358
- Fernández-Álvarez, H., Gómez, G., & García, F. (2015). Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle's Program. *Psychotherapy Research*, 25(1), 84-94. doi: 10.1080/10503307.2013.856047
- Fernández-Álvarez, H., Pérez, Al. & Fraga Míguez, M. (2008). Modelo de abordaje y diseño de tratamientos (pp.23-64). En H. Fernández-Álvarez *Integración y salud mental. El proyecto AIGLÉ 1977-2008*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández-Liria, A. & Rodríguez, B. (2001). La práctica de la psicoterapia. *La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer

- Fernández-Liria, A., Hernández, M., Rodríguez, B., Benito, T. & Mas, J. (2001). Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental: resultados de un grupo de consenso. En A. Fernández-Liria & B. Rodríguez Vega (Eds.), *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. (pp. 25-28). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ferrando, P.J. & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo* 31 (1) 18-33.
- Ferrero, A. & De Andrea, N. (2011). Regulación de la psicología por parte del estado en la República Argentina. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 9, 26, 68-73.
- Fierro, C. & Di Doménico, C. (2016). Pluralismo crítico: Historia de la ciencia en debates sobre formación en psicología. *Quaderns de Psicologia*, 18 (2). doi:<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1322>
- Fierro, C. (2014). Formación profesional en psicología: competencias autopercebidas en estudiantes avanzados de grado de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Trabajo Presentado en el I Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica, Buenos Aires, Argentina.
- Fierro, C. (2015). Formación profesional en psicología: competencias autopercebidas en estudiantes avanzados de grado de la Universidad Nacional de Mar del Plata. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 7 (1) 215-16doi: 10.5872/psiencia/7.1.030603
- Fierro, C., Brisuela, L., Bruna, O., & Biglieri, F. (2017). ¿Pluralismo o monoteoría en psicología clínica? Análisis empírico de problemas epistemológicos y formativos en carreras de psicología en Argentina (2015). *Revista Guillermo de Ockham*, 15(2).
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-358.
- Flanagan, J.C. (1954). The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin*, 5, 327-358. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0061470>

- Flemons, D.G. Green, S.K. & Rambo, A.H. (1996). Evaluar las prácticas de los terapeutas en un mundo posmoderno: una discusión y un esquema. *Proceso de familia* 35 (1) 43-56.
- Fletcher, C. & Bailey, C. (2003). Assessing self-awareness: some issues and methods. *Journal of Managerial Psychology*, 18(5) 395-404. doi: <https://doi.org/10.1108/02683940310484008>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fouad, N. A., Grus, C. L., Hatcher, R. L., Kaslow, N. J., Hutchings, P. S., Madson, M.B., Collins, F.L. & Crossman, R.E. (2009). Competency benchmarks: A model for the understanding and measuring of competence in professional psychology across training levels. *Training and Education in Professional Psychology*, 4 (3), 5–26. doi: 10.1037/a0015832
- Frank de Verthelyi, R. (1989). *Temas en evaluación psicológica*. Buenos Aires: Lugar.
- Frank de Verthelyi, R. (1999). *Nuevos temas en evaluación psicológica*. Buenos Aires: Lugar.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25 (3) 350-361.
- Freixa, M. (2005). Libro Blanco: Título de Grado en Psicología. Programa de Convergencia Europea. Recuperado de: http://www.upcomillas.es/ees/Documentos/libroblanco_psicologia_borrador.pdf
- Freud, F. (1926). Obras completas (Vol. 20) ¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis? Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1899). Obras completas (Vol. 4). *La interpretación de los sueños*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913). Obras completas (Vol. 12). *Sobre la iniciación del tratamiento*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Fryer-Edwards, K. Pinsky, L.E. & Robins, L. (2006). The use of portfolios to assess professionalism. In D. T. Stern *Measuring medial professionalism* (pp. 135-148). London: Churchill & Livingston.
- Fuentes Medina, M. & Herrero, J. (1999). Evaluación docente: hacia una fundamentación de la autoevaluación, *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado* 2 (1) 353-368.
- Fuentes Pallas, M.J. & Lorenzo Pontevedra, M.C. (2008). El Proceso Terapéutico. En: L.A. Oblitas (Ed.), *Psicoterapias contemporáneas* (pp.1-14). España: Cengage Learning.
- Fung, K. & Lo, T. (2016). An Integrative Clinical Approach to Cultural Competent Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 47(2). doi: 10.1007/s10879-016-9341-8.
- Fung, K., Lo, T. (2017). An integrative approach to cultural competent psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47, 65-73.
- Galán Jiménez, J.S.F. & De Ávila Ramírez, X.Y. (2018). Ética y supervisión en psicoterapia. *Daena: International Journal of Good Conscience*. 13(1)28-40. Recuperado de: [http://www.spentamexico.org/v13-n1/A3.13\(1\)28-40.pdf](http://www.spentamexico.org/v13-n1/A3.13(1)28-40.pdf).
- Galfré, O. & Frascino, G. (2007). El trabajo con la persona del terapeuta. *Perspectivas Sistémicas. La nueva comunicación*, 1. Recuperado de: <http://www.redsistemica.com.ar/galfre2.htm>
- Gallardo Rayo, I., & Álvarez Aguirre, Y., & Rojas Gorigoytía, M. (2003). Estudio de la Validez Predictiva del Examen Especial de Admisión de Alumnos a la Carrera de Psicología. *Revista de Psicología*, 12 (1), 65-81.
- Ganong, L.H & Coleman, M. (2006). Diseños de viñeta factorial de segmentos múltiples. *Diario de Matrimonio y Familia* 68 (2). doi: 10.1111 / j.1741-3737.2006.00264.x

- Garay, C., & Keegan, E. (2016). Terapia metacognitiva. El síndrome cognitivo atencional y los procesos cognitivos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25 (2), 125-134.
- Garay, C., Fabrissin, J. Korman, G., Etchevers, M., Biglieri, J. (2008). Combinación de psicofármacos y psicoterapia en la literatura científica en la práctica clínica local. 15 Congreso Internacional de Psiquiatría. Asociación Argentina de Psiquiatría. Buenos Aires.
- García Arzeno, M.E. (1993). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Buenos Aires: Nueva visión.
- García Ramos, J. M. (1989). Extensión de la evaluación. En R. Pérez Juste y J.M. García Ramos, *Diagnóstico, evaluación y toma de decisiones*. (pp. 315-385). Madrid: Rialp.
- García, F. S. & Fernández-Álvarez, H. (2001). Investigación en psicoterapia: un puente entre teoría y clínica. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 12, 204-210.
- García, H., & Fantin, M. (2010). Percepción de eficacia de la psicoterapia en Argentina. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21, 155-169.
- García, H., & Morales de Barbenza, C. (2006). Modelos teóricos de psicoterapia en Argentina: actitudes y creencias de sus adherentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (3), 381-396.
- García, J. (2014). La transmisión institucionalizada del psicoanálisis en los comienzos del siglo XXI. Ensayo desde la experiencia. *Revista uruguaya de Psicoanálisis* 118, 139-155.
- García, L. (2009). La disciplina que no es: los déficit en la formación del psicólogo argentino. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1 (2), 1-21.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 190-228). Oxford, England: John Wiley & Sons.

- Garland, A. F., & Brookman-Fraze, L. (2015). Therapists and researchers: Advancing collaboration. *Psychotherapy Research*, 25(1), 95–107. doi: 10.1080/10503307.2013.838655.
- Garton, A., McConkey, K., Richards, J., Pratt, C. & Wales, R. (1996). Competencies of APS Psychologists. The Australian Psychological Association Texto recuperado de: http://www.psychology.org.au/Assets/Files/competencies_of_aps_psychologists.pdf
- Garton, A., McConkey, K., Richards, J., Pratt, C. & Wales, R. (1997). APS College Competencies Specification of Areas of Specialist knowledge and skills. The Australian Psychological Society. Texto recuperado de: http://www.psychology.org.au/Assets/Files/competencies_of_aps_college_members.pdf
- Gaston, L., & Marmar, C. R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *Wiley series on personality processes. The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 85-108). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Ghraiba, N. (2006). Adverse effects and iatrogenesis in psychotherapy. *Arabpsynet e Journal*, 9.
- Gigena, M.C., Marini, D., Kaplan, D., González, S., Cremona, A., Estofan, J. Ghisiglieri, F., Ferrer Vieyra, M.L., Del Val, F. & Costilla, M. (2016). Grupos de reflexión en la formación universitaria. Intervenciones para favorecer la integración y el bienestar de los alumnos de la carrera de psicología. *Debates actuales en Psicología y Sociedad*, 1, 116-122
- Gimeno Sacristán, J. (Comp.) (2008). *Educación por competencias, ¿qué hay de nuevo?* Madrid: Morata.
- Gimeno Santos, M. & Gallego Matas, S. (2007). La autoevaluación de las competencias básicas del estudiante de Psicología. *Revista de Psicodidáctica* 1 (12) 7-28.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2008). La evaluación educativa en la Ciudad de Buenos Aires: historia y perspectivas. Disponible en: http://www.nuestraldea.com/wp-content/uploads/2011/07/evaluac_educ.pdf

- Goldberg, S.B., Rousmaniere, T., Miller, S.D., Whipple, J., Nielsen, S.L., Hoyt, W.T., & Wampold, B.E. (2016). Do Psychotherapists Improve With Time and Experience? A Longitudinal Analysis of Outcomes in a Clinical Setting. *Journal of Counseling Psychology*, *63* (1), 1–11. doi: 10.1037/cou0000131.
- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en terapia cognitiva. *Revista de la asociación de psicoterapia de la república argentina* 3,1, 1-21. Disponible en: https://apra.org.ar/pdf/_Gomez.pdf
- Gómez, B. (2015). El Estilo Personal del Terapeuta en psicooncología. Tesis doctoral de Psicología (inérita). Universidad del Salvador, Argentina.
- Gómez, B., Castañeiras, C., Curtarelli, A., Fraga Míguez, M., García, F., Maristany, M., & Fernández-Álvarez, H. (2011). *Personal Style of the Therapist (PST). Intra and inter therapist verbalbehavior analysis. How do therapists ask questions?* Sesión de cartel presentado en 42nd Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Bern, Switzerland
- Gómez-Penedo, J.-M., Barrientos, J.-C., Martínez, A., & Roussos, A. (2016). Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS): Analysis of the validity and reliability of the Spanish adaptation. *Estudios de Psicología*, *37*(2-3), 666-677. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02109395.2016.1189207>
- Gonsalvez, C. J. (2012). The vignette-matching procedure: An innovative approach to assess competencies in psychology and clinical practicum. Final Report. Australian Learning and Teaching Council.
- Gonsalvez, C. J., Hamid, G., Savage, N. M., & Livni, D. (2017). The Supervision Evaluation and Supervisory Competence Scale: Psychometric Validation. *Australian Psychologist*, *52* (2) 94–103. doi:10.1111/ap.12269

- Gonsalvez, C.J., Bushnell, J., Blackman, R., Deane, F., Bliokas, V., Nicholson-Perry, K., Shires, A., Nasstasia, Y., Allan, C., & 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0031617>
- González, C., Tornimbeni, S., Corigliani, S., Gentes, G. Ginocchio, A. & Morales, M. (2012). Evaluación de competencias requeridas para investigar. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología* 1 (1), 142-151.
- González, J. & Wagenaar, R. (2003). Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final - Proyecto Piloto, Fase 1, Bilbao, Universidad de Deusto. Disponible en: http://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/TuningEUI_Final-Report_SP.pdf
- González, M. (2015). La formación universitaria de los psicólogos en Argentina desde la recuperación democrática de 1983. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20 (1), 26-35.
- González, M. E. & Dagfal, A. (2012). El psicólogo como psicoanalista: problemas de formación y autorización. Entre la universidad y las instituciones. *Revista Electrónica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires Intersecciones Psi*, 2 (5) 12-18.
- González-Brignardello, M. P. (2016). La formulación de caso en supervisión clínica: Proceso colaborativo apoyado por mapas conceptuales. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 101-118.
- Goodyear, R.K, Wampold, B.E.G., TJ & Lichtenberg, J.W. (2017). Psychotherapy Expertise Should Mean Superior Outcomes and Demonstrable Improvement Over Time. *The Counseling Psychologist*, 45 (1), 54–65. <https://doi.org/10.1177/0011000016652691>
- Goodyear, R.K. (2014). Supervision As Pedagogy: Attending to Its Essential Instructional and Learning Processes. *The Clinical Supervisor* 1 (33). doi: <https://doi.org/10.1080/07325223.2014.918914>

- Goodyear, R.K., Wampold, B.E., Tracey, T.J.G. & Lichtenberg, J.W. (2017). Psychotherapy expertise should mean superior outcomes and demonstrable improvement over time. *The Counselling Psychologist*, 45 (1), 54-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0011000016652691>
- Greenson, R. R. (1967). Técnica y práctica del psicoanálisis. México: Siglo XXI Editores.
- Grootings, P. (1994). De la cualificación a la competencia: ¿de qué se habla? *Revista Europea de Formación Profesional*, 1, 5-7.
- Grzona, S., Muñoz, M., Casari, L. & Videla, R. (octubre, 2016). *Estilo Personal del Terapeuta en estudiantes. Comparación pre-post prácticas clínicas*. Presentación realizada en 2º Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica. Buenos Aires, Argentina.
- Guerra Vio, C., & Mújica Platz, A., Nahmias Bermúdez, A., & Rojas Vidal, N. (2011). Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43 (2), 319-328.
- Guitart, M.E. (2007). ¿Conocen los estudiantes de psicología lo que es un dilema ético? Propuesta de un programa de formación en ética profesional. *Revista de Enseñanza Universitaria* 30, 58-65.
- Guy, J. (1995). La vida personal del psicoterapeuta. *El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona: Paidós.
- Gvritz, S. & Palamidessi, M. (1988). El ABC de la tarea docente: currículum y enseñanza. Buenos Aires: Aique.
- Haderlie, M. M. (2011). Enhancing therapists' clinical judgments of client progress subsequent to objective feedback (Tesis doctoral). Las Vegas: University of Nevada.
- Haley, J. (1976). Problem-solving therapy: New strategies for effective family therapy. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haley, J. (1980). Leaving home: The therapy of disturbed young people. New York: McGraw-Hill.

- Harden, R.M., Stevenson, M., Downie, W.W. & Wilson, G.M. (1975) Assessment of Clinical Competence Using Objective Structured Examination. *British Medical Journal*, 1, 447. doi: <http://dx.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. & Parry, G.D. (2017): Risk factors for negative experiences during psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 1-12. doi: 10.1080/10503307.2017.1393575
- Hargreaves, A., Earl, L., & Schmidt, M. (2002). Perspectives on Alternative Assessment Reform. *American Educational Research Journal*, 39 (1), 69–95. <https://doi.org/10.3102/00028312039001069>
- Harris, S. Dolan, G. & Fairbairn, G. (2001). Reflecting on the use of student portfolios. *Nurse Education Today* 21(4), 278-286. doi: 10.1054/nedt.2000.054
- Hatcher, R. L., & Lassiter, K. D. (2007). Initial training in professional psychology: The practicum competencies outline. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(1), 49-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1931-3918.1.1.49>
- Hatcher, S. L., Kipper-Smith, A., Waddell, M., Uhe, M., West, J. S., Boothe, J. H., Frye, J. M., Tighe, K., Usselman, K. L., & Gingras, P. (2012). What Therapists Learn from Psychotherapy Clients: Effects on Personal and Professional Lives. *The Qualitative Report*, 17(48), 1-21. Recuperado de <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol17/iss48/1>
- Héctor Cavieres Higuera Compilador. Compendio 2006-2007. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Postgrado, Programa de Doctorado en Psicología, 9-49.
- Heinonen, E. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance and outcome in psychotherapy. *Research*, 123. Disponible en: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114948/URN_ISBN_978-952-302-127-3.pdf?sequence=1

- Heinonen, E., & Orlinsky, D. E. (2013). Psychotherapists' personal identities, theoretical orientations, and professional relationships: Elective affinity and role adjustment as modes of congruence. *Psychotherapy Research*, 23 (6), 718-731. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.814926>
- Heinonen, E., Lindfors, O., Harkanen, T., Virtala, E. Jaaskelainen, T. & Knekt, P. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short-term and long-term psychotherapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 21 (6) 475-494. doi: 10.1002/cpp.1852
- Hermosa-Bosano, C. (2010). *Influencia de los Rasgos de Personalidad y el Estilo Personal del Terapeuta Aprendiz sobre las Percepciones de la Alianza Terapéutica*. Tesis de grado de Lic. en Psicología Clínica (inédita). Colegio de Artes Liberales, Universidad de San Francisco de Quito, Perú. Recuperada de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/684/1/98258.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. México D.F.: McGraw-Hill.
- Herrera Iturra, C. & Opazo Canales, T. (2015). Aprendizaje basado en problemas en la formación de psicólogos. *Cadernos de Pesquisa*, 45(156), 376-389. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/198053143078>
- Herrera Rojas, A. (1993). *La medición en psicología*. Bogotá: Universidad de Bogotá.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O.E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity. *Psychotherapy Practice Research* 10(4) 205-16.

- Hill, C.E., Hoffman, M.A., Kivlighan, D.M., Spiegel, S. B., Gelso, C.J. (2017). Therapist Expertise. The debate continues. *The Counseling Psychologist* 45, (1) 99-112. doi: <https://doi.org/10.1177/0011000016671006>
- Hirsch, H. & Lardani, A. (2001). Resultados en psicoterapia: ¿qué opinan nuestros consultantes? *Revista Argentina de Psiquiatría*, 12, 204-210.
- Hirsch, P. (2012). *Arte y oficio del psicoterapeuta: Estrategias para su autodesarrollo y cuidado*. Buenos Aires: Paidós.
- Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la Terapia Familiar. *Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hofmann, S. G., & Weinberger, J. (2007). *The art and science of psychotherapy*. New York: Routledge.
- Holdsworth, E., Bowen, E., Brown, S., & Howat, D. (2014). Client engagement in psychotherapeutic treatment and associations with client characteristics, therapist characteristics, and treatment factors. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 428-450. doi:10.1016/j.cpr.2014.06.004
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *Guilford clinical psychology and psychotherapy series. The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford Press.
- Horvath, A., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9–16. doi: 10.1037/a0022186

- Hoyt, W. T. & Del Re, A. C. (2018). Issues Related to Effect Size Calculation in Meta-Analyses of Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy Research*, 28 (3) 1-10. doi: 10.1080/10503307.2017.1405171
- Hughes, R. & Huby, M. (2002) La aplicación de viñetas en la investigación social y de enfermería. *Diario de enfermería avanzada*, 37, 382-386. doi: 10.1046 / j.1365-2648.2002.02100.x
- Hughes, R. (1998). Teniendo en cuenta la técnica de viñeta y su aplicación a un estudio sobre la inyección de drogas y el riesgo de VIH y un comportamiento más seguro. *Sociology of health and illness* 20,3 381-400. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00107>
- Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación. (2011). La evaluación educativa. *Informes periódicos para su publicación*, 6. Disponible en: https://www.buenosaires.iiep.unesco.org/sites/default/files/informe06_evaluacioneduc.pdf
- Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación. (2012). Gestión educativa estratégica. Diez módulos destinados a los responsables de los procesos de transformación educativa. Ministerio de Educación de la Nación. Buenos Aires.
- International Association of Applied Psychology. (2016). Declaración Internacional de Competencias Fundamentales en Psicología Profesional Disponible en: <http://observatorio.ascofapsi.org.co/static/documents/IPCPCompetenciasProfesionalesPsicologia.pdf>
- Irigoin, M. & Vargas, F. (2002). Competencia laboral: *Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud*. Montevideo: CINTERFOR.

- Ivey, G. & Phillips, L. (2016). Psychotherapy clients' attitudes to personal psychotherapy for psychotherapists. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy* 1 (7) 101-117. doi: 10.1080/21507686.2016.1157087
- Ivey, G. (2014). The Ethics of Mandatory Personal Psychotherapy for Trainee Psychotherapists, *Ethics & Behavior*, 24 (2), 91-108, doi: 10.1080/10508422.2013.808961
- Jenkins, N., Bloor, M., Fischer, J., Berney, L., & Neale, J. (2010). Poniéndolo en contexto: el uso de viñetas en entrevistas cualitativas. *Investigación cualitativa*, 10 (2), 175–198. <https://doi.org/10.1177/1468794109356737>
- Jiménez Galán, Y.I, González Ramírez, M.A, & Hernández Jaime, J. (2010). 360° Competency assessment model (teaching-learning). *Innovación Educativa*, 10 (53), 97-107.
- Jiménez Galán, Y.I, González Ramírez, M.A., & Hernández Jaime, J. (2011). Propuesta de un modelo para la evaluación integral del proceso enseñanza-aprendizaje acorde con la Educación Basada en Competencias. *CPU-e, Revista de Investigación Educativa*, (13), 1-25.
- Johnstone, L., & Dallos, R. (2006). *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems*. New York, NY, US: Routledge.
- Joint Committee on Testing Practices. (2000). Code of fair testing practices in education. Recuperado de: <https://www.apa.org/science/programs/testing/fair-testing.pdf>
- Joshi, R. Ling, F.W. & Jaeger, J. (2004). Assessment of a 360-Degree Instrument to Evaluate Residents' Competency in Interpersonal and Communication Skills. *Academic Medicine* 79 (5), 458-463. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200405000-00017>

- Juan, S., Etchebarne, I., Waizmann, V., Leibovich de Duarte, A., & Roussos, A. (2009). El proceso inferencial clínico, el pronóstico y las intervenciones del psicoterapeuta. *Anuario de Investigaciones, 16*, 43-51.
- Kanfer, F. H., & Phillips, J. S. (1970). *Learning Foundations of Behavior Therapy*. New York, Willey.
- Kaslow, N. J. (2004). Competencies in professional psychology. *American Psychologist, 59*, 774 – 781. doi: 10.1037/0003-066X.59.8.774
- Kaslow, N. J., Borden, K. A., Collins, F. L., Forrest, L., Illfelder-Kaye, J., Nelson, P. D. (2004). Competencies Conference: Future directions in education and credentialing in professional psychology. *Journal of Clinical Psychology, 80*, 699 –712.
- Kaslow, N. J., Falendar, C. A., & Grus, C. L. (2012). Valuing and practicing competency-based supervision: A transformational leadership perspective. *Training and Education in Professional Psychology, 6*, 47-54. doi: 10.1037/a0026704
- Kaslow, N., Grus, C.L., Campbell, L.F., Fouad, N., Hatcher, R.L. & Rodolfa, E.R. (2009). Competency Assessment Toolkit for Professional Psychology. *Training and Education in Professional Psychology 4* (3) 27-45. doi: 10.1037/a0015833
- Kaslow, N., Rubin, N., Bebeau, M., Leigh, I., Lichtenberg, J., Nelson, P., Portnoy, S., Smith, I. (2007). Competency Assessment Models. *Professional Psychology: Research and Practice 38* (5), 463-473.
- Kaslow, N., Rubin, N., Leigh, I., Portnoy, S. & Lichtenberg, J. (2006). APA Task Force on the assessment of competence in professional psychology: Final Report. American Psychological Association. Recuperado de: <http://www.apa.org/ed/resources/competency-revised.pdf>
- Keegan, E. (2010). *Escritos de Psicoterapia Cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba.

- Keegan, E. (2012). Supervisión y desarrollo de competencias en terapia cognitivo-conductual. En J.A. Obs Camerini (Ed.), *Aportes del siglo XXI a las terapias cognitivas* (pp. 69-92). Buenos Aires: CATREC.
- Keegan, E., & Holas, P. (2009). Terapia cognitivo comportamental: teoría y práctica. En R. Carlstedt (Ed.), *Handbook of Integrative Clinical Psychology and Psychiatry* (pp. 605-629). New York: Springer.
- Keen Crook, A. N. (2016). Assessing cultural competence in a mental health outpatient facility. *Electronic Theses and Dissertations*. doi: <https://doi.org/10.18297/etd/2380>
- Kelmanowicz, V. (2011). El modelo sistémico de la terapia, en H. Fernández-Álvarez, H (Comp.), *Paisajes de la Psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos*. (pp.165-187). Buenos Aires: Polemos.
- Kenkel, M. B., & Peterson, R. (2010). Competency-based education for professional Psychology. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kenkel, M. B., & Peterson, R. L. (2010). *Competency-based education for professional psychology*. Washington, DC: APA.
- Kernberg, O. (2001). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de fortalecimiento: controversias contemporáneas. *Revista Psicoanálisis APdeBA*, 23 (1), 201-227.
- Kessler, R. (2006). Competency-based interviews: master the tough new interview style and give them the answers that will win you the job. Franklin Lakes, NJ: Career Press.
- Khan, M.U. & Aljarallah, B.M. (2011). Evaluation of Modified Essay Questions (MEQ) and Multiple Choice Questions (MCQ) as a tool for Assessing the Cognitive Skills of Undergraduate Medical Students. *International Journal of Health Sciences* 5 (1) 39-43.

- Klappenbach, H. (2015). La formación universitaria en psicología en Argentina: perspectivas actuales y desafíos a la luz de la historia. *Universitas Psychologica*, 14 (3), 937-960.
- Klein, R.H., Bernard, H.S. & Schermer, V.L. (2011). On Becoming a Psychotherapist. *The Personal and Professional Journey*. New York: Oxford University Press.
- Klenowski, V. (2002). Developing portfolios for learning and assessment: processes and principles. London: RoutledgeFalmer.
- Knudsen, H.K Roman, P.M. & Abraham, A.J. (2013). Quality of clinical supervision and counselor emotional exhaustion: The potential mediating roles of organizational and occupational commitment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 44 (5) 528-533. doi: 10.1016/j.jsat.2012.12.003
- Koch, A., Strobel, A., Kici, G., & Westhoff, K. (2009). Quality of the Critical Incident Technique in practice: Interrater reliability and users' acceptance under real conditions. *Psychology Science*, 51(1), 3-15.
- Korchin, S.J. (1976). Modern clinical psychology: principles of intervention in the clinic and community. New York: Basic Books.
- Kottler, J. (2010). *On being a psychotherapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kottler, J.A. (1991). *The compleat therapist*. Estados Unidos: Wiley.
- Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N. J., Tazeau, Y. N., Miville, M. L., Kerns, R., Stegman, R., Suzuki, L. & Benton, S. A. (2004). Achieving competency in psychological assessment: Directions for education and training. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 725-739. doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.20010>

- Lambert, M. J. (2013). Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances. *Psychotherapy*, 50, 42-51. doi: <https://doi.org/10.1037/a0030682>
- Lambert, M. J., Lunnen, K., Umphress, V., Hansen, N. B., & Burlingame, G. M. (1996). Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ – 45.1) Salt Lake: IHC Center for Behavioral Health Care Efficacy.
- Länge, A. A., & Kriz, J. (2012). The renewal of humanism in European psychotherapy: Developments and applications. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 49 (4), 430–436. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0027397>
- Laurito, M. J. & 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).
- Laws, H. B., Constantino, M. J., Sayer, A.G., Klein, D. N., Kocsis, J. H., Manber, R., Markowitz, J.C., Rothbaum, B.O., Steidtmann, D., Thase, M.E. & Arnow, B. A. (2017). Convergence in patient-therapist therapeutic alliance ratings and its relation to outcome in chronic depression treatment. *Psychotherapy Research*. doi:10.1080/10503307.2015.1114687
- Lazarus, A. A. (1967). In Support of Technical Eclecticism. *Psychological Reports*, 21(2), 415–416. doi: <https://doi.org/10.2466/pr0.1967.21.2.415>
- Lazarus, A. A. (1995). Different types of eclecticism and integration: Let's be aware of the dangers. *Journal of Psychotherapy Integration*, 5 (1) 27–39.
- Lazarus, A. A. (2005). Multimodal therapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 105–120). New York, NY: Oxford University Press. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0005>

- Leibovich de Duarte, A.; Duhalde, C.; Huerin, V.; Rutzstein, G. & Torricelli, F. (2001). Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis. *Vertex, Revista de Psiquiatría*, 7 (45), 194-203.
- Leibovich de Duarte, A.; Rubio, M.; Zanotto, M.; Juan, S.; Roussos, A.; Huerín, V. & Torricelli, F. (2009). Inferencias clínicas de psicólogos y médicos en formación en salud mental en el sector público de la Ciudad de Buenos Aires. Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Facultad de Psicología, UBA I, 64-65. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Leigh, I. W., Smith, I. L., Bebeau, M. J., Lichtenberg, J. W., Nelson, P. D., Portnoy, S., Rubin, N.J. & Kaslow, N. J. (2007). Competency assessment models. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 463-473. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.463>
- Lemma, A., Roth, A. & Pilling, S. (2008). The competences required to deliver effective psychoanalytic/psychodynamic therapy. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.559.7839&rep=rep1&type=pdf>
- Levy-Leboyer, C. (2003). Gestión de las competencias. Cómo analizarlas, cómo evaluarlas, cómo desarrollarlas. España: Gestión 2000.
- Lichtenberg, J. W., Hummel, T. J., & Shaffer, W. F. (1984). CLIENT 1: A computer simulation for use in counselor education and research. *Counselor Education and Supervision*, 24, 155-167.
- Lichtenberg, J. W., Portnoy, S. M., Bebeau, M. J., Leigh, I. W., Nelson, P. D., Rubin, N. J., Smith, I.L. & Kaslow, N. J. (2007). Challenges to the Assessment of Competence and Competencies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 474-478. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.474> Access to Document 10.1037/0735-7028.38.5.474

- Liese, B. S. & Esterline, K.M. (2015). Concept mapping: A supervision strategy for introducing case conceptualization skills to novice therapists. *Psychotherapy* 52 (2) 190-194. doi: 10.1037/a0038618
- Lievendag, L. (2014). La conceptualización del caso. Ficha de cátedra. Disponible en: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/psicoterapias/keegan/Practicos%20Parte%204,%205%20y%206%20Psicoterapias%20Keegan/lievendag%20%20la%20conceptualizacion%20de%20casos.pdf>
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53–70. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>
- Lima, N.S; Naves, F.A; Pena, F. & Ormart, E.B. (2015). Las competencias profesionales del psicólogo en la encrucijada de los escenarios filiatorios. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Linsk, N.L. & Tunney, K. (1997) Learning to Care. Use of Practice Simulation to Train Health Social Workers. *Journal of Social Work Education*, 33(3), 473-489. doi: 10.1080/10437797.1997.10778887
- Lipp, O., Terry, D., Chalmers, D., Bath, D., Hannan, G., Martin, F., Farrell, G., Wilson, P., & Provost, S. (2007). Learning outcomes and curriculum development in psychology. Sydney: Carrick Institute for Learning and Teaching in Higher Education. Recuperado de: https://ltr.edu.au/resources/grants_2005project_learningoutcomes_psychology_finalreport.pdf
- Littlefield, L., Giese, J., & Katsikitis, M. (2007). Professional psychology training under review. *InPsych*, 29(2).

- Litvinoff, N. & Gomel, S. (1975). *El psicólogo y su profesión*. Buenos Aires: Paidós.
- Lo, H., & Fung, K. (2003). Culturally competent psychotherapy. *Canadian journal of psychiatry*.
Revue canadienne de psychiatrie, 48 3, 161-70.
- López García, H. (2009). La construcción de los conocimientos psicoterapéuticos durante la práctica profesional del psicólogo. *Humanidades Médicas*, 9(1)
- López, S. R. (1997). Cultural competence in psychotherapy: A guide for clinicians and their supervisors. In C. E. Watkins, Jr. (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 570-588). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- López-Pastor, V. M. (2005). La evaluación como sinónimo de calificación. Implicaciones y efectos en la Educación y en la Formación del Profesorado. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 8 (4), 1-7.
- López-Pastor, V.M. (2011). El papel de la evaluación formativa en la evaluación por competencias: aportaciones de la red de evaluación formativa y compartida en docencia universitaria. *Revista de Docencia Universitaria* 9 (1), 159-173.
- Loubat, M. (2005). Supervisión en Psicoterapia: Una Posición Sustentada en la Experiencia Clínica. *Terapia Psicológica* 23 (2), 75-84.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 5(3), 260-271.
- Lunt, I., Job, R., Lecuyer, R., Peiro, J. M. & Gorbeña, S. (2011). Tuning-EuroPsy: Reference points for the design and delivery of degree programs in Psychology. Bilbao, España: Publicaciones

de la Universidad de Deusto. Recuperado de http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Summary_of_outcomes_TN/Psychology_reference_points.pdf

Lunt, I., Peiró, J. M., Poortinga, Y. & Roe, R. A. (2015). *EuroPsy: Standards and Quality in Education for Psychologists*. Göttingen, Germany: Hogrefe Publishing.

Luzzi, A. M., Ramos, L, Bardi, D & Slapak, S. (2015). La investigación empírica en psicoterapia y la supervisión clínica: aportes para la formación profesional y académica. *Anuario de investigaciones*, 22(1), 39-44.

Luzzi, A; Bardi, D; Ramos, L & Slapak, S. (2015). A Study of Process in Psychoanalytic Psychotherapy with Children: The Development of a Method. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 18, 2. 72-81.

Macaskill, N. D. (1988). Personal therapy in the training of the psychotherapist: Is it effective? *British Journal of Psychotherapy*, 4(3), 219-226. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0118.1988.tb01024.x>

Macchiarola, V. (2007). Currículum basado en competencias. Sentidos y críticas. *Revista Argentina de Enseñanza de la Ingeniería*, 8, 14, 39-46. Disponible en: http://www.ing.unrc.edu.ar/raei/archivos/img/arc_2011-11-23_20_48_13-144.pdf

Madanes, C. (2007). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Malikiosi-Loizos, M. (2013). Personal therapy for future therapists: Reflections on a still debated issue. *The European Journal of Counselling Psychology*, 2(1), 33-50. doi: [doi.org/10.5964/ejcop.v2i1.4](http://dx.doi.org/10.5964/ejcop.v2i1.4) <http://ejcop.psychopen.eu/issue/archive>

Malo, S. (2007). La titulación de psicología en España: primeras fases del proceso de adaptación al Espacio Europeo de Enseñanza Superior. *Revista de Educación y Desarrollo*, 6, 35-44.

- Malo, S., Fortes Besprosvani, M., Verdejo Paris, P., & Orta Martínez, M. (2007). Propuestas y acciones universitarias para la transformación de la educación superior en América Latina. Informe final proyecto 6 X 4 UEALC. Bogotá: Asociación colombiana de universidades ASCUN.
- Malo, S., Fortes, M., Verdejo, P. & Orta, M. (2008). Informe final proyecto 6x4 UEALC. Bogotá: Asociación Colombiana de Universidades – ASCUN.
- Manring, S. L., Rivkin, G. W., & Rivkin, M. D. (2003). The application of network and learning organization models to improve ecosystem management: Monroe 2020 case study. *Environmental Practice*, 5(2), 13-27
- Manríquez Pantoja, L. (2012). ¿Evaluación en competencias?. *Estudios Pedagógicos*, 38 (1), 367-380.
- Manzo, G. & Di Domenico, C. (2013). La psicofarmacología en la formación de psicólogos: un estudio acerca de la autopercepción de competencias e importancia atribuida en alumnos avanzados y graduados de la Unmdp. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Manzo, G., & Di Doménico, M. C. (2010). Autopercepción de competencias adquiridas en estudiantes de psicología de ciclo profesional (avanzado). Informe de Beca Categoría Estudiante Avanzado. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Margni, A., Molina, M. F., Sartori, N., Rebull, M. E., & Vázquez, L. (2012). Estudio descriptivo de resultados de tratamientos psicoterapéuticos en contexto natural en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 15-24

- Martínez Alonso, G., & Báez Villarreal, E., & Garza Garza, J., & Treviño Cubero, A. & Estrada Salazar, F. (2012). Implementación de un modelo de diseño curricular basado en competencias en carreras de ingeniería. *Innovación Educativa*, 12 (60), 87-103.
- Martínez, F.M. & Carmona, G. (2009). Aproximación al Concepto de “Competencias Emprendedoras”: Valor Social e Implicaciones Educativas. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 7 (3), 82-98.
- Martínez, M., & Martínez, J., & Calzado, V. (2006). La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. *Psychosocial Intervention*, 15 (3), 331-350.
- Martínez-Mejías, S., Félix-Fermín, J., Ruíz-Alfaro, F. & Rivera-Maldonado, M.M. (2015). El desarrollo de competencias interdisciplinarias en la formación de estudiantes doctorales en Psicología Clínica. *Pedagogía* 1 (48) 155-176.
- Mash, E. J., & Hunsley, J. (1993). Assessment considerations in the identification of failing psychotherapy: Bringing the negatives out of the darkroom. *Psychological Assessment*, 5(3), 292-301. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.5.3.292>
- Mathieson, F., Barnfield, T., & 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 Behaviour Therapist*, 2(1), 43-50. doi:10.1017/S1754470X08000081
- May, R. (1958). The Origins and Significance of the Existential Movement in Psychology. In R. May, E. Angel, & H. F. Ellenberger (Eds.), *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology* (pp. 3-36). New York: Basic Books. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/11321-001>

- McAleavey, A. A., Youn, S. J., Xiao, H., Castonguay, L. G., Hayes, J. A., & Locke, B. D. (2017). Effectiveness of routine psychotherapy: Method matters. *Psychotherapy Research*, 2, 1-18. doi: 10.1080/10503307.2017.1395921
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for 'intelligence', *American Psychologist*, 28,1, 423-447.
- McClelland, D. C. (1998). Identifying competencies with behavioural-event interviews, *Psychological Science*, 9, 5, 331-339.
- McClelland, S.B. (1994). Training Needs Assessment Data-gathering Methods: Part 2 – Individual Interviews. *Journal of European Industrial Training*, 18 (2), 27-31. doi: <https://doi.org/10.1108/03090599410055640>
- McCoy Lynch, M. (2012). Factors Influencing Successful Psychotherapy Outcomes. Master of Social Work Clinical Research Papers. Recuperado de: https://sophia.stkate.edu/msw_papers/57
- McGuire, L., Lay, K., & Peters, J. (2009). Pedagogy of reflective writing in professional education. *Journal of Scholarship of Teaching & Learning*, 9(1), 93—107.
- McMullan M., Endacott R., Gray M.A., Jasper, M., Miller, C.M., Scholes, J. & Webb, C. (2003). Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 41(3) 283–294.
- Medina, O. (2005). Los sistemas de acreditación. Aproximación conceptual y teórica En: J. Tejada, A. Navio y E. Ferrández. IV Congreso de Formación para el Trabajo. Nuevos Escenarios de Trabajo y Nuevos Retos en la Formación. Libro de actas. Madrid: Tornapunta.
- Meier, S. T. (1993). Revitalizing the measurement curriculum: Four approaches for emphasis in graduate education. *American Psychologist*, 48(8), 886-891. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.48.8.886>

- Merino Soto, C. & 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.
- Messer, S. D. (1986). Eclecticism in Psychotherapy: Underlying assumptions, problems and trade offs, In J. C. Norcross (Ed). *Handbook of Eclectic Psychotherapy*, New York, Brunner / Mazel.
- Messina, I., Gelo, O.C.G., Sambin, M., Bianco, F., Mosconi, A., Fenelli, A., Curto, M., Gullo, S. & Orlinsky, D. (2017). Trainees' self-evaluation of their development as psychotherpists: An Italian contribution to an international collaborative study on psychotherapy training. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 25 (2) 338-347. doi: 10.1002/cpp.2165
- Mieles Barrera, M., Tonon, G., & Alvarado Salgado, S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, (74), 195-225.
- Mikulic, I.M. (2007). *Construcción y Adaptación de Pruebas Psicológicas*. Buenos Aires, Argentina: Dpto de Publicaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Mikulic, I.S, Crespi, M., Elmasian, M. & Fernández, G.L. (2015). Evaluación psicológica y deseabilidad social: adaptación de la escala de deseabilidad social de Marlowe-Crowne y del inventario balanceado de respuestas socialmente deseables. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Miller, G.E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine* 65 (9), 63-67.

- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50, 88–97. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0031097>
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2015). The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, 110(3), 401-413. doi: 10.1111/add.12693
- Milne, D. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology* 46 (4). doi: <https://doi.org/10.1348/014466507X197415>
- Milne, D. L., & James, I. (2000). A systematic review of effective cognitive-behavioural supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 111–127
- Milne, D. L., Baker, C., Blackburn, I.-M., James, I., & Reichelt, K. (1999). Effectiveness of cognitive therapy training. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30(2), 81-92. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7916\(99\)00011-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7916(99)00011-7).
- Ministerio de Educación y Justicia de la Nación (1985). Resolución N° 2447/85. Disponible en: <https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2012/04/incumbencias-al-titulo.pdf>
- Minuchin, S. (2009). *Familias y terapia familiar*. España: Gedisa.
- Moggia, D. (2017). El Modelo Constructivista Integrativo: Una Nueva Propuesta. *Revista de Psicoterapia*, 28 (108), 125-147.
- Moncada Arroyo, L. (2007). *Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas* (Tesis Doctoral) Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Montes Sosa, J.G. (2017). La ética en el campo profesional de la psicología: una encuesta. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1 (22) 135-144.
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 89 (1), 5-50.

- Moya Cortés, L. (2015). *Influencia del Estilo Personal del Terapeuta en la calidad de la alianza*. Tesis de Lic. en Psicología. Pontificia Universidad de Comillas de Madrid. Recuperado de: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/1040/TFM000113.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mulder, R. Murray, G & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *Lancet Psychiatry* 4 (12), 953-962. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30100-1
- Mullen, L.S. & Rieder, R.O. (2010). The Psychodynamic Psychotherapy Competency Test. Recuperado de: <http://www.universitypsychiatry.com/clientuploads/columbia/PPCT2010.pdf>
- Mullen, L.S., Rieder, R.O., Glick, R.A., Lubert, B. & Rosen, P.J. (2004). Testing Psychodynamic Psychotherapy Skills Among Psychiatric Residents: The Psychodynamic Psychotherapy Competency Test. *The American Journal of Psychiatry* 161 (9), 1658-1664. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1658>.
- Muller, F., & Palavezzatti, C. (2016). Orientación Teórica y práctica clínica: Los psicoterapeutas de Buenos Aires. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24 (2), 133-142.
- Muller, F. & Palavezzatti, C. (2005). Modelos Teóricos y Práctica Clínica en Argentina: Psicoterapia en Capital Federal. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13 (3), 73-82.
- Muller, F. (2008). Psychotherapy in Argentina: Theoretical Orientation and Clinical Practice. *Journal for Psychotherapy Integration*, 18 (4), 410-420.
- Muller, F., & Zammito, V., & Oberholzer, N., & Iglesias, M. (2008). Psicoterapia e Integracionismo Teórico: Los Psicoterapeutas Argentinos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27 (3), 225-231.

- Muller, F., Fondacaro, P., Garcia, M.S., & Rodriguez, F. (2005). Modelos Teóricos y Práctica Clínica en Argentina: Psicoterapia en las provincias de Santa Fe, Buenos Aires y Chubut. *Investigaciones en Psicología*, 10 (3), 73-88.
- Muller, F., Oberholzer, N., Iglesias, M. P., Flores, M. L. & Bugiolochi, T. (2004). Modelos Teóricos y Práctica Clínica en Argentina: Psicoterapia en las Provincias. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 50 (3), 57-76.
- Muñoz, A., & Velásquez, M. (2016). Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería, Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34 (2), 202-211.
- Murphy, K. & Strong, S. (1973). Some effects of similarity self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology* 19 (2) 121-124.
- Mustaca, A.E. (2014). Prácticas basadas en la evidencia: pasado, presente y futuro. *Revista Costarricense de Psicología* 2 (33), 93-108.
- Mutual Recognition Agreement. (2004). Mutual Recognition Agreement of the Regulatory Bodies for Professional Psychologists in Canada. Disponible: [file:///C:/Users/lcrocamo/Downloads/Core%20Competencies%20Required%20for%20the%20Professional%20Practice%20of%20Psychology%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/lcrocamo/Downloads/Core%20Competencies%20Required%20for%20the%20Professional%20Practice%20of%20Psychology%20(2).pdf)
- Nash, J. M., & Larkin, K. T. (2012). Geometric models of competency development in specialty areas of professional psychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(1), 37-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0026964>
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2015). A guide to treatments that work. New York: Oxford University Press.
- New Zealand Psychologist Board. (2011). Core Competencies for the practice of psychology in New Zealand. Recuperado: http://www.psychologistsboard.org.nz/cms_show_download.php?id=41

- Newman, C.F. (2010). Competency in conducting cognitive-behavioral therapy: foundational, functional, and supervisory aspects. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 47(1) 12-19.
- Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo Conductuales*. México: Manual Moderno.
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T., & 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. doi: 10.1037/a0033643
- Noailles, G. (2005). La representación de los psicólogos egresados de la Uba acerca su práctica profesional. *Anuario de investigaciones*, 7, 87-95.
- Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert, (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.227-306). New York: Wiley.
- Norcross, J.C. & Goldfried, M.R. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Book.
- Norcross, J. C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In J. K. Zeig & W. M. Munion (Eds.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives* (pp. 218 –220). San Francisco: Jossey-Bass.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0022180>
- Nugter, M.A., Hermens, M.L.M., Robbers, S. Van Son, G., Theunissen, J. & Engelsbel, F. (2017). Use of outcome measurements in clinical practice: How specific should one be? *Psychotherapy Research* 3, 1-13. doi: 10.1080/10503307.2017.1408975

- Núñez Cortés, J. A. (2016). El modelo competencial y la competencia comunicativa en la educación superior en América Latina. *Foro de Educación*, 14 (20), 467-488. doi: <http://dx.doi.org/10.14516/fde.2016.014.020.023>
- Nunnally, J. (1991). *Teoría psicométrica*. México: Mac Graw Hill.
- O'Neill, P. (2011). Reframing Reliability for Writing Assessment. *The Journal of Writing Assessment* 4 (1).
- Obaya Valdivia, A. & Ponce Pérez, R.G. (2010). Evaluación del aprendizaje basado en el desarrollo de competencias. *Contactos* 76, 31-37.
- Oblitas, L.A. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. Estados Unidos: Cengage Learning.
- OCDE (2005). La definición y selección de competencias clave. Resumen ejecutivo. Disponible en: <http://deseco.ch/bfs/deseco/en/index/03/02.parsys.78532.downloadList.94248.DownloadFile.tmp/2005.dsceexecutivesummary.sp.pdf>
- Oddli, H. W., & Halvorsen, M. S. (2014). Experienced psychotherapists' reports of their assessments, predictions, and decision making in the early phase of psychotherapy. *Psychotherapy*, 51(2), 295-307. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0029843>
- Olivera, J. Santiago, J. & Roussos, A.J. (2016). Las intervenciones terapéuticas desde la perspectiva del paciente: una aproximación cualitativa. *Anuario de Investigaciones*, 23, 43-51.
- Olivera, J., Challú, L., Gómez Penedo, J. M., & Roussos, A. (2017). Client–therapist agreement in the termination process and its association with therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 54(1), 88-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000099>

- O'Malley, S. S., Suh, C. S., & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(4), 581-586. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.51.4.581>
- Orlinsky, D. E. & Ronnestad, M.H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E. (2009). The generic model of psychotherapy after 25 years: Evolution of a research based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration, 19* (4), 319–339. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017973>
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. Noch einmal. En A.B. Bergin, & S.L., Garfield (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270–376). New York: Wiley.
- Ortiz Lobos, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo 5.
- Osterlind, S. J. (1990). *Constructing Test Items: Multiple-Choice, Constructed- Response, Performance, and Other Formats*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Otzen, T. & Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology 35*(1) 227-232.
- Overholser, J. C. (2010). Clinical expertise: A preliminary attempt to clarify its core elements. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 40*, 131–139.
- Padesky, C.A. (1996). Developing Cognitive Therapist Competency: Teaching Supervision Models. (pp. 266-292). In: P. M. Salkovskis *Frontiers of Cognitive Therapy*. Guilford Press: London.
- Padua, J. (1996). El proceso de investigación. En: J.P. Padua, I. Ahman, H. Apezzechea y C. Borsotti, *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*. (pp.22-63). México: Fondo de cultura económica.

- Parisi, E. (2011). Universidades públicas en Argentina y la formación del psicólogo. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 9 (25) 71-75.
- Parry, G. D., Crawford, M. J., & Duggan, C. (2016). Iatrogenic harm from psychological therapies—Time to move on. *The British Journal of Psychiatry*, 208 (3), 210-212. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.115.163618>
- Patterson, C. H. (2004). Do we need multicultural counseling competencies? *Journal of Mental Health Counseling*, 26(1), 67–73.
- Paulhus, D. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 598- 609.
- Paulhus, D. (1989). Manual for the Balanced Inventory of Desirable Responding: Version 6. Unpublished manual, University of British Columbia.
- Pearce, R & Smojkis, M. (2003). *Profiles and portfolios of evidence*. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J., & García-Cueto, E. (2013). Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica*, 10 (2), 3-18.
- Peiró, J. (2003). La enseñanza de la psicología en Europa: Un proyecto de titulación europea. *Papeles del psicólogo*, 24 (86), 25-33.
- Penrod, J. Presto, D.B., Cain, R.E. & Starks, M. T. (2003). Una discusión sobre la referencia en cadena como un método para muestrear poblaciones difíciles de alcanzar. *Journal of Transcultural Nurse* 14(2) 100-107. doi: 10.1177 / 1043659602250614
- Pereda, S. & Berrocal, F. (2001). *Gestión de Recursos Humanos por Competencias*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

- Pérez Álvarez, M., Fernández Heredia, J.R., Fernández Rodríguez, C. & Amigo Vázquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. España: Ediciones Pirámide.
- Pérez Soto, M. (2013). *La simulación clínica como método de evaluación y acreditación de competencias profesionales* (Tesis de grado). Universidad de Cantabria, España. Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3002/PerezSotoM.pdf?sequence=1>
- Pérez, A. & Soto, E. (2009). Competencias y Contextos Escolares: Implicaciones Mutuas. *Organización y Gestión Educativa: Revista del Fórum Europeo de Administradores de la Educación*, 17(2), 17-21.
- Perls, F. & Baumgardner, P. (2006). *Terapia Gestalt Teoría y Práctica*. México: Pax México.
- Perls, F. (2001). *El enfoque gestaltico. Testimonios de terapia*. Chile: Cuatro vientos.
- Peterson, R. L., McHolland, J. D., Bent, R. J., Davis-Russell, E., Edwall, G. E., Polite, K., Singer, D. L. & Strcker, G. (1992). *The core curriculum in professional psychology*. Washington, DC: American Psychological Association. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/10103-000>
- Pilling, S. Roth, A.D. & Stratton, P. (2010). The competences required to deliver effective Systemic Therapies. Recuperado de: <http://www.inpa-europsy.it/moduli/EuroPsy%20Regulations%20July%202011.pdf>
- Pino, C., & Pria-Bankoff, A. D. (2007). Estudio comparativo de nivel de capacidad física, estrés laboral y molestia musculo esqueléticas en trabajadores. *Efdeportes*, 12, 115. Recuperado en <https://efdeportes.com/efd115/nivel-de-capacidad-fisica-en-trabajadores.htm>
- Pitts, J., Coles, C. & Thomas, P. (2001). Enhancing reliability in portfolio assessment: 'shaping' the portfolio, *Medical Teacher*, 23(4), 351-356, doi: 10.1080/01421590120057021

Proyecto 6 x 4 ULEAC. (2008). Proyecto 6x4 UEALC Resumen ejecutivo 2004-2007. Disponible en:
<http://108.59.253.179/~uealc/site2008/pre/03.pdf>.

Puppetto, P. (2017). Autopercepción de alumnos avanzados de la carrera de psicología de la provincia de Mendoza sobre sus competencias clínicas. Tesina de grado Pontificia Universidad Católica Argentina “Santa María de los Buenos Aires” Facultad de humanidades y ciencias de la educación. Licenciatura en psicología. Mendoza.

Ramsdell, P.S & Ramsdell, E.R. (1993). Dual relationships: Client perceptions of the effect of client-counselor relationship on the therapeutic process. *Clinical Social Work Journal* 2 (21) 195-212.

Regas, S. J., Kostick, K. M., Bakaly, J. W., & Doonan, R. L. (2017). Including the self-of-the-therapist in clinical training. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 6(1), 18-31. doi:
<http://dx.doi.org/10.1037/cfp0000073>

Reigal Garrido, R., Videra García, A., Parra Flores, J., & Juárez Ruiz de Mier, R. (2012). Actividad físico deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia. *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (22), 19-23.

Rey, M.C. (2016). La psicoterapia personal del psicoterapeuta: un pilar de la identidad profesional. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica* 9, 3.

Reynaga-Estrada, P. (2001). Actividad física y salud mental. *Efdeportes* 7, 40. Recuperado de
<https://www.efdeportes.com/efd40/smental.htm>

Reynaga-Estrada, P; Arévalo Vázquez, E. I; Verdesoto Gáelas, A.M; Jiménez Ortega, I.M; Preciado Serrano, M. L; Morales Acosta, J.J. (2016). Beneficios psicológicos de la actividad física en el trabajo de un centro educativo. *Retos*, 30, 203-206

- Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. & Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26 (98), 191-208.
- Roberts, M., Borden, K., Christiansen, M., & Lopez, S. (2005). Fostering a culture shift: Assessment of competence in the education and careers of professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 355–361. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.355>
- Robine, J. M. (1998). *Terapia gestalt*. Madrid: Gaia ediciones.
- Rockwell, E. (2001). La lectura como práctica cultural: conceptos para el estudio de los libros escolares. *Educação e Pesquisa*, 27 (1), 11-26.
- Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L., & Rithcie, P. (2005). A Cube Model for Competency Development: Implications for Psychology Educators and Regulators. *Professional Psychology: Research and Practice* 36 (4), 347–354. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.347>
- Rodríguez Gómez, G.; Ibarra Saiz, M. S. & Cubero Ibáñez, J. (2018). Competencias básicas relacionadas con la evaluación. Un estudio sobre la percepción de los estudiantes universitarios. *Educación XX1*, 21(1), 181-208, doi: 10.5944/educXX1.14457
- Rodríguez, D. J. (2012). Formación profesional en psicología: autopercepción de competencias prácticas para el ámbito clínico en estudiantes de grado. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires

- Rodríguez, E. M., & Diestro, A. (2014). Limitaciones teóricas del enfoque de competencias en el análisis de la relación entre educación y empleo en el contexto europeo. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 139, 72-78.
- Rodríguez, M.J., & Arias, S. (2013). Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. *Revista Sul Americana de Psicología*, 1(2).
- Rodríguez-Acevedo, A. & Calderón, K. (2018). Psicología de la salud desde la práctica privada. *Revista Puertorriqueña de Psicología* 1 (29) 130 – 144
- Roe, R. (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo? *Papeles del Psicólogo*, 24 (86) 1-12.
- Roe, R.A. (2002a). What makes a competent psychologist? *European Psychologist*. 7,3, 192-202. doi: 10.1027//1016-9040.7.3.192
- Roe, R.A. (2002b). Competences- A key towards the integration of theory and practice in work psychology. *Gedrag en Organisatie*, 15, 203-224.
- Rogers, C. (1978). Orientación psicológica y psicoterapia. Madrid: Narcea.
- Rønnestad, M. H., & Ladany, N. (2006). The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16(3), 261-267. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300600612241>
- Rønnestad, M.H. (2016). Is expertise in psychotherapy a useful construct? *Psychotherapy Bulletin* 51 (1), 11-13.
- Rønnestad, M.H., & Skovholt, T.M. (2013). The Developing Practitioner. *Growth and Stagnation of Therapists and Counselors*. London: Routledge.

- Roos, J. & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review, *Psychotherapy Research*, 23 (4), 394-418. doi: 10.1080/10503307.2013.775528
- Roque Tovar, B., & García García, L. (2016). Elaboración de la experiencia profesional: una propuesta de aprendizaje reflexivo en la formación del psicólogo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21 (2), 113-119.
- Rosal Cortés, R. (2017) Logros, errores y responsabilidades para el futuro de la Psicología Humanista. *Revista de Psicoterapia*, 28 (107) 85-126.
- Rosen, A., & Proctor, E. K. (1981). Distinctions between treatment outcomes and their implications for treatment evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(3), 418-425. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.49.3.418>
- Rosenzweig, S. (2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12 (1), 5-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1053-0479.12.1.5>
- Rosso, M., & Lebl, B. (2006). Terapia Humanista Existencial Fenomenológica: Estudio de Caso. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 4 (1), 90-117.
- Roth, A.D. & Pilling, S. (2007). The Competences Required to Deliver Effective Cognitive and Behavioural Therapy for People with Depression and with Anxiety Disorders. Recuperado de: https://www.uea.ac.uk/documents/246046/11919343/CBT_Competence_List.pdf/fcb5b875-67da-4f85-966c-a01506dacf60
- Roth, A.D. Hill, A. & Pilling, S. (2009). The competences required to deliver effective Humanistic Psychological Therapies. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/255594107_The_competences_required_to_deliver_effective_Humanistic_Psychological_Therapies

- Rothschild, B. (2009). Ayuda para el profesional de la ayuda. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Roussos, A. (1999). La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas. Estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos. Universidad de Belgrano, Buenos Aires.
- Roussos, A. J., Etchebarne, I., & Waizmann, V. (2006). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica. *Anuario de investigaciones*, 13, 51-61.
- Roussos, A., Braun, M. & Olivera, J. (2017). For Me It Was a Key Moment of Therapy: Corrective Experience From the Client's Perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 73 (2) 153-167. doi: 10.1002/jclp.22429.
- Roussos, A.; Boffi Lissin, L.; Leibovich de Duarte, A. (2007). The importance of the theoretical framework in the formulation of clinical inferences in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(5): 533-543.
- Roussos, A.J. (2001). Investigación empírica en Psicoterapia en la Argentina Panorama actual, métodos y problemas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 12, 179-187.
- Roussos, A.J., Braun, M., & Olivera, J. (2013). Problemáticas Éticas Actuales en la Investigación en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clinica Psicologica* 19, 23-40.
- Rutzstein, G. (2005). *Psicoterapeutas cognitivos y psicoanalistas: Un estudio comparativo sobre inferencias clínicas centrado en trastornos de la alimentación*. (Tesis de doctorado), Universidad de Buenos Aires.

- Ryle, A. (1995). *Cognitive Analytic Therapy, Developments in Theory and Practice*. United States of America: Wiley.
- Saforcada, E. (2008). La Psicología en Argentina: desarrollo disciplinar y realidad nacional. *Interamerican Journal of Psychology*, 42 (3), 462-471.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J., Muran, C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Salazar, V.F. & Rodríguez. (2016). Valores éticos en la formación del estudiante de Psicología *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas* 5,9.
- Salgado, M. (2015). *Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Salgado, M.E. (2016). Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines* 1 (13).
- Salvo, I. (2003). *Variables del psicoterapeuta que inciden en la efectividad de la psicoterapia: un estudio exploratorio descriptivo*. (Tesis de grado). Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Sánchez González J. A. (2003). La formación del psicólogo en una perspectiva internacional: una breve selección documental comparada. Recuperado de: http://observatorio.ascofapsi.org.co/static/documents/formacion__internacional.pdf

- Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sánchez, S. (2011). *Efectos de la Autorrevelación del Terapeuta en la Alianza Terapéutica y Satisfacción del Cliente*. (Tesis de grado). Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.
- Sánchez-Bahillo, Á., Aragón-Alonso, A., Sánchez-Bahillo, M. & 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. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.01.016
- Santana, I. & Farkas, C.(2007). Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psyche*, 26, 1, 77-89.
- Santiago, J., Etchebarne, I., Waizmann, V., Leibovich de Duarte, A. & Roussos, A. (2009). El proceso inferencial clínico, el pronóstico y las intervenciones del psicoterapeuta. *Anuario de investigaciones* 16, 43-51.
- Sapién-Aguilar, A.L., Gutiérrez-Diez, M.C., Piñón-Howlet, L.C. & Araiza-Zapata, P.A. (2016). Evaluación del desempeño por el método de 360 grados y por factores de evaluación en una empresa mexicana. *Publicaciones*, 46, 13-29.
- Saxon, D. & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (4) 535-46. doi: 10.1037/a0028898
- Schattner, E., Tishby, O., & Wiseman, H. (2017). Relational patterns and the development of the alliance: A systematic comparison of two cases. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 555-568. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.2019>
- Schmal, R., & Ruiz-Tagle, A. (2008). Una metodología de diseño curricular orientado a las competencias. *Ingeniare Revsita chilena de ingeniería*, 1 (16), 147-158.

- Schon, D. (1998). *El profesional reflexivo*. Barcelona: Paidós.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (2007). Decision making and psychotherapy integration: Theoretical considerations, preliminary data, and implications for future research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(3), 225-250. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1053-0479.17.3.225>
- Schuwirth, L.W. & Van der Vleuten, C.P. (2004). Different written assessment methods: what can be said about their strengths and weaknesses? *Medical Education* 38 (9), 974-979. doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.01916.x
- Schwitzer, A. & Rubin, L. (2014). Diagnosis and treatment planning skills: *A popular culture casebook approach*. New York: Sage.
- Scotti, S. (2011). Opinión de los estudiantes de Psicología de la UBA sobre la investigación en psicoterapia. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2 (2) 96-100.
- Seligman, M.E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *The American psychologist*, 50 (12), 965-74.
- Shannon S. & Norman G. (1995). *Evaluation methods: a resource handbook*. Hamilton. Program for Educational Development, McMaster University
- Sharpless B.A., Barber J.P. (2009). A conceptual and empirical review of the meaning, measurement, development, and teaching of intervention competence in clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 29 (1) 47–56. doi: 10.1016/j.cpr.2008.09.008.
- Shaw, B. F., & Dobson, K. S. (1988). Competency judgments in the training and evaluation of psychotherapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56(5) 673-680.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0018378>

- Silva Palma, E. M. & Guedes Gondim, S. M. (2016). Questionário Reduzido do Estilo Pessoal do Terapeuta: evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, 15 (3), 298-307. doi: 10.15689/ap.2016.1503.02
- Simon, J.C. (1988). Criteria for therapist self-disclosure. *American Journal of Psychotherapy* 42(3) 404-415.
- Smith, E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. & Loftus, G.R. (2003). *Atkinson and Hilgard's Introduction to Psychology*. Estados Unidos: Wadsworth Publishing.
- Smith, K. & Tillema, H. (2003). *Portfolios for professional development. A research Journey*. New York: Nova Science Publishers.
- Soave, M., Rossi, A., Juaneu, L., González, M.V. Ferrero, G. & Zachetti, M. (2016). Abordaje diagnóstico en Servicios de Salud Mental de Hospitales polivalentes de Córdoba. *Debates actuales en Psicología y Sociedad*, 1.
- Soeave, M.A. & Juaneu, L.A. (2018). Entrevistas de admisión: Implementación y características teórico técnicas. *Temas* 12. doi: <https://doi.org/10.15332/rt.v0i12.2032>
- Spengler, P. M., White, M. J., Ægisdóttir, S., & Maugherman, A. S. (2009). Time keeps on ticking: The experience of clinical judgment. *The Counseling Psychologist*, 37 (3), 416-423. doi: <https://doi.org/10.1177/0011000009332008>.
- Spruill, J., Rozensky, R. H., Stigall, T. T., Vasquez, M., Bingham, R. P. & De Vaney Olvey, C. (2004). Becoming a Competent Clinician: Basic Competencies in Intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (7), 741–754. doi: 10.1002/jclp.20011

- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 182-196. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.63.2.182>
- Stewart, J., O'Halloran, C., Barton, J. R., Singleton, S. J., Harrigan, P., & Spencer, J. (2000). Aclarando los conceptos de confianza y competencia para producir apropiada autoescalas de medición de evaluación. *Educación Médica*, 34, 903-909.
- Stricker, G., & Gold, J. (2005). Assimilative Psychodynamic Psychotherapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Oxford series in clinical psychology. Handbook of psychotherapy integration* (pp. 221-240). New York: Oxford University Press. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0010>
- Strupp, H. H. (1978). The therapist's theoretical orientation: An overrated variable. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 15 (4), 314-317.
- Subsecretaría de Planificación Sanitaria. (2018). Información sobre el Sistema de Residencias y Concurrencias 2018. Recuperado de: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/cuadernillo_residencias_y_concurrencias-2018_0.pdf.
- Sue, D. W., & Torino, G. C. (2005). Racial-cultural competence: Awareness, knowledge, and skills. In R. T. Carter (Ed.), *Handbook of racial-cultural psychology and counseling, Training and practice* (pp. 3-18). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Sue, D.W., Ivey, A.E. & Pedersen, P.B. (1996). *A theory of multicultural counseling and therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53(4), 440-448. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.53.4.440>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193-207. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0037512>
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Tompkins, K. A., & Parkin, S. R. (2017). Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy*, 54, 47–57. doi: 10.1037/pst0000104
- Tapia, C. & Iturra, V. (1996). Atención en salud. Práctica de autocuidado en profesionales de Antofagasta. *Revista Horizonte de Enfermería*, 7(1), 5-12.
- Tarrant, M. & Ware, J. (2008). Impact of item-writing flaws in multiple-choice questions on student achievement in high-stakes nursing assessments. *Medical Education* 2(42) 198-206. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02957.x>
- Tejada Fernández, J. & Ruiz Bueno, C. (2016). Evaluación de competencias profesionales en Educación Superior: Retos e implicaciones. *Educación XXI*, 19(1), 17-38, doi:10.5944/educXX1.12175
- Terry, J. Gonsalvez, C. & Deane, F.P. (2017). Brief Online Training with Standardised Vignettes Reduces Inflated Supervisor Ratings of Trainee Practitioner Competencies *Australian Psychologist* 52, 30–139. doi:10.1111/ap.12250
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care Poor Underserved*, 9(2), 117-125.

- Tessier, H. (2010). La psicología del yo. *Alter. Revista de Psicoanálisis. Investigaciones y traducciones inéditas*, 6.
- Theron, D. & Roodt, G. (2001). An evaluation of the 360 project management competency assessment questionnaire. *Journal of Industrial Psychology* 27 (2) 51-56. doi: <https://doi.org/10.4102/sajip.v27i2.786>
- Tisani, N. (2008). Challenges in producing a portfolio for assessment: in search of underpinning educational theories. *Teaching in Higher Education* 13 (5) 549-557. doi: <https://doi.org/10.1080/13562510802334830>.
- Tobías Imbernón, C., & García-Valdecasas Campelo, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29 (104), 437-453.
- Tobón S. (2013). *Formación Integral y Competencias*. Bogotá, Colombia: Eco Ediciones.
- Tobón, S. (2006). *Formación basada en competencias. Pensamiento complejo, diseño curricular y didáctica*. Colombia: Ecoe.
- Tobón, S. (2008). *La formación basada en competencias en la educación superior: el enfoque complejo*. México: Universidad Autónoma de Guadalajara.
- Tornimbeni, S. Pérez, E. & Olaz, F. (2004). *Introducción a la psicometría*. Buenos Aires: Paidós.
- Tortosa Gil, F. (1998). *Una historia de la psicología moderna*. Madrid: McGraw-Hill.
- Townend, M., Iannetta, L. & Freeston, M.H. (2002). Clinical supervision in practice: a survey of Uk cognitive behavioural psychotherapists accredited by the BABCP. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. doi: [https:// https://doi.org/10.1017/S1352465802004095](https://doi.org/10.1017/S1352465802004095)

- Tracey T.J, Wampold, B.E., Lichtenberg J.W., & Goodyear R.K. (2014). Expertise in psychotherapy: an elusive goal? *American Psychologist*, 69 (3), 218-229. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0035099>.
- Tracey, T.J., Wampold, B.E., Goodyear, R.K. & Lichtenberg, J.W. (2017). Improving expertise in psychotherapy. *Psychotherapy bulletin*, 50, 1, 7-13. doi: <https://doi.org/10.1177/0011000016652691>
- Trechera Herreros J.L., Morales-Fernández, E.J. & Gómez Baya, D. (2016). Propiedades psicométricas de na 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 2016*.
- Tschacher, W. & Pfammatter, M. (2016). Embodiment in psychotherapy – A necessary complement to the canon of common factors? *European Psychotherapy*, 5-21. doi: 10.7892/boris.93002.
- Turkat, I.D. (Ed.) (1985). *Behavioral case formulation*. New York: Plenum.
- Tyler, R. W. Gagné, R. & Scriven, M. (1967). *Perspectives of Curriculum Evaluation*. Chicago: Rand McNally.
- Universidad de Buenos Aires. (2018). Preguntas frecuentes. Recuperado: <http://www.uba.ar/posgrados/contenido.php?id=93>
- Universidad de La Plata. (2018). Actividades Reservadas: Declaración Conjunta. Recuperado de: http://www.psico.unlp.edu.ar/articulo/2018/5/22/actividades_reservadas_declaracion_conjunta
- Urrutia Egaña, M., Barrios Araya, S., Gutiérrez Núñez, M., & Mayorga Camus, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*, 28(3), 547–558.

- Vásquez, M.J. (1992). Psychologist as clinical supervisor: Promoting ethical practice. *Professional Psychology: Research and Practice* 23, 196-202.
- Vázquez, L. & Gutiérrez de Vázquez, M. (2015). Orientación teórico técnica y EPT. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24 (2), 133 - 142.
- Vega, E.Y. (2006). El psicoterapeuta en neonatología. *Rol y estilo personal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Veloski, J., Tai, S., Evans, A.S. & Nash, D.B. (2005). Encuestas clínicas basadas en viñetas: una herramienta para evaluar la variación de la práctica médica. *Soy J Med Qual* 20(3) 151-157. doi: 10.1177 / 1062860605274520
- Veloz, J.(2016). *Las prácticas profesionales supervisadas en psicología. Una indagación sobre los modos de significar el ejercicio profesional que éstas producen en los/as estudiantes*. (Tesis de especialización) Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires.
- Vidal Benito, M. (2012). *La empatía en la consulta*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Villamizar Acevedo, G., Becerra Álvarez, D., & Delgado Martínez, A. (2014). Autopercepción de estudiantes de psicología sobre sus competencias en los campos laboral, educativo, laboral, educativo y salud. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 13 (26), 151-167.
- Wachtel, P. (2014). On the limits of theoretical fundamentalism. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24, 95–98. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0036973>
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy*. New York: Guilford.
- Wainer, H., & Braun, H. I. (Eds.). (1988). *Test validity*. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Waizmann, V., Espíndola, I. & Roussos, A. (2009). *Acerca de las rupturas de alianza terapéutica*. En Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI Jornadas de Investigación. Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, UBA.
- Walker, C.E., & Shelton, T. (1985). An overview of behavioral medicine. In A. Zeiner, D. Bendell, & C.E. Walker (Eds.), *Health Psychology* (pp. 63-82). New York: Plenum Press.
- Wallace, S.L., Lee, J. & Lee, S.M. (2011). Job stress, coping strategies, and burnout among abuse-specific counselors. *Journal of employment counseling* 3 (47) 111-122. doi: <https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2010.tb00096.x>
- Wallander, L. (2009). 25 years of factorial surveys in sociology: A review. *Social Science Research*, 38(3), 505-525.
- 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.
- Wallerstein, R.S. (2002). The Trajectory of Psychoanalysis: A Prognostication. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83 (6), 1247-1267. doi: <https://doi.org/10.1516/4QCQ-A9UJ-V3EN-NXNM>
- Walters, S.T., Matson, S.A., Baer J.S., & Ziedonis, D.M. (2005). Effectiveness of workshop training for psychosocial addiction treatments: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment* 29 (4), 283-293.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14 (3), 270-277.
- Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research*, 16, 184 –187. doi:10.1080/10503300500265181

- Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship—
And its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40 (4), 601-623. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0011000011432709>
- Wampold, B.E & Imel, Z.E. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work. New York: Routledge.
- Wampold, B.E. (2001). The great psychotherapy debate: *Model, methods, and findings*. London: Routledge.
- Wampold, B.E., & Brown, G.S.J. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914–923.
- Ward, M., Gruppen, L. & Regehr, G. (2002). Measuring Self-assessment: Current State of the Art. *Advances in Health Sciences Education*, 7(1), 63–80.
- Ward, M., Gruppen, L. & Regehr, G. (2002). Medición de la autoevaluación: estado actual de la técnica. *Advances in Health Sciences Education* 1 (7) 63-80. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1014585522084>
- Watson, A.R., Houston, I.B. & Close, G.C. (1982). Evaluation of an objective structured clinical examination. *Archives Disease in Childhood* 57 (5), 390-392.
- Watson, J.C. Steckley, P.L. & McMullen, E. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research* 24(3). doi: 10.1080/10503307.2013.802823
- Watzlawick, P. Beavin Bavelas, J. & Jackson, D.D. (1991). Teoría de la comunicación humana. *Interacciones, patologías y paradojas*. España: Herder.

- Weinberg, R.S.& Gould, D. (2010). *Fundamentos de psicología del deporte y del ejercicio físico*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Weinberger, J. (2014). Common factors are not so common and specific factors are not so specified: toward an inclusive integration of psychotherapy research. *Psychotherapy Theory Research Practice Training* 51(4), 514-518. doi: 10.1037/a0037092
- Weiss, B. J. (1992). Toward a competency-based core curriculum in professional psychology: A critical history. In R. L. Peterson, J. D. McHolland, R. J. Bent, E. Davis-Russell, G. E. Edwall, K. Polite, D.L., Singer, G. Stricker (Eds.), *The core curriculum in professional psychology* (pp. 13-21). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/10103-001>
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of Psychotherapy With Children and Adolescents Revisited: A Meta-Analysis of Treatment Outcome Studies. *Psychological Bulletin*, 117 (3), 450-468.
- Werbart, A., Below, C. V., Brun, J., & Gunnarsdottir, H. (2015). Spinning one's wheels: Nonimproved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 25, 546-564. doi: 10.1080/10503307.2014.989291
- Werner Ipinza, D. (2010). *Percepción del Burnout y Autocuidado en Psicólogos Clínicos Infantojuveniles que trabajan en Salud Pública en Santiago de Chile* (Tesis de Pregrado). Universidad de Chile, Chile.
- Whaley, A.L. & Davis, K.E. (2007) Cultural Competence and Evidence-Based Practice in Mental Health Services: A Complementary Perspective. *American Psychologist*, 62, 563-574. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.6.563>

- Whitaker, C. A., & Keith, D. V. (1980). Family therapy as symbolic experience. *International Journal of Family Psychiatry*, 1, 197-208.
- White, M. & Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Buenos Aires: Paidós.
- Wilson, S.R., Starr-Schneidkraut, N., & Cooper, M.D. (1989). Use of the critical incident technique to evaluate the impact of MEDLINE. Palo alto: American Institute for Research.
- Wiseman, H. Tishby, O. & Barber, J.P. (2012). Collaboration in psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology* 68 (2) 136-145. doi: 10.1002/jclp.21834
- Witteman, C. L. M., Weiss, D. J., & Metzmacher, M. (2012). Assessing diagnostic expertise of counselors using the Cochran–Weiss–Shanteau (CWS) index. *Journal of Counseling & Development*, 90(1), 30-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1556-6676.2012.00005.x>
- Witteman, C., & Koele, P. (1999). Explaining treatment decisions. *Psychotherapy Research*, 9(1), 100-114. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ptr/9.1.100>
- Wolberg, L.R. (1977). The technique of psychotherapy. Ney York: Grune & Stratton.
- Wood, M. (1986). La hora de calificar. En J. Elliott *La Investigación-Acción en el aula*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yammarino, F. J., & Atwater, L. E. (1997). Do managers see themselves as others see them? Implications of self-other rating agreement for human resources management. *Organizational Dynamics*, 25(4), 35-44. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-2616\(97\)90035-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-2616(97)90035-8)

- Yáñez G., R., & López-Mena, L., & Reyes R., F. (2011). La técnica de indicentes críticos: una herramienta clásica y vigente en enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 17 (2), 27-36.
- Yáñez-Galecio, J. (2005). Competencias Profesionales del Psicólogo Clínico: Un Análisis Preliminar. *Terapia Psicológica*, 23 (2), 85-93.
- Yonantan-Leus, R.Y., Tishby, O., Shefler, G. & Wiseman, H. (2017). Therapists' honesty, humor styles, playfulness, and creativity as outcome predictors: A retrospective study of the therapist effect. *Psychotherapy Research*. doi: 10.1080/10503307.2017.1292067
- Zabalza Beraza, M. A. (2011). El Practicum en la formación universitaria: estado de la cuestión. *Revista de educación* 354 21-43.
- Zabalza, M.A. (1991). Fundamentos de la Didáctica y del conocimiento didáctico. En A. Medina y M.L. Sevillano. (pp.87-220). *El currículo Fundamentación, Diseño, Desarrollo y Educación*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España.
- Zas Ros, B. (2016). *Experiencias en psicología hospitalaria*. Alfepsi: Editorial.
- Zeig, J. & Munion, W. M. (1,990). What is psychotherapy? *Contemporary perspectives*. San Francisco: Wiley.
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72(4), 311-325. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0040435>
- Zimmermann, D. (2014). *Therapist Effects on Attrition in Psychotherapy Outpatients*. Germany: Springer.

ANEXOS

ANEXO 1

Ejemplo de análisis temático de un juez experto para las competencias clínicas básicas

(...) Yo creo que un buen terapeuta sea de la línea que sea, esto fue investigado, tiene que tenerlo que se llaman actitudes o marco actitudinal, si le quedas poner un nombre más técnico, que es capacidad de escucha, pero lo que llamaríamos escucha empática, una escucha más... esto es mi posición a lo mejor un Lacaniano te va a decir otra cosa, yo trabajo en el Humanismo Existencial de Carl Rogers y además tengo mis propios libros, así que tengo mi propia posición inclusive con algunas críticas a Rogers, después de 40 años...críticas en el sentido constructivo, como seguramente un Lacaniano tiene críticas a Lacan o un cognitivista a Beck y Ellis.

Comentario [U1]: Capacidad de escucha.

Yo creo y esto fue demostrado que si un terapeuta, sea de la línea que sea, no se pone en el lugar de la experiencia del otro, si no se adentra emocionalmente dentro de lo que le está pasando al otro, desde el otro, me parece que no va a ser un buen ayudador, no va a ser un buen terapeuta.

Comentario [U2]: Empatía.

Acá ocurre toda una división de líneas vos lo sabrás, donde algunos dicen escuchar y colocar la propia posición por sobre la del consultante, para mí, para nosotros, el consultante es el que sabe más de sí mismo, nosotros no sabemos, yo no sé nada de vos, si vos fueras mi consultante la que sabe de vos, vos vos, mi tarea es ayudarte a que vos te auto descubras, te auto explores, bueno para eso usaré recursos, técnicas, metodologías.

Comentario [U3]: Prestar atención a los datos que brinda el paciente.

Como siguiente cosa que se investigó también es esto de la autenticidad del profesional, cuanto más el consultante o paciente sienta que está ante un profesional que es él y no un personaje o una teoría o una técnica, mucho más es el consultante ayudado. Pero sobre todo cuando el consultante lo percibe eso, es decir nosotros decimos que una cosa es ser empático, auténtico, congruente, genuino, depende que libro leas unos dicen autenticidad, otro dicen genuinidad o congruencia. Los gestálticos creo que le dicen congruencia.

Comentario [U4]: Autenticidad profesional. Compromiso genuino.

Y después hay otro tema, las dos cosas son importantes siempre que se observen, que el paciente o el consultante se de cuenta, sino... ¡Que empático que soy!

Y el otro tema es en la medida de lo posible ser lo más incondicional que uno pueda, es decir lo menos juzgador, pre juzgador.

Comentario [U5]: Escuchar sin prejuizar.

Esas tres cosas: empatía, incondicionalidad y congruencia tienen que estar en cualquier terapeuta, después a partir de allí vendrán, creo yo, las diferentes modalidades de intervención, que estarán guiadas por la línea profesional que tenga el colega.

Aquí siempre me gusta decir, es increíble, hay 350 líneas más o menos estudiadas, creo que hay más, cada uno con su autor, pero en realidad hay 3 grandes movimientos, el psicoanálisis con todo su esquema, el cognitivism y el humanismo. Después de ahí salen todas las derivaciones, aunque ahora dicen que hay un cuarto, que es lo transpersonal, no sé si has visto algo de esto, algunas personas dicen que está dentro del humanismo... debates, pero yo creo que hay tres.

Yo no soy de los que cree que alguno de los tres tiene la verdad, yo creo que uno tiene que trabajar con lo que se sienta que es coherente con lo que uno es, a mí me cierra más lo que hago, en una época me cerró el psicoanálisis, fui psicoanalista unos años, y después no me gustó mucho su posición ante lo humano, la filosofía de Freud, no coincido, la de Lacan menos, entonces me metí con esta onda existencial, fenomenológica...

Comentario [U6]: Coherencia.

Si estas tres cosas están dadas y la escucha está basada en eso, acá se dividen las aguas. Unos utilizan esto como un método, que son más los cognitivistas y también ciertos psicoanalistas Americanos, sobre todo que es más conductista donde en realidad son empáticos, incondicionales y congruentes, pero para después intervenir con una intervención directiva, una sugerencia, un consejo, un cambio en el sistema de creencias.

ANEXO 1

Definiciones operacionales de las competencias clínicas básicas

DISEÑO, INTERVENCIONES Y TÉCNICAS

INDICADORES

- *Abordaje de trastornos psicológicos,
 - *Consideración de recursos y potencialidades del consultante,
 - *Dominio de técnicas principales del modelo al que adhiere,
 - *Selección de la técnica adecuada a los fines de lograr las metas propuestas y en consonancia con el modelo teórico al que adscribe,
 - *Aplicación de intervenciones con fundamento científico,
 - *Actuar a partir de un modelo teórico,
 - *Manejo del tiempo en la aplicación de intervenciones,
 - *Diseño de tarea inter sesión,
 - *Ajuste de la técnica en función de la respuesta del paciente,
 - *Conocer recursos de intervención de diferentes modelos,
 - *Integración de recursos de diferentes modelos,
 - *Favorecer el desarrollo de las potencialidades del paciente,
 - *Favorecer que el paciente genere y descubra sus propias herramientas de afrontamiento en la vida,
 - *Integración de recursos verbales, imaginarios y corporales,
 - *Aplicar protocolos clínicos,
 - *Elaboración de un plan de tratamiento,
 - *Brindar tareas apropiadas,
 - *Manejar diferentes teorías dentro de un modelo teórico,
 - *Toma de decisiones.
-

EVALUACIÓN DEL PROCESO

INDICADORES

- *Reflexión acerca de la propia actuación,
 - *Compromiso con los resultados,
 - *Valoración del error,
 - *Identificar y diferenciar signos de remisión y recuperación,
 - *Cautela con los resultados,
 - *Crítica de los procesos aplicados,
 - *Visión realista de las condiciones en las que se llevan a cabo su tarea,
 - *Llevar a cabo cuidados para su práctica profesional,
 - *Medir el tipo de decisiones de riesgo a tomar,
 - *Conciencia de la toxicidad de la tarea,
 - *Monitoreo de las expectativas del paciente y las posibilidades que brinda la psicoterapia,
 - *Evaluar lo adecuado para reforzarlo y lo inadecuado para modificarlo,
 - *Derivar o finalizar tratamiento cuando corresponda,
 - *Prudencia por la obtención de resultados,
 - *Visualizar el fracaso,
 - *Autoevaluación de la capacidad del terapeuta para dar respuesta a las necesidades del caso.
-

VÍNCULO TERAPÉUTICO

INDICADORES

- *Generación de buen clima/calidez,
 - *Actitudes de solidaridad y cariño,
 - *Trato respetuoso,
 - * Establecer vínculo. Habilidad para la construcción de alianza terapéutica,
 - *Detectar amenaza y ruptura de alianza,
 - *Brindar apoyo, estímulo social y afectivo
 - *Protección,
 - *Confidencialidad y respeto del secreto profesional,
 - *Confianza,
 - *Comprensión,
 - *Sinceridad.
-

VARIABLES CONTEXTUALES Y DIVERSIDAD

INDICADORES

- *Tolerancia a visiones del mundo, situaciones y opiniones diferentes, contratantes y generadoras de conflicto
 - *Flexibilidad para trabajar con realidades diferentes
 - *Consideración del espacio donde trabaja/ contexto de trabajo (hospital/consultorio privado/ente regulador y pagador
 - *Conocimiento de conducta, lenguaje, ideas de pareja, estudio, trabajo, intereses de las diferentes poblaciones
 - *Conocer problemáticas por grupo social, cultural y etario
 - *Consideración del contexto socio cultural del paciente
 - *Espacio donde el análisis se incluye, la sociedad, el tiempo que le toca vivir, cambios sociales
 - *Tolerar la diferencia con el paciente
 - *Variables familiares
 - *Exigencias del contexto de trabajo (atender muchos pacientes, presiones de la institución, atender en pocas sesiones)
 - * Flexibilidad para responder a las distintas realidades, condiciones del país donde se trabaja.
-

MANEJO DE ENTREVISTA

INDICADORES

- * Predicción,
 - * Poseer número suficiente de palabras/ léxico y sintaxis que sean accesibles para el consultante,
 - * Utilización de lenguaje claro,
 - * Leer gestualidad/micro gestos,
 - * Atención/concentración,
 - * Generar confianza, esperanza, motivación para el esfuerzo,
 - * Utilización del tono de voz,
 - * Calidez,
 - * Capacidad de realizar preguntas. Búsqueda de información en la entrevista.
 - * Jerarquizar lo importante de lo secundario,
 - * Manejo del tiempo,
 - * Realizar las preguntas que se requieren para operar desde un modelo teórico
 - * Escucha,
 - * Recolección y organización del material clínico.
-

ROL PROFESIONAL

INDICADORES

- * Manejo de los límites de la relación terapéutica
 - * Manejo de la distancia interpersonal
 - * Identificación de implicancias propias y trabajar acorde para que estas impacten lo menos posible en la tarea
 - * Discriminar lo propio de lo ajeno
 - * Respetar las atribuciones e inhibiciones del rol
 - * Sostener identidad de rol
 - * Capacidad de establecer límites en la relación terapéutica
 - * Dominio de las emociones durante el ejercicio profesional
 - * Lectura de las propias emociones en relación a la tarea
 - * Capacidad de entender las propias reacciones emocionales y cognitivas
 - * Transparencia y auto revelación en el marco de los objetivos terapéuticos
 - * Poner límites
 - * Regular distancias
-

ANEXO 3

Definiciones operacionales de los indicadores asociados

DESARROLLO PERSONAL Y TRABAJO SOBRE SÍ MISMO

INDICADORES

- *Disponibilidad para acudir a terapia en caso de ser necesario para resolver problemas o mejorar su calidad de vida,
 - *Pedir ayuda cuando lo requiere,
 - *Conocer sus rasgos dominantes/esquemas/deseos/demanda/angustia/goce para implementarlos en función terapéutica,
 - * Conocer las propias limitaciones intelectuales y emocionales.Capacidad de discernir lo que quiere/no quiere, puede/no puede en función de terapeuta,
 - *Conocer el rol de paciente como consultante,
 - *Conocer y tomar conciencia del estilo personal,
 - *Conocer los pacientes que se adecuan a su estilo. Tener conciencia del tipo de personas con que uno se relaciona mejor,
 - *Generación de distancia de la implicación personal frente a la situación que se presenta en la consulta,
 - *Tomar conciencia de las limitaciones y obstáculos propios,
 - *Pensar lo que le sucede,
 - *Salud mental,
 - * Conocimiento de su interioridad. Contacto del terapeuta con sus características personales. Introspección,
 - *Comprensión de la historia personal,
 - *Actividades que favorezcan la salud social, física, mental y espiritual,
 - *Disfrutar del ejercicio de la profesión,
 - *Compromiso,
 - *Responsabilidad,
 - *Elaboración de su historia personal y situaciones traumáticas,
 - *Conciencia de la toxicidad de la tarea y de los cuidados que se deben tener en su práctica profesional.
 - *Leer sus propias emociones, entender sus propias reacciones emocionales y cognitivas
 - *Dominio de las emociones/autodisciplina emocional.
-

SUPERVISIÓN

INDICADORES

- *Evaluación reflexiva/verificación del curso de la psicoterapia con colegas y expertos,
 - *Detección y estrategias de corrección de errores,
 - *Búsqueda de alternativas de intervención,
 - *Recibir sugerencias, recomendaciones, orientación e indicaciones de colegas y expertos,
 - *Establecer estrategias de autocuidado,
 - *Detección de fortalezas y debilidades en el ejercicio de la psicoterapia,
 - *Aplicación de las sugerencias, recomendaciones, orientación e indicaciones a la práctica profesional.
 - *Monitorear el manejo del encuadre, tiempo y cuestiones económicas.
 - *Reflexión acerca de la lógica del caso y dirección de la cura,
 - *Participación en grupos de covisión,
 - *Recibir feedback de pares,
 - *Compartir situaciones traumáticas/dolorosas/tóxicas ligadas a la profesión,
 - *Recibir ayuda para evaluar los propios sesgos,
 - * Reflexionar acerca de: precisión de la escucha, alianza terapéutica, comunicación, comprensión,
 - *Corroborar criterios y trabajar dificultades.
-

PERTENENCIA A INSTITUCIONES Y RED DE PROFESIONALES

INDICADORES

- *Pertenenencia a institución, foro, comunidad, asociación,
 - *Trabajo en equipo (médicos, nutricionistas, psiquiatras, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos),
 - *Asistencia a encuentros con otros académicos,
 - *Trabajo en hospital o clínica,
 - *Compartir con colegas las vicisitudes de la práctica profesional,
 - *Compartir el trabajo que se realiza, discutir y compartir opiniones,
 - *Realización de residencias, concurrencias,
-

FORMACIÓN DE BASE Y ACTUALIZACIÓN

INDICADORES

- *Realizar nuevos entrenamientos/cursos,
 - *Lectura minuciosa,
 - *Estudios de posgrado (maestría, doctorado),
 - * *Formación en un modelo teórico específico,
 - *Conocimientos de neurociencias, neuropsicología, psicopatología y farmacología,
 - *Participación en congresos, jornadas y otras actividades científicas,
 - *Conocimiento de los avances de la investigación,
 - * Revisión de criterios históricamente establecidos. Cuestionar y reflexionar acerca de los procedimientos que están vigentes y cuáles no deben utilizarse,
 - *Certificaciones,
 - *Poseer matrícula,
 - *Lecturas actualizadas, pappers,
 - *Especialización en un área,
 - *Formación pluralista. Estudio y familiaridad con diferentes líneas y enfoques,
 - *Poseer información acerca de qué intervenciones funcionan mejor, con mayor eficacia, con mayor velocidad y economía para el malestar del paciente.
-

EXPERIENCIA PERSONAL Y PROFESIONAL

INDICADORES

- * Experiencia de trabajo. Exposición a cantidad y variedad de casos,
 - * Acceso a lectura/literatura/cultura general,
 - *Experiencias de pareja, maternidad, paternidad,
 - *Práctica profesional en una institución reconocida,
-

ANEXO 4

Depuración de la ECCBP (versión piloto)

VÍNCULO TERAPÉUTICO	COHERENCIA				RELEVANCIA				
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	
Establecer alianza terapéutica	5	1	0,88	1	4,8	0,95	0,8	0,98	
Generar confianza y calidez	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1	
Brindar apoyo y estímulo social y afectivo	5	1	0,88	1	4,6	0,9	0,73	0,96	
Mostrar curiosidad e interés por los sentimientos, pensamientos, conductas y condiciones de vida del paciente	4,4	0,85	0,67	0,93	4,4	0,85	0,67	0,93	
Transmitir aceptación e incondicionalidad de las vivencias que relata el paciente	4,2	0,8	0,62	0,9	4,6	0,9	0,73	0,96	
Compromiso en aliviar el sufrimiento	5	1	0,88	1	4,6	0,9	0,73	0,96	
Disponibilidad cuando lo requieren (responder llamados, programar encuentros adicionales)	5	1	0,88	1	4,4	0,85	0,67	0,93	
Adoptar la perspectiva del otro frente a situaciones de la vida cotidiana	4,8	0,95	0,8	0,98	4,8	0,95	0,8	0,98	
Reconocer y comprender las intenciones del consultante	4,8	0,95	0,8	0,98	5	1	0,88	1	
Reconocer y comprender el estado emocional del consultante	4,8	0,95	0,8	0,98	5	1	0,88	1	
Brindar respuestas apropiadas al estado del ánimo o sentimientos del paciente	4,6	0,9	0,73	0,96	4,8	0,95	0,8	0,98	
Detectar y resolver amenaza o ruptura del vínculo terapéutico	4,8	0,95	0,8	0,98	5	1	0,88	1	
Resolver malos entendidos	4,4	0,85	0,67	0,93	4,4	0,85	0,67	0,93	
Relacionarse con familiares y allegados del paciente	3,2	0,55	0,37	0,71	3	0,5	0,32	0,67	
TOTAL	4,64	0,91	0,75	0,97	TOTAL	4,6	0,9	0,73	0,96
ROL PROFESIONAL	COHERENCIA				RELEVANCIA				
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	
Mostrar coherencia entre sus sentimientos, pensamientos y conductas frente al paciente	4,8	0,95	0,8	0,98	5	1	0,88	1	
Relatar anécdotas o vivencias personales con fines terapéuticos	3,8	0,7	0,51	0,83	4,4	0,85	0,67	0,93	
Aplicar en su propia persona procedimientos, sugerencias o actividades que se indican al paciente	3,8	0,7	0,51	0,83	3,4	0,6	0,41	0,75	
Tomar distancia de las situaciones que presenta el paciente	4	0,75	0,56	0,87	5	1	0,88	1	
Domínio y autocontrol emocional durante el ejercicio profesional	4,8	0,95	0,8	0,98	5	1	0,88	1	
Reconocer y manejar implicaciones personales durante el proceso terapéutico	4,6	0,9	0,73	0,96	4,8	0,95	0,8	0,98	
Autocuidado frente a la toxicidad de la tarea	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1	
Señalar al paciente actitudes o conductas que transgreden el encuadre pautado	4,6	0,9	0,73	0,96	4,8	0,95	0,8	0,98	
Finalizar la entrevista en el horario planificado	4,4	0,85	0,67	0,93	4,4	0,85	0,67	0,93	
Cobro y ajuste de honorarios	4,4	0,85	0,67	0,93	4,6	0,9	0,73	0,96	
Manejar contactos fuera de las entrevistas pautadas	3,8	0,7	0,51	0,83	3,4	0,6	0,41	0,75	
Evitar comentar con otras personas anécdotas o vivencias del paciente	4,8	0,95	0,8	0,98	5	1	0,88	1	
¿Indica o ha indicado alguno de los siguientes recursos a sus pacientes?	3,2	0,55	0,37	0,71	3,2	0,55	0,37	0,71	
TOTAL	4,31	0,84	0,67	0,93	TOTAL	4,46	0,86	0,69	0,94
VARIABLES CONTEXTUALES Y DIVERSIDAD	COHERENCIA				RELEVANCIA				
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	
Tolerar situaciones, opiniones y visiones diferentes a las propias	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1	
Utilizar lenguaje accesible considerando las características del paciente y contexto donde se desempeña	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1	
Comprender el lenguaje de pacientes de diversas características vitales, sociales, culturales, políticas y económicas	5	1	0,88	1	4,2	0,8	0,62	0,9	
Trabajar con pacientes de diferente origen étnico y cultural	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1	
Trabajar con pacientes pertenecientes a diversas religiones	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1	
Trabajar con pacientes cuya ideología política difiere significativamente de la propia	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1	
Trabajar con personas de diferente procedencia social y económica	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1	
Trabajar con pacientes que pertenezcan a familias cuya estructura difiere significativamente de la propia	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1	
Adaptar la tarea a las condiciones sociales, económicas y políticas del país	4,8	0,95	0,8	0,98	4,8	0,95	0,8	0,98	
Adaptar la tarea a la normativa de la institución de trabajo (Ej. duración y cantidad de sesiones disponibles).	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1	
TOTAL	4,98	0,99	0,87	0,99	TOTAL	4,9	0,97	0,84	0,99

MANEJO DE ENTREVISTA	COHERENCIA				RELEVANCIA			
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.
Sostener la atención durante la totalidad de la entrevista	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1
Realizar preguntas durante el proceso terapéutico	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1
Capacidad de encontrar y seguir un tema	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1
Generar motivación y esperanza	5	1	0,88	1	4,8	0,95	0,8	0,98
Estimular la participación activa del entrevistado	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1
Utilización apropiada del lenguaje verbal para informar y explicar	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1
Utilización del lenguaje no verbal (gestos y tono de voz)	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1
Observación y comprensión del lenguaje no verbal del paciente (gestos y tono de voz)	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1
Predecir reacciones emocionales, cognitivas y conductuales del paciente	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1
Realización de entrevistas vinculares/familiares	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1
TOTAL	5	1	0,88	1	TOTAL 4,98	0,99	0,87	0,99

EVALUACIÓN Y FINALIZACIÓN DEL PROCESO	COHERENCIA				RELEVANCIA			
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.
Reflexionar acerca de la propia actuación	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1
Analizar influencias personales en caso de amenaza o ruptura del vínculo terapéutico	5	1	0,88	1	4,8	0,95	0,8	0,98
Reconocer limitaciones personales y profesionales	5	1	0,88	1	4,8	0,95	0,8	0,98
Comprender y monitorear las expectativas del paciente	5	1	0,88	1	4,8	0,95	0,8	0,98
Definir posibilidades, limitaciones, contraindicaciones y riesgos de la psicoterapia aplicada en un paciente en particular	5	1	0,88	1	4,8	0,95	0,8	0,98
Detectar cuáles son las intervenciones que surten efecto en un paciente en particular	4,8	0,95	0,8	0,98	4,8	0,95	0,8	0,98
Determinar si se cumplen los objetivos prefijados	5	1	0,88	1	4,2	0,8	0,62	0,9
Reconocer errores y fracaso terapéutico	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1
Finalizar el proceso terapéutico cuando corresponde	4,6	0,9	0,73	0,96	3,8	0,7	0,51	0,83
TOTAL	4,93	0,98	0,85	0,99	TOTAL 4,67	0,91	0,76	0,97

DISEÑO, INTERVENCIONES Y TÉCNICAS	COHERENCIA				RELEVANCIA			
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.
Elaborar un plan de tratamiento	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1
Considerar recursos, potencialidades y fortalezas del paciente en el curso de la psicoterapia	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1
Tomar decisiones durante el curso de un proceso terapéutico	4,8	0,95	0,8	0,98	5	1	0,88	1
Seleccionar las técnicas adecuadas	5	1	0,88	1	4,8	0,95	0,8	0,98
Aplicar técnicas verbales	4,2	0,8	0,62	0,9	3,8	0,7	0,51	0,83
Aplicar técnicas corporales	3,2	0,55	0,37	0,71	3,4	0,6	0,41	0,75
Aplicar técnicas de imaginación	3,4	0,6	0,41	0,75	3,2	0,55	0,37	0,71
TOTAL	4,37	0,84	0,67	0,93	TOTAL 4,31	0,82	0,65	0,92

FORMACIÓN DE BASE Y ACTUALIZACIÓN	COHERENCIA				RELEVANCIA				
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	
¿Con que modelo psicoterapéutico se identifica predominantemente?	4,8	0,95	0,8	0,98	4,6	0,9	0,73	0,96	
¿Tiene formación en otro modelo terapéutico?	4,6	0,9	0,73	0,96	4,6	0,9	0,73	0,96	
¿Cuándo fue el último curso/entrenamiento que realizó relacionado con su trabajo como psicoterapeuta?	4,6	0,9	0,73	0,96	4,2	0,8	0,62	0,9	
¿Ha realizado alguno de los siguientes posgrados en relación a su trabajo como psicoterapeuta?	4,4	0,85	0,67	0,93	4,4	0,85	0,67	0,93	
¿Cuándo fue la última vez que leyó un artículo de revista indexada en relación a su trabajo como psicoterapeuta?	4,2	0,8	0,62	0,9	4,2	0,8	0,62	0,9	
¿Ha tenido o tiene un mentor que lo ha apoyado al introducirse en la disciplina?	4	0,75	0,56	0,87	4	0,75	0,56	0,87	
¿Cuántos libros ha leído el año pasado?	3,8	0,7	0,51	0,83	3	0,84	0,67	0,93	
¿Se encuentra acreditado/certificado como psicoterapeuta por alguna institución?	3,6	0,65	0,46	0,79	4,2	0,8	0,62	0,9	
¿Se encuentra suscrito a alguna revista indexada en relación a su trabajo como psicoterapeuta?	3,6	0,65	0,46	0,79	3,2	0,55	0,37	0,71	
¿Con qué frecuencia lee material NO relacionado con su profesión?	3,4	0,6	0,41	0,75	3,4	0,6	0,41	0,75	
¿Qué tipo de textos suele leer?	3,4	0,6	0,41	0,75	3,8	0,7	0,51	0,83	
TOTAL	4,04	0,76	0,57	0,87	TOTAL	3,96	0,84	0,67	0,93

SUPERVISIÓN	COHERENCIA				RELEVANCIA				
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	
¿Supervisa su trabajo clínico?	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1	
Solo si responde que tiene supervisiones PROGRAMADAS -¿Con qué frecuencia?	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1	
¿Qué modalidad emplea?	4,6	0,9	0,73	0,96	4,6	0,9	0,73	0,96	
¿Con qué objetivo emplea generalmente las supervisiones?	4,8	0,95	0,8	0,98	4,8	0,95	0,8	0,98	
TOTAL	4,85	0,96	0,82	0,99	TOTAL	4,85	0,96	0,82	0,99

PERTENENCIA A INSTITUCIONES Y RED DE PROFESIONALES	COHERENCIA				RELEVANCIA				
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	
¿Pertenece a alguna institución o asociación de profesionales?	4	0,75	0,56	0,87	4	0,75	0,56	0,87	
¿Pertenece a algún grupo de trabajo?	4,6	0,9	0,73	0,96	4,6	0,9	0,73	0,96	
Si pertenece a un grupo de trabajo ¿Cuándo fue la última vez que se reunió con su equipo?	4,2	0,8	0,62	0,9	4,2	0,8	0,62	0,9	
¿A qué dedicaron ese encuentro?	4,4	0,85	0,67	0,93	4,4	0,85	0,67	0,93	
¿Cuándo fue la última vez que asistió a una jornada, congreso u otra actividad científica?	4,8	0,95	0,8	0,98	4,8	0,95	0,8	0,98	
¿Participa o ha participado de grupos de formación? Ej. Grupos de lectura, debate de casos, ateneos.	4,8	0,95	0,8	0,98	4,8	0,95	0,8	0,98	
TOTAL	4,47	0,86	0,69	0,94	TOTAL	4,47	0,86	0,69	0,94

DESARROLLO PERSONAL Y TRABAJO SOBRE SÍ MISMO	COHERENCIA				RELEVANCIA				
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	
¿Durante los últimos 15 días ha realizado alguna de las siguientes actividades?	3,4	0,6	0,41	0,75	4,8	0,95	0,8	0,98	
¿Realiza psicoterapia?	4,8	0,95	0,8	0,98	4,8	0,95	0,8	0,98	
¿Con qué frecuencia?	4,8	0,95	0,8	0,98	4	0,75	0,56	0,87	
¿Con qué objetivo realizó o realiza psicoterapia?	4	0,75	0,56	0,87	4,2	0,8	0,62	0,9	
¿Cuándo fue la última vez que concurrió al médico?	3,6	0,65	0,46	0,79	3,6	0,46	0,43	0,79	
¿Se encuentra en tratamiento por alguna enfermedad?	3,6	0,65	0,46	0,79	3,6	0,46	0,43	0,79	
¿Se encuentra medicado con algún psicofármaco?	3,4	0,6	0,41	0,75	3,4	0,6	0,41	0,75	
TOTAL	3,94	0,73	0,55	0,86	TOTAL	4,06	0,76	0,58	0,88

EXPERIENCIA PERSONAL Y PROFESIONAL	COHERENCIA				RELEVANCIA				
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	
Indique si ha realizado alguna de las siguientes prácticas	5	1	0,88	1	4	0,75	0,56	0,87	
¿Cuántos años hace que ejerce como psicoterapeuta?	4,8	0,95	0,8	0,98	4,8	0,95	0,8	0,98	
¿Cuántos pacientes asiste por semana?	4,8	0,95	0,8	0,98	4,8	0,95	0,8	0,98	
¿Alguna de las siguientes experiencias favoreció que se desempeñe mejor como terapeuta?	4,4	0,85	0,67	0,93	3,8	0,7	0,51	0,83	
Determine si posee alguna de las siguientes especialidades I	3,8	0,7	0,51	0,83	5	1	0,88	1	
Determine si posee alguna de las siguientes especialidades II	3,8	0,7	0,51	0,83	4,4	0,85	0,67	0,93	
TOTAL	4,43	0,85	0,68	0,94	TOTAL	4,47	0,86	0,69	0,94

FORMACIÓN DE BASE Y ACTUALIZACIÓN	COHERENCIA				RELEVANCIA				
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	
¿Con que modelo psicoterapéutico se identifica predominantemente?	4,8	0,95	0,8	0,98	4,6	0,9	0,73	0,96	
¿Tiene formación en otro modelo terapéutico?	4,6	0,9	0,73	0,96	4,6	0,9	0,73	0,96	
¿Cuándo fue el último curso/entrenamiento que realizó relacionado con su trabajo como psicoterapeuta?	4,6	0,9	0,73	0,96	4,2	0,8	0,62	0,9	
¿Ha realizado alguno de los siguientes posgrados en relación a su trabajo como psicoterapeuta?	4,4	0,85	0,67	0,93	4,4	0,85	0,67	0,93	
¿Cuándo fue la última vez que leyó un artículo de revista indexada en relación a su trabajo como psicoterapeuta?	4,2	0,8	0,62	0,9	4,2	0,8	0,62	0,9	
¿Ha tenido o tiene un mentor que lo ha apoyado al introducirse en la disciplina?	4	0,75	0,56	0,87	4	0,75	0,56	0,87	
¿Cuántos libros ha leído el año pasado?	3,8	0,7	0,51	0,83	3	0,84	0,67	0,93	
¿Se encuentra acreditado/certificado como psicoterapeuta por alguna institución?	3,6	0,65	0,46	0,79	4,2	0,8	0,62	0,9	
¿Se encuentra suscrito a alguna revista indexada en relación a su trabajo como psicoterapeuta?	3,6	0,65	0,46	0,79	3,2	0,55	0,37	0,71	
¿Con qué frecuencia lee material NO relacionado con su profesión?	3,4	0,6	0,41	0,75	3,4	0,6	0,41	0,75	
¿Qué tipo de textos suele leer?	3,4	0,6	0,41	0,75	3,8	0,7	0,51	0,83	
TOTAL	4,04	0,76	0,57	0,87	TOTAL	3,96	0,84	0,67	0,93

SUPERVISIÓN	COHERENCIA				RELEVANCIA				
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	
¿Supervisa su trabajo clínico?	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1	
Solo si responde que tiene supervisiones PROGRAMADAS -¿Con qué frecuencia?	5	1	0,88	1	5	1	0,88	1	
¿Qué modalidad emplea?	4,6	0,9	0,73	0,96	4,6	0,9	0,73	0,96	
¿Con qué objetivo emplea generalmente las supervisiones?	4,8	0,95	0,8	0,98	4,8	0,95	0,8	0,98	
TOTAL	4,85	0,96	0,82	0,99	TOTAL	4,85	0,96	0,82	0,99

PERTENENCIA A INSTITUCIONES Y RED DE PROFESIONALES	COHERENCIA				RELEVANCIA				
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	
¿Pertenece a alguna institución o asociación de profesionales?	4	0,75	0,56	0,87	4	0,75	0,56	0,87	
¿Pertenece a algún grupo de trabajo?	4,6	0,9	0,73	0,96	4,6	0,9	0,73	0,96	
Si pertenece a un grupo de trabajo ¿Cuándo fue la última vez que se reunió con su equipo?	4,2	0,8	0,62	0,9	4,2	0,8	0,62	0,9	
¿A qué dedicaron ese encuentro?	4,4	0,85	0,67	0,93	4,4	0,85	0,67	0,93	
¿Cuándo fue la última vez que asistió a una jornada, congreso u otra actividad científica?	4,8	0,95	0,8	0,98	4,8	0,95	0,8	0,98	
¿Participa o ha participado de grupos de formación? Ej. Grupos de lectura, debate de casos, ateneos.	4,8	0,95	0,8	0,98	4,8	0,95	0,8	0,98	
TOTAL	4,47	0,86	0,69	0,94	TOTAL	4,47	0,86	0,69	0,94

DESARROLLO PERSONAL Y TRABAJO SOBRE SÍ MISMO	COHERENCIA				RELEVANCIA				
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	
¿Durante los últimos 15 días ha realizado alguna de las siguientes actividades?	3,4	0,6	0,41	0,75	4,8	0,95	0,8	0,98	
¿Realiza psicoterapia?	4,8	0,95	0,8	0,98	4,8	0,95	0,8	0,98	
¿Con qué frecuencia?	4,8	0,95	0,8	0,98	4	0,75	0,56	0,87	
¿Con qué objetivo realizó o realiza psicoterapia?	4	0,75	0,56	0,87	4,2	0,8	0,62	0,9	
¿Cuándo fue la última vez que concurrió al médico?	3,6	0,65	0,46	0,79	3,6	0,46	0,43	0,79	
¿Se encuentra en tratamiento por alguna enfermedad?	3,6	0,65	0,46	0,79	3,6	0,46	0,43	0,79	
¿Se encuentra medicado con algún psicofármaco?	3,4	0,6	0,41	0,75	3,4	0,6	0,41	0,75	
TOTAL	3,94	0,73	0,55	0,86	TOTAL	4,06	0,76	0,58	0,88

EXPERIENCIA PERSONAL Y PROFESIONAL	COHERENCIA				RELEVANCIA				
	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	PROM	V Aiken	Inf.	Sup.	
Indique si ha realizado alguna de las siguientes prácticas	5	1	0,88	1	4	0,75	0,56	0,87	
¿Cuántos años hace que ejerce como psicoterapeuta?	4,8	0,95	0,8	0,98	4,8	0,95	0,8	0,98	
¿Cuántos pacientes asiste por semana?	4,8	0,95	0,8	0,98	4,8	0,95	0,8	0,98	
¿Alguna de las siguientes experiencias favoreció que se desempeñe mejor como terapeuta?	4,4	0,85	0,67	0,93	3,8	0,7	0,51	0,83	
Determine si posee alguna de las siguientes especialidades I	3,8	0,7	0,51	0,83	5	1	0,88	1	
Determine si posee alguna de las siguientes especialidades II	3,8	0,7	0,51	0,83	4,4	0,85	0,67	0,93	
TOTAL	4,43	0,85	0,68	0,94	TOTAL	4,47	0,86	0,69	0,94

ANEXO 5

Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP)

Versión definitiva

ESCALA DE COMPETENCIAS BÁSICAS PARA PSICOTERAPEUTAS

PRIMERA PARTE

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:

CASO 1

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.

PROCESO DIAGNÓSTICO

¿Cuál es el motivo de consulta?

Genere una hipótesis acerca de la situación que se presenta

¿Qué diagnóstico categorial asignaría al consultante?

Estime la severidad del caso

Grave/ Moderado/ Bajo

¿Existe riesgo para sí o para terceros?

Sí/No

¿Se trata de una consulta urgente?

Sí/No

¿Realizaría interconsulta?

Puede marcar más de uno: No/Psiquiatra/Neurólogo/ Terapeuta ocupacional/ fonoaudiólogo/Psicopedagogo/ Médico clínico/ Nutricionista/ Trabajador social/ Otro: _____.

¿Considera que se trata de problemática de ciclo vital?

Sí/ No/ Influye en el padecimiento

¿Comenzaría un proceso terapéutico?

Sí/ No cumple las condiciones para hacerlo/ No lo requiere

¿Cuál es el pronóstico SI la persona realiza psicoterapia?

Se observarán cambios positivos/ Se observarán pequeños cambios/ No se observarán cambios significativos/ La situación empeorará

¿Cuál es el pronóstico si NO realiza psicoterapia?

Se observarán cambios positivos/ Se observarán pequeños cambios/ No se observarán cambios significativos/ La situación empeorará

DISEÑO, INTERVENCIONES Y TÉCNICAS

Determine el tipo de tratamiento indicado

Puede marcar más de una: Individual/ Familiar/ Grupal/ Pareja/ Entrevistas de orientación familiar / Entrenamiento en habilidades específicas/ Otro: _____.

Establezca al menos un objetivo de tratamiento

Determine la frecuencia del tratamiento

Más de una vez por semana/ Semanal/ Quincenal/ Mensual/ Mayor a mensual

Estime la duración del tratamiento

Breve (menor a 6 meses)/ Intermedio (de 6 a 30 meses)/ Largo (más de 30 meses)

CASO 2

Jacqueline de 16 años de nacionalidad boliviana consulta muy angustiada porque sus padres no la dejan salir ni juntarse con sus compañeros de colegio. Cuenta que la comunidad a la que pertenece no acepta que las mujeres tengan contacto con personas ajenas a la colectividad y que sus padres quieren que ella vaya al colegio y trabaje en la verdulería familiar. Expresa que sus padres desconocen que ha consultado y que esta situación la agobia, ha considerado dejar su hogar, pero no sabe dónde ir.

PROCESO DIAGNÓSTICO

¿Cuál es el motivo de consulta?

Genere una hipótesis acerca de la situación que se presenta

¿Qué diagnóstico categorial asignaría al consultante?

Estime la severidad del caso

Grave/ Moderado/ Bajo

¿Existe riesgo para sí o para terceros?

Sí/No

¿Se trata de una consulta urgente?

Sí/No

¿Realizaría interconsulta?

Puede marcar más de uno: No/Psiquiatra/Neurólogo/ Terapeuta ocupacional/ Fonoaudiólogo/Psicopedagogo/ Médico clínico/ Nutricionista/ Trabajador social/ Otro: _____.

¿Considera que se trata de problemática de ciclo vital?

Sí/ No/ Influye en el padecimiento

¿Comenzaría un proceso terapéutico?

Sí/ No cumple las condiciones para hacerlo/ No lo requiere

¿Cuál es el pronóstico SI la persona realiza psicoterapia?

Se observarán cambios positivos/ Se observarán pequeños cambios/ No se observarán cambios significativos/ La situación empeorará

¿Cuál es el pronóstico si NO realiza psicoterapia?

Se observarán cambios positivos/ Se observarán pequeños cambios/ No se observarán cambios significativos/ La situación empeorará

DISEÑO, INTERVENCIONES Y TÉCNICAS

Determine el tipo de tratamiento indicado

Puede marcar más de una: Individual/ Familiar/ Grupal/ Pareja/ Entrevistas de orientación familiar / Entrenamiento en habilidades específicas/ Otro: _____.

Establezca al menos un objetivo de tratamiento

Determine la frecuencia del tratamiento

Más de una vez por semana/ Semanal/ Quincenal/ Mensual/ Mayor a mensual

Estime la duración del tratamiento

Breve (menor a 6 meses)/ Intermedio (de 6 a 30 meses)/ Largo (más de 30 meses)

CASO 3

Marta tiene 78 años, es jubilada, vive sola, tiene dos hijos varones y nietos. Llega a consulta muy angustiada, abatida. Le cuesta expresarse verbalmente porque a medida que construye su relato la angustia aumenta y llora. Durante el último año ha experimentado marcadas dificultades para conciliar el sueño y falta de apetito, le preocupa enfermarse y ser una carga para sus hijos. Cree que se está volviendo inútil para realizar ciertas tareas. Participaba en actividades de su barrio, pero ha perdido el interés.

PROCESO DIAGNÓSTICO

¿Cuál es el motivo de consulta?

Genere una hipótesis acerca de la situación que se presenta

¿Qué diagnóstico categorial asignaría al consultante?

Estime la severidad del caso

Grave/ Moderado/ Bajo

¿Existe riesgo para sí o para terceros?

Sí/No

¿Se trata de una consulta urgente?

Sí/No

¿Realizaría interconsulta?

Puede marcar más de uno: No/Psiquiatra/Neurólogo/ Terapeuta ocupacional/ fonoaudiólogo/Psicopedagogo/ Médico clínico/ Nutricionista/ Trabajador social/ Otro: _____.

¿Considera que se trata de problemática de ciclo vital?

Sí/ No/ Influye en el padecimiento

¿Comenzaría un proceso terapéutico?

Sí/ No cumple las condiciones para hacerlo/ No lo requiere

¿Cuál es el pronóstico SI la persona realiza psicoterapia?

Se observarán cambios positivos/ Se observarán pequeños cambios/ No se observarán cambios significativos/ La situación empeorará

¿Cuál es el pronóstico si NO realiza psicoterapia?

Se observarán cambios positivos/ Se observarán pequeños cambios/ No se observarán cambios significativos/ La situación empeorará

DISEÑO, INTERVENCIONES Y TÉCNICAS

Determine el tipo de tratamiento indicado

Puede marcar más de una: Individual/ Familiar/ Grupal/ Pareja/ Entrevistas de orientación familiar / Entrenamiento en habilidades específicas/ Otro: _____.

Establezca al menos un objetivo de tratamiento

Determine la frecuencia del tratamiento

Más de una vez por semana/ Semanal/ Quincenal/ Mensual/ Mayor a mensual

Estime la duración del tratamiento

Breve (menor a 6 meses)/ Intermedio (de 6 a 30 meses)/ Largo (más de 30 meses)

Indique su nivel de competencia utilizando la siguiente escala Likert:
Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

VÍNCULO TERAPÉUTICO

Indique su nivel de competencia para..

Establecer alianza terapéutica

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Generar confianza y calidez

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Brindar apoyo y estímulo social y afectivo

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Demostrar curiosidad e interés por los sentimientos, pensamientos, conductas y condiciones de vida del paciente

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Transmitir aceptación e incondicionalidad de las vivencias que relata el paciente

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Adoptar la perspectiva del otro frente a situaciones de la vida cotidiana

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Reconocer y comprender las intenciones del consultante

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Reconocer y comprender el estado emocional del consultante

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Brindar respuestas apropiadas al estado del ánimo o sentimientos del paciente

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Detectar y resolver amenaza o ruptura del vínculo terapéutico

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

ROL PROFESIONAL

Indique su nivel de competencia para..

Mostrar coherencia entre sus sentimientos, pensamientos y conductas frente al paciente

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Relatar anécdotas o vivencias personales con fines terapéuticos

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Dominio y autocontrol emocional durante el ejercicio profesional

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Reconocer y manejar implicaciones personales durante el proceso terapéutico

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Autocuidado frente a la toxicidad de la tarea

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Señalar al paciente actitudes o conductas que transgreden el encuadre pautado

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Finalizar la entrevista en el horario planificado

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Cobro y ajuste de honorarios

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Evitar comentar con otras personas anécdotas o vivencias del paciente

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

VARIABLES CONTEXTUALES Y DIVERSIDAD

Indique su nivel de competencia para..

Tolerar situaciones, opiniones y visiones diferentes a las propias

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Utilizar lenguaje accesible considerando las características del paciente y contexto donde se desempeña

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Comprender el lenguaje de pacientes de diversas características vitales, sociales, culturales, políticas y económicas

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Trabajar con pacientes de diferente origen étnico y cultural

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Trabajar con pacientes pertenecientes a diversas religiones

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Trabajar con pacientes cuya ideología política difiere significativamente de la propia

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Trabajar con personas de diferente procedencia social y económica

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Trabajar con pacientes que pertenezcan a familias cuya estructura difiere significativamente de la propia

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Adaptar la tarea a las condiciones sociales, económicas y políticas del país

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Adaptar la tarea a la normativa de la institución de trabajo (Ej. duración y cantidad de sesiones disponibles)

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

MANEJO DE ENTREVISTA

Indique su nivel de competencia para..

Sostener la atención durante la totalidad de la entrevista

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Realizar preguntas durante el proceso terapéutico

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Capacidad de encontrar, proponer o seguir un tema

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Generar motivación y esperanza

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Estimular la participación activa del entrevistado

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Utilización apropiada del lenguaje verbal para informar y explicar

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Utilización del lenguaje no verbal (gestos y tono de voz)

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Observación y comprensión del lenguaje no verbal del paciente (gestos y tono de voz)

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Predecir reacciones emocionales, cognitivas y conductuales del paciente

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Realización de entrevistas vinculares/familiares

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

EVALUACIÓN Y FINALIZACIÓN DEL PROCESO

Indique su nivel de competencia para..

Reflexionar acerca de la propia actuación

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Analizar influencias personales en caso de amenaza o ruptura del vínculo terapéutico

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Reconocer limitaciones personales y profesionales

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Comprender y monitorear las expectativas del paciente

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Definir posibilidades, limitaciones, contraindicaciones y riesgos de la psicoterapia aplicada en un paciente en particular

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Detectar cuáles son las intervenciones que surten efecto en un paciente en particular

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Determinar si se cumplen los objetivos prefijados

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Reconocer errores y fracaso terapéutico

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Finalizar el proceso terapéutico cuando corresponde

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

DISEÑO, INTERVENCIONES Y TÉCNICAS

Indique su nivel de competencia para..

Elaborar un plan de tratamiento

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Considerar recursos, potencialidades y fortalezas del paciente en el curso de la psicoterapia

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Tomar decisiones durante el curso de un proceso terapéutico

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Seleccionar las técnicas adecuadas

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Aplicar técnicas verbales

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Aplicar técnicas corporales

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

Aplicar técnicas de imaginación

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

TERCERA PARTE

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

¿Con qué modelo psicoterapéutico se identifica predominantemente?

Sistémico/ Psicoanálisis/ Integrativo/ Humanístico-existencial-/Cognitivo-conductual/Otro:_____.

¿Tiene formación en otro modelo terapéutico?

Sistémico/ Psicoanálisis/ Integrativo/ Humanístico-existencial-/Cognitivo-conductual/Otro:_____.

¿Ha realizado alguno de los siguientes posgrados en relación a su trabajo como psicoterapeuta?

Puede marcar más de una: No/ Diplomatura/Especialización/ Maestría/Doctorado/ Otro:_____.

¿Cuándo fue el último curso/entrenamiento que realizó relacionado con su trabajo como psicoterapeuta?

Menos de 6 meses/ Entre 6 meses y 1 año/ Más de un año.

¿Cuándo fue la última vez que leyó un artículo de revista indexada en relación a su trabajo como psicoterapeuta?

No lo hice/ No lo recuerdo/ Este mes/ Entre 1 mes y 6 meses/ Entre 6 meses y 1 año/ Más de un año.

SUPERVISIÓN

¿Supervisa su trabajo clínico?

Puede marcar más de una: No aún-No/ Tengo supervisiones programadas/ Solicito supervisión si lo requiero.

Solo si responde que tiene supervisiones PROGRAMADAS -¿Con qué frecuencia?

Semanal/ Quincenal/ Mensual/ Mayor a mensual.

-¿Qué modalidad emplea?

Puede marcar más de una: Individual/Grupal/ Sin apoyo audiovisual/ Con apoyo audiovisual (grabaciones/video/transcripción textual)/ Otro:_____.

¿Con qué objetivo emplea generalmente las supervisiones?

Puede marcar más de una: Verificar el proceso-corroborar criterios/ Trabajar implicaciones personales (Sentimientos-sesgos-compartir situaciones tóxicas ligadas al ejercicio profesional)-Buscar alternativas-Estrategias de intervención/ Manejo del encuadre (Honorarios-manejo del tiempo)/ Detección y corrección de errores y obstáculos. Otro: _____.

PERTENENCIA A INSTITUCIONES Y RED DE PROFESIONALES

¿Pertenece a algún grupo de trabajo?

Puede marcar más de una:

No Aún-No/ Conformado por colegas/ Conformado por alumnos/ Conformado por profesionales de otras disciplinas.

Si pertenece a un grupo de trabajo ¿Cuándo fue la última vez que se reunió con su equipo?

Aún no lo hice- No lo recuerdo- No corresponde/ Menos de quince días/ Entre quince días y 1 mes/ entre 1 mes y 3 meses/ Entre 3 meses y 6 meses/ Entre 6 meses y 1 año/ Más de un año.

En caso de reunirse con su grupo de trabajo ¿A qué dedicaron el último encuentro?

Puede marcar más de una: INFORMACIÓN (comunicación de decisiones, inquietudes, instrucciones).

DEBATE (presentación de ideas, discusión de asuntos, búsqueda de acuerdos).

FORMACIÓN (actividades con el objetivo de perfeccionar conocimientos y habilidades profesionales).

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (resolver situaciones concretas vinculadas a la práctica profesional).

ACTIVIDADES DE OCIO (actividades recreativas sin vinculación directa con la profesión). NO CORRESPONDE-OTRO.

¿Cuándo fue la última vez que asistió a una jornada, congreso u otra actividad científica?

Aún no lo hice- No lo recuerdo/ Menos de 1 mes/ Entre 1 mes y 6 meses/ Entre 6 meses y 1 año/ Más de 1 año.

¿Participa o ha participado de grupos de formación? Ej. Grupos de lectura, debate de casos, ateneos

Sí/No

DESARROLLO PERSONAL Y TRABAJO SOBRE SÍ MISMO

¿Realiza psicoterapia?

Realizo en la actualidad/ Realicé, pero actualmente no lo hago/ nunca realicé.

¿Con qué frecuencia?

Mayor a semanal/ Semanal/ Quincenal/ Mensual/ Mayor a mensual/ Sin frecuencia establecida.

¿Con qué objetivo realizó o realiza psicoterapia?

Puede marcar más de una: Tratamiento de psicopatología/Resolución de un problema concreto/ Desarrollo personal/ Autoconocimiento.

¿Durante los últimos 15 días ha realizado alguna de las siguientes actividades?

Puede marcar más de una: ACTIVIDADES CORPORALES (ejercicio físico, danza, deporte)/ ACTIVIDADES DE AUTOCONOCIMIENTO (Psicoterapia, ejercicios de respiración, meditación, relajación)/ ACTIVIDADES ARTÍSTICAS (teatro, pintura, música)/ ACTIVIDADES DE ENTRETENIMIENTO (espectáculos, festivales, conciertos, teatro, cine, TV, series, videojuegos, juegos de mesa y salón)/ ACTIVIDADES SOCIALES (fiestas, visitas, encuentros y reuniones con familiares y amigos).

EXPERIENCIA PERSONAL Y PROFESIONAL

¿Cuántos años hace que ejerce como psicoterapeuta?

¿Cuántos pacientes asiste por semana?

Menos de 8 pacientes/ Entre 8 y 16 pacientes/ Entre 17 y 24 pacientes/ Entre 25 y 32 pacientes/ Más de 32 pacientes.

Determine si posee alguna de las siguientes especialidades

Puede marcar más de una: Niños/ Adolescentes/ Adultos/ Gerontes/ Pareja/ Familia/ No tengo especialidad-No corresponde/ Otro:_____.

Determine si posee alguna de las siguientes especialidades

Puede marcar más de una: Trastornos de ansiedad/ Trastornos del estado del ánimo/ Trastorno de la conducta alimentaria/ Trastornos de personalidad/ Trastornos relacionados con sustancias/ Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos/ Trastornos sexuales y de la identidad sexual/ Psicósomática- Enfermedades físicas/ Aún no- No tengo especialidad/ Otra:_____.

Indique si realiza/ha realizado alguna de las siguientes prácticas

PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES (durante la carrera de grado)/ PRÁCTICAS PROFESIONALES NO RENTADAS (luego de la obtención del título)/ TRABAJO EN HOSPITAL O CENTROS DE SALUD (Incluye: visitancia, concurrencia, residencia)/ TRABAJO PARA OBRAS SOCIALES (Planes de salud, prepagas) PRÁCTICA PRIVADA- NO AÚN-NO LO HICE/ OTRO:_____.

ANEXO 6

Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP)

Claves de corrección

CASO 1

	Respuesta correcta	Respuesta parcial	Respuesta incorrecta
<i>Motivo de consulta</i>	Debe incluir: (a) Relación/conflicto de pareja. Violencia. Actuaciones (referencias a problemas vinculares) y alguna respuesta adicional; (b) Nerviosismo. (c) Falta de apetito. bajo peso (referencias acerca de la alimentación).	Mencionar solo (a) relación/ conflicto de pareja. Violencia. Actuaciones, o mencionar al menos una de las siguientes opciones: (b) Nerviosismo o (c) Falta de apetito. Bajo peso (referencias acerca de la alimentación).	(d) Motivo de consulta que no refiere ninguno de los temas mencionados en la respuesta completa.
<i>Hipótesis</i>	Referencia a: (a) vulnerabilidad/ situación económica, social, falta de funcionamiento, dificultades para cambiar, lidiar con la situación de funcionamiento, dificultades para cambiar, lidiar con la situación	(b) dificultades/escasos recursos de afrontamiento, patrones de conducta alimentaria. (c) Trastorno de abuso de sustancias. (d) Problemas conyugales. (e) Ansiedad. (f) Impulsividad. (g) Depresión. (h) Co-dependencia (Trastorno de personalidad sin especificar cuál, trastorno del estado del ánimo, patología del acto, neurosis de angustia).	Respuestas inespecíficas "situaciones del pasado", "trauma" sin especificar a que se refiere, "techos".
<i>Diagnóstico categorial</i>	(a) Trastorno de personalidad límite (Inestabilidad/regulación emocional, borderline).	(b) Trastorno de conducta alimentaria. (c) Trastorno de abuso de sustancias. (d) Problemas conyugales. (e) Ansiedad. (f) Impulsividad. (g) Depresión. (h) Co-dependencia (Trastorno de personalidad sin especificar cuál, trastorno del estado del ánimo, patología del acto, neurosis de angustia).	(i) Otros diagnósticos no consignados en la respuesta completa o parcial.
<i>Severidad del caso</i>	(a) Grave	(b) Moderado	(c) Bajo
<i>Riesgo de vida</i>	(a) Sí	(b) No	(c) No
<i>Urgencia de la consulta</i>	(a) Sí	(b) No	(c) No
<i>Interconsulta</i>	Debe incluir (a) Psiquiatra, puede agregar: (b) Médico clínico. (c) Nutricionista. (d) Trabajador social.	Menciona una o más de las siguientes: (b) Médico clínico. (c) Nutricionista. (d) Trabajador social.	Se considera incorrecta si menciona alguna de las siguientes: (e) neurólogo, (f) terapeuta ocupacional, (g) fonoaudiólogo.
<i>Ciclo vital</i>	(a) No	(b) Influye en el padecimiento	(c) Sí
<i>Inicio del proceso</i>	(a) Sí	-	(b) No lo requiere o (c) No cumple las condiciones para hacerlo
<i>Pronóstico 1</i>	(a) Se observarán cambios positivos	(b) Se observarán pequeños cambios	(c) No se observarán cambios significativos (d) La situación empeorará
<i>Pronóstico 2</i>	(a) La situación empeorará	(b) No se observarán cambios positivos	(c) Se observarán pequeños cambios o (d) Se observarán cambios positivos
<i>Tipo de tratamiento</i>	Debe incluir: (a) Individual y otro tipo de dispositivo; (b) entrenamiento en habilidades específicas, (c) familiar, (d) grupal, (e) pareja o (f) entrevistas de orientación familiar	Alguna de las siguientes respuestas: (a) Individual, (b) entrenamiento en habilidades específicas, (c) familiar, (d) grupal, (e) pareja o (f) entrevistas de orientación familiar	(g) Otros
<i>Objetivo de tratamiento</i>	Al menos debe incluir (a) Regulación/control/autodominio emocional o de los impulsos. Disminución del nerviosismo, angustia, ansiedad, estabilizar estado del ánimo/humor; (b) Reducción de: agresión, conductas impulsivas, violencia, maltrato o (c) objetivos que reflejen la disminución del riesgo, el autocuidado, estado físico (cuerpo vinculado a la violencia), urgencia de intervención en relación a la violencia. Peligro.	Al menos uno de los siguientes objetivos: (d) mejorar el apetito u otras referencias a la alimentación, riesgo vinculado a la falta de alimentación (e) aumentar el locus interno/ agencia, responsabilidad de su propio padecimiento, generar implicación/involucración personal/ subjetiva. Rectificación subjetiva. Empoderación subjetiva (f) efectividad interpersonal. Habilidades sociales, posición frente al otro. Aspectos del vínculo, comunicación. Aspectos familiares; reducir discusiones, peleas violenta/ comunicación. Aspectos generales (que no hagan referencia a violencia/maltrato)(g) Generar vínculo terapéutico/transferencia. Relación segura, estable; (h) Fortalecimiento yoico/emocional. Mejora de autoestima/ autoeficacia, seguridad en sí misma/ valoración personal, (i) mejorar su estado de salud sin especificar a que se refiere. Cuidado de su cuerpo sin especificar a que se refiere.	(i) Objetivos de tratamiento que no están en relación con los temas mencionados en respuestas parciales. Por ejemplo: conseguir trabajo, adicción u elementos inespecíficos tales como mejorar la calidad de vida. Separarse. Abuso. Angustia, procesar, expresar angustia. Manejo o reconocimiento de las emociones. Determinar el objetivo, demanda, priorizar. Identificar disparadores, situaciones que generan ansiedad. Brindar recursos/herramientas (sin especificar para qué). Logro de autonomía. Tomar conciencia de enfermedad. Adherencia al tratamiento, motivación al cambio. Manejo del estrés. Escuchar, facilitar el despliegue del discurso, expresar pensamientos/ sentimientos. Brindar recursos/ habilidades de afrontamiento. Poner en palabras. Nueva posición subjetiva. Alojar su angustia.
<i>Frecuencia</i>	(a) Mayor a semanal	(b) Semanal	(c) quincenal, (d) mensual o (e) mayor a mensual
<i>Duración</i>	(a) Largo	(b) Intermedio	(c) Breve

CASO 2

	RESPUESTA CORRECTA	RESPUESTA PARCIAL	RESPUESTA INCORRECTA
<i>Motivo de consulta</i>	2= Debe mencionar al menos dos de los siguientes temas: (a) Angustia y agobio porque no le dan permiso, angustia especificando el motivo (b) Conflicto relacional especificando con padres .Problema padre-hijo Endogamia. Independencia. Autonomía. Proyecto de vida/plan de vida Posibilidad de vincularse con su grupo de pares. Amistad © Problema social/integración/adaptación social/ normas. Conflicto de intereses culturales.	1= Debe mencionar uno de los siguientes temas: (a) Angustia sin especificar. Angustia adolescente (b) Conflicto relacional/ vincular sin especificar. Vínculos sociales. Dinámica/estructura familiar. Valores familiares. Mandatos familiares. Comunicación familiar.	0= Motivo de consulta que no refiere ninguno de los temas mencionados en la respuesta completa. Crisis vital/ adolescente. Agobio. Desarrollo personal. Ayuda, consejo, orientación. Encierro en la vida familiar. Aislamiento. Sentirse incomprendida. Sobreprotección. Frustración. Rebelión. Oposición. Exigencias parentales. Límites con los padres.
<i>Hipótesis</i>	1= Crisis vital, problemática adolescente esperable. Cuestiones culturales, pertenencia a cierta comunidad. Costumbres y tradiciones culturales. Mandatos culturales, colectivos. Otras explicaciones que hacen referencia a que es "normal" por la etapa que atraviesa. Colectividad. Prejuicios, discriminación.		0= Problema familiar. Mandatos familiares. Padres tradicionales. Falta de comunicación. Problemas de límites. Rigidez de los padres. Comunicación. Diferencias generacionales. Problemas sociales. Búsqueda de identidad. Exogamia. Independencia.
<i>Diagnóstico categorial</i>	(a) Problema de la relación padre e hijo, (b) Crisis adolescente © Angustia		
<i>Severidad del caso</i>	(a) Moderado	(b) Bajo	(c) Grave
<i>Riesgo de vida</i>	(a) No	-	(b) Sí
<i>Urgencia de la consulta</i>	(a) No	-	(b) Sí
<i>Interconsulta</i>	(a) No	Si solamente menciona: b)Trabajador social	Al menos menciona alguna de las siguientes: (c) psiquiatra, (d) neurólogo, (e) terapeuta ocupacional, (f) fonaudiólogo, (g) psicopedagogo, (h) médico clínico, (i) nutricionista u (j) Otro.
<i>Ciclo vital</i>	(a) Influye en el padecimiento	(b) Sí	(c) No
<i>Inicio del proceso</i>	(a) Sí. Puede mencionarse con consentimiento de los padres	(b) No cumple las condiciones para hacerlo. Citar a los padres	(c) No lo requiere
<i>Pronóstico 1</i>	(a) Se observarán cambios positivos	(b) Se observarán pequeños cambios	(c) No se observarán cambios significativos (d) la situación empeorará
<i>Pronóstico 2</i>	(a) La situación empeorará	(b) No se observarán cambios significativos	(d) Se observarán cambios positivos o (e) se observarán pequeños cambios
<i>Tipo de tratamiento</i>	Debe incluir: (a) Individual y alguno de los siguientes: (b) familiar o (c) entrevistas de orientación familiar	Mencionar uno de los siguientes (a) Individual, (b) familiar o (c) entrevistas de orientación a padres	Al menos una de las siguientes: (d) grupal, (e) pareja, (f) entrenamiento en habilidades específicas o (g) otro
<i>Objetivo de tratamiento</i>	Debe incluir: (a) elaboración de un proyecto de vida o (b) cambio en la estructura familiar/ creencias familiares	Puede mencionar alguna de las siguientes: (a) Regulación emocional, reducción del malestar subjetivo, calmarse (b) permanencia en su hogar, (c) desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento	Objetivos de tratamiento que no están en relación con los temas mencionados en respuesta completa o parcial.
<i>Frecuencia</i>	(a) Semanal	-	(b) Más de una vez por semana, (c) quincenal, (d) mensual o (e) mayor a mensual
<i>Duración</i>	(a) Intermedio	(b) Breve	(c) Largo

	RESPUESTA CORRECTA	RESPUESTA PARCIAL	RESPUESTA INCORRECTA
<i>Motivo de consulta</i>	Menciona al menos dos de los siguientes: (a) Síndrome depresivo. Estado de ánimo. Alteración anímica (b) Angustia. (c) Dificultad del sueño (d) Dificultades de alimentación. (d) Preocupación/ temor por ser una carga más sola.	Menciona al menos uno de los siguientes: (a) Síndrome depresivo. Estado de ánimo. Alteración anímica (b) Angustia. (c) Dificultad del sueño (d) Dificultades de alimentación. (d) Preocupación/ temor por ser una carga (f) Siente que no puede más sola.	0= Motivo de consulta que no refiere ninguno de los temas mencionados en la respuesta completa: Soledad, tristeza, crisis de angustia, ciclo vital, preocupación por la salud-enfermedad, miedos, aislamiento, ansiedad, malestar, apatía, abulia, desgano, duelo, hipocondría, dificultades emocionales. Pérdida de interés.
<i>Hipótesis</i>	(a) Referencia a la pérdida/merma de sus capacidades. Cambio de rendimiento. Limitaciones en el funcionamiento/productividad/limitaciones de la edad/ en tareas habituales; (b) pérdida de la independencia, requerimiento de ayuda en la actualidad; © Crisis de la edad. Crisis de la tercera edad/ crisis de jubilación. Problemática del ciclo vital; (d) Depresión. Síntomas depresivos. Trastorno del estado del ánimo. Estado/rasgo depresivo.	(a) Referencia a la pérdida/merma de sus capacidades. Cambio de rendimiento. Limitaciones en el funcionamiento/productividad/limitaciones de la edad/ en tareas habituales; (b) pérdida de la independencia, requerimiento de ayuda en la actualidad; © Crisis de la edad. Crisis de la tercera edad/ crisis de jubilación. Problemática del ciclo vital; (d) Depresión. Síntomas depresivos. Trastorno del estado del ánimo. Estado/rasgo depresivo.	Motivo de consulta que no refiere ninguno de los temas mencionados en la respuesta completa: se le hace difícil/aceptar envejecer. Miedo a la muerte, aceptación de la finitud de la vida. No se puede adaptar al medio, edad/ preocupación por edad/vejez (sin referencia a las limitaciones físicas y cognitivas), preocupaciones hipocondríacas. Duelo, duelo de la vitalidad. Fantasías de invalidez baja autoestima, síndrome del nido vacío. Dificultades vinculares. Baja autoestima. Pérdida del sentido de vida. Cambios vitales/etapa vital (sin hacer referencia a la crisis que se generan). Etapa etarea. Vejez. Edad. Angustia por la edad. Angustia existencial. Soledad. Sentimiento de inutilidad. Síntomas melancólicos. Decaimiento anímico. Estado ansioso-depresivo. Trastorno mixto ansiedad-depresión. Respuesta anímica. Desánimo. Cuadro anímico. Demencia semi. Vulnerabilidad. Sentimientos o conductas depresivas.
<i>Diagnóstico categorial</i>	(a) Trastorno depresivo mayor. Depresión. Distimia.	(b) deterioro vital, deterioro de las funciones vitales © referencias a organicidad. Descartar organicidad.	(d) Ninguno. Otros: F38 (CIE-10) Trastorno del humor. Trastorno de angustia. Nido vacío. Geriátrica. Neurosis. Angustia. Trastorno disímico. Trastorno del sueño. Trastorno de ansiedad. Trastorno de adaptación (con ánimo depresivo). Personalidad depresiva, melancólica. Crisis. Crisis depresiva. Crisis existencial. Ciclo vital. Trastorno ansioso depresivo/trastorno de angustia con depresión. Geriátrica. Vejez patológica. Trastorno de la tercera edad. Tercera edad.
<i>Severidad del caso</i>	(a) Moderado	(a) Moderado	(b) Bajo, © Grave
<i>Riesgo de vida</i>	(a) Sí	..	(b) No
<i>Urgencia de la consulta</i>	(a) Sí	..	(b) No
<i>Interconsulta</i>	(a) Psiquiatra	(b) neurologo o © médico clínico	Al menos menciona alguna de las siguientes: (d) terapeuta ocupacional, (e) fonaudiólogo, (f) psicopedagogo, (g) nutricionista (h) trabajador social u (i) Otro.
<i>Ciclo vital</i>	(a) Infiuye significativamente en el padecimiento	(b) Sí	(c) No
<i>Inicio del proceso</i>	(a) Sí	..	(b) No o © No cumple las condiciones para hacerlo
<i>Pronóstico I</i>	(a) Se observarán cambios significativos o (b) Se observarán pequeños cambios	...	(c) No se observarán cambios significativos o (d) la situación empeorará
<i>Pronóstico 2</i>	(a) La situación empeorará	(b) No se observarán cambios significativos	(c) Se observarán cambios significativos o (d) Se observarán pequeños cambios
<i>Tipo de tratamiento</i>	Debe incluir: (a) Individual y alguno de los siguientes: (b) familiar o (c) entrevistas de orientación familiar	(a) Individual	Al menos una de las siguientes: (d) grupal, (e) pareja, (f) entrenamiento en habilidades específicas o (g) otro
<i>Objetivo de tratamiento</i>	Activación conductual. Vínculos familiares. Mejorar comunicación familiar. Proyectos/actividades que le entusiasme, den placer, interés, disfrute, que le den sentido, gratificación. Recuperar motivación. Construir/generar interés. Tratar depresión, regular el estado del ánimo. Generar/continuar un proyecto que le entusiasme.	Realice actividades fuera de su hogar. Activar. Retomar actividades (sin referencia a placer, interés, entusiasmo). Buscar actividades. Socializar. Vínculos con pares. Actividades recreativas. Ocio. Motivación.	Aceptación de la etapa vital. Trabajar creencias disfuncionales en torno al envejecimiento. Alimentación. Sueño. Elaboración de duelos. Volver a actividades habituales. Conocer el entorno familiar. Entrevista con los familiares. Resignificar la etapa que está atravesando. Lograr homeostasis emocional. Recuperar el deseo, el disfrute, entusiasmo por la vida. Recuperar confianza. Autoestima. Actividad que la conecte con lo propio. Que disfrute la vida/ que se reconecte. Que los hijos la acompañen. Autonomía. Encausar energía . Reducir ansiedad. Contención familiar.
<i>Frecuencia</i>	(a) Semanal	(b) más de una vez por semana	(c) quincenal, (d) mensual o (e) mayor a mensual
<i>Duración</i>	(a) Intermedio	(b) Breve	© largo

ANEXO 7

Comparación de modelos de competencias

Modelo des arrollado para la ECCBP	Modelo del Cubo	Modelo EuroPsy	Modelo del EAP	Proyecto Tunning
<i>Proceso diagnóstico</i>	Diagnóstico, evaluación y conceptualización del caso	Evaluación	Evaluación diagnóstico y conceptualización	Realización de diagnósticos y evaluaciones psicológicas
<i>Diseño, intervenciones y técnicas</i>	Intervención	Especificación de objetivos Desarrollo Intervención	Técnicas e intervenciones Desarrollo de metas, planes y estrategia	Diseño, ejecución y evaluación de técnicas y estrategias de intervención
<i>Evaluación y finalización del proceso</i>		Valoración	Evaluación y finalización de la psicoterapia	
<i>Vínculo terapéutico</i>	Relaciones		Relación psicoterapéutica	
<i>Rol profesional</i>	Práctica reflexiva		Práctica profesional autónoma y responsable	Capacidad para asumir el compromiso ético de la práctica
<i>Variables contextuales y diversidad</i>	Diversidad individual y cultural		Ética y cultura	Capacidad para respetar la diversidad individual y sociocultural
<i>Manejo de entrevista</i>				

