



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Valdiación y confiablilidad de la "Escala de Terapia Cognitiva de Beck" para medir competencias clínicas en psicólogos en formación"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Alan Ernesto Barba Sánchez

Directora: Dra. **Anabel De la Rosa Gómez**

Dictaminadores: Dra. **Lorena Alejandra Flores Plata**

Lic. **Juana Olvera Méndez**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 12/2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Tesis realizada gracias a la financiación del proyecto PAPIIT TA 300316 “Detección de Factores de Riesgo Postraumático e Intervención Transdiagnóstica en Regulación Emocional en Jóvenes Infractores.

A todos los colaboradores del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) y hacen posible este proyecto. Gracias, amigos todos que colaboraron como pacientes simulados en esta investigación, aprecio mucho su respaldo a mi convocatoria.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
Capítulo 1: Competencias profesionales	10
1.1 Definición de competencia	10
1.2 La formación de competencias en las Instituciones de Educación Superior	12
1.3 Formación del psicólogo basada en competencias profesionales	14
Capítulo 2: Evaluación y formación de competencias clínicas en psicólogos	19
2.1 Competencias del psicólogo clínico	19
2.1.1 Formación de competencias clínicas en educación mediada por tecnología.	27
Capítulo 3: Evaluación psicológica y propiedades psicométricas de los instrumentos de medición.....	32
3.1 Evaluación psicológica	32
3.2 Confiabilidad y validez de instrumentos de medición psicológica	33
3.2.1 Confiabilidad.	34
3.2.2 Validez.	37
Capítulo 4: La <i>Cognitive Therapy Scale</i> (Escala de Terapia Cognitiva de Beck) como instrumento para la formación y evaluación de competencias clínicas	44
4.1 Instrumentos para la evaluación de competencias clínicas	44
4.2 Descripción y propiedades psicométricas de la <i>CTS</i>	46
4.3 Relación entre nivel de competencia medido con la <i>CTS</i> y eficacia de la psicoterapia.....	48
4.4 Estructura y bases teóricas de la <i>CTS</i>	51
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	58
MÉTODO.....	60
Estudio 1. Validez de contenido de una propuesta en español de la <i>Cognitive Therapy Scale</i>	60
Propósito.....	60

Participantes.....	60
Instrumentos.....	60
Tipo de estudio.....	60
Diseño.....	61
Hipótesis.....	61
Procedimiento.....	61
Estudio 2. Confiabilidad y validez de constructo de una propuesta en español de la <i>Cognitive Therapy Scale</i>	63
Propósito.....	63
Participantes.....	63
Instrumentos.....	63
Tipo de estudio.....	64
Diseño.....	65
Variables.....	65
Hipótesis.....	65
Procedimiento.....	66
RESULTADOS.....	67
DISCUSIÓN.....	73
REFERENCIAS.....	80
ANEXO 1.....	88
ANEXO 2.....	107
ANEXO 3.....	123

RESUMEN

Uno de los aspectos que más preocupa a los formadores de psicoterapeutas cognitivo-conductuales es el desarrollo de competencias clínicas. La evaluación de la competencia proporciona una métrica que puede facilitar la detección errores y aciertos del psicoterapeuta en sesión, entendiendo que puede ser una variable potencialmente predictora de la eficacia de la psicoterapia. Al no contar con un instrumento válido y confiable en población mexicana para medir la variable de interés, se realizó una versión, por traducción simple, en idioma español de la *CTS: Cognitive Therapy Scale* desarrollada de acuerdo al modelo de Aaron Beck que pretende sistematizar y acompañar la formación del terapeuta cognitivo (Young y Beck, 1980). Es así, que el presente estudio tuvo como propósito determinar el grado de confiabilidad interna de una propuesta en español de la *CTS* (ETC); así como el grado de validez de contenido y constructo. La validez de contenido se obtuvo con la colaboración de 10 jueces expertos en psicología clínica cognitivo-conductual quienes establecieron su juicio acerca de los ítems de la ETC, obteniendo índices de aceptación y coeficientes *V* de Aiken altos entre jueces. La escala mostró ser confiable y válida para detectar al cambios antes y después de un entrenamiento para la formación de competencias clínicas ($N=31$).

Palabras clave: validación, confiabilidad, escala de terapia cognitiva de Beck, competencias clínicas, evaluación por competencias, enseñanza virtual.

ABSTRACT

One of the aspects that most worries the trainers of cognitive-behavioral psychotherapists is the development of clinical competences. The evaluation of competence provides a metric that can facilitate the detection of errors and successes of the psychotherapist in session, understanding that it can be a potentially predictive variable of the efficacy of psychotherapy. In the absence of a valid and reliable instrument in Mexican population to measure the variable of interest, a version was made, by simple translation, in Spanish language of the CTS: Cognitive Therapy Scale (CTS) developed according to the model of Aaron Beck that aims to systematize and accompany the training of the cognitive therapist (Young and Beck, 1980). Thus, the purpose of this study was to determine the degree of internal reliability of the proposed CTS in Spanish (*ETC*); as well as the degree of validity of content and construct. The validity of content was obtained with the collaboration of 10 expert judges in cognitive-behavioral clinical psychology who established their judgment about the items of the *ETC*, obtaining agreement rates and Aiken's V coefficient high. The scale showed to be reliable and valid to detect changes before and after a training for the formation of clinical competences (N = 31).

Key words: validation, reliability, cognitive therapy scale, clinical competences, evaluation by competences, virtual teaching.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tuvo como propósito determinar el grado de confiabilidad, así como la validez de contenido y constructo de una propuesta en idioma español de la “*Cognitive Therapy Scale* (Escala de Terapia Cognitiva)” para la evaluación de competencias clínicas en psicólogos en formación. De acuerdo a este objetivo se elaboraron cuatro capítulos para sustentar teóricamente la investigación, al final de estos, se plantea el método llevado a cabo en dos estudios para la obtención de resultados empíricos que permitieron elaborar el análisis en contraste o concordancia con la investigación literaria del tema estudiado.

Se parte de establecer una definición de competencia, la cual, puede tener diferentes acepciones, sin embargo, se optó por una conceptualización procedente de la psicología por ser acorde a la perspectiva bajo la cual se deseó estudiar las competencias. Asimismo, se destaca que la formación en competencias profesionales es uno de los objetivos esenciales de la educación superior, el interés por ellas no surge en el contexto universitario sino en el mundo laboral en la década de 1870 y que, a partir de la década de 1970, se les comienza a utilizar como criterios científicos explicativos de la eficiencia de las personas en el medio laboral (González y González, 2008).

En seguida, se atiende el caso específico de la formación de psicólogos clínicos, campo en el cual existe interés en formar profesionales que sean competentes para evaluar, diagnosticar e intervenir en atención a la salud mental de la población que así lo requiera. El entrenamiento de estos profesionales, como el de muchos otros, comienza con la adquisición de conocimientos teórico-metodológicos de psicología para después, pasar al aprendizaje de habilidades profesionales en escenarios de práctica supervisada, como estancias cortas en clínicas y prácticas de laboratorio. Sin embargo, la evaluación de las competencias clínicas desarrolladas en este proceso puede ser poco clara, y es que, toma

relevancia dado que las certificaciones internacionales indican que el psicólogo clínico debería presentar evidencia de su competencia, además del interés de la *American Psychological Association* para promover la formación de psicólogos entrenados en intervenciones basadas en evidencia. Pero, ¿mediante qué indicador se puede obtener la evidencia para decir que un psicólogo clínico es competente?, más aún es posible que un entrenamiento en un escenario de práctica virtual ¿logre desarrollar competencias clínicas?.

Desde una perspectiva psicológica Frade (2008) entiende que la evaluación por competencias es un proceso para identificar en qué medida los estudiantes han desarrollado las metas y objetivos propuestos. Entre las características más importantes para ejercer este tipo de evaluación resalta que tiene que ser un proceso que busque evidencias de competencia de acuerdo a criterios objetivos, válidos y confiables. De hecho todo instrumento de evaluación psicológica debe cumplir con los criterios mencionados: para empezar debe ser capaz de aportar resultados consistentes a través del tiempo, y demostrar que mide el atributo psicológico que pretende medir. Los métodos para asegurarse que un instrumento cumple con estas características se estudian en el capítulo 3 de la presente investigación.

Hacia el final del apartado teórico, capítulo 4, se revisa el instrumento que sirvió para establecer una propuesta en idioma español: la “*Cognitive Therapy Scale*” de Young y Beck (1980), un instrumento de evaluación psicológica que Caro (2011) dice que pretende sistematizar y acompañar la formación del terapeuta cognitivo, y que, como desarrollo instrumental, significó una solución a la preocupación de los terapeutas cognitivos para la formación de los mismos en el modelo. A lo largo de su utilización internacional ha demostrado su eficacia para llevar a cabo su objetivo bajo estándares psicométricos. La escala puede ser una guía para el psicoterapeuta cognitivo dado que aporta datos sobre su nivel de eficacia en las sesiones terapéuticas (Shaw, 1984). La evaluación de la competencia proporciona una métrica que puede facilitar la detección de errores y

aciertos del terapeuta en sesión (Vallis, Shaw y Dobson, 1986). Incluso Shaw y Wilson-Smith (1988) la han empleado como test de aptitud para seleccionar terapeutas que son candidatos para ser formados en terapia cognitiva, entendiendo que, el nivel de competencia clínica puede ser una variable potencialmente predictora de la eficacia de la psicoterapia (Shaw et al., 1999).

En la sección del método se detalla la información correspondiente a los participantes, diseño, instrumentos y procedimiento llevado a cabo para dos estudios, el primero en el que se exploró la validez de contenido de la escala propuesta y un segundo, en el que se determinó el grado de confiabilidad y validez de constructo del mismo instrumento. Los resultados obtenidos fueron positivos, en términos estadísticos, incluso, concordantes con la literatura citada en la sección teórica, sin embargo, se advierte de limitaciones que atentan la validez del estudio.

Competencias profesionales

1.1 Definición de competencia

La palabra competencia proviene del latín *competere* que significa ir al encuentro de una cosa u otra, ser adecuado, pertenecer, incumbir. Concretamente el ser competente implica tener la atribución necesaria para tratar o resolver algo, ser experto o tener conocimiento acerca de algo. Cuando se habla de competencia hay que diferenciar entre dos sentidos que se le dan al concepto: el primero es “ser capaz” que designa a una persona, en tanto potencia, que “se encuentra en condiciones de” hacer algo, cualquiera que sea esta actividad como jugar fútbol, o aprender a leer (Ribes, 2006). Por el lado etimológico “ser competente” es una característica atribuida al ente (*ente* = el que es).

De acuerdo con Alonso-Martín (2010), Suárez (2011) y Pinilla-Roa (2012) se pueden abstraer ideas esenciales del concepto de competencia; se dice que una competencia es la composición de saberes significativos que ejecuta un individuo en una situación práctica normalmente compleja y cambiante, en tal situación, el individuo integra conocimientos, métodos, destrezas, actitudes y aptitudes que facilitan una operación mental consciente, creativa, oportuna y adaptada para la resolución específica de problemas-tareas.

Otro concepto de competencia señala que es la “capacidad adaptativa, cognitivo y conductual que despliega un sujeto como respuesta a una demanda y que se observa en un desempeño concreto. Es una meta terminal y procesual que incluye un saber pensar para poder hacer, ser y vivir en sociedad” (Frade, 2008, p. 3). En esta definición se puede observar la predominancia de un enfoque evolucionista en tanto que se prima la adecuación del individuo ante una demanda, en este sentido la competencia resulta de la dinámica pensamiento-conducta y ambiente ceñida en un marco de valores.

Por su parte, Calderón (2013) considera que las competencias implican 4 elementos: (1) conocimientos (saber), (2) habilidades (saber hacer), (3) aptitudes (poder hacer) y (4) actitudes (querer hacer). Una competencia serviría entonces para la acción del profesional, para su desempeño al resolver problemas particulares, diversos e impredecibles, con diferente complejidad.

En síntesis, competencia se refiere al atributo cognitivo y conductual que un individuo posee para llevar a cabo una tarea en especial con un determinado grado de éxito. La competencia es en sí, la expresión verificable de elementos cognitivos y conductuales en conjunción, como lo son: el saber, las habilidades, las aptitudes y actitudes. Como todo aprendizaje, las competencias pueden ser moldeadas gracias a la estimulación del ambiente sin la mediación de alguna estructura que guíe la calidad del producto conductual final. Sin embargo, en la historia de la humanidad las conductas más capacitadas o competentes serían las que, desde luego, mejorarían las probabilidades de supervivencia del grupo. Es oportuno recordar que la atención hacia las competencias comienza por los grandes empresarios post-industriales y la necesidad de estos por contar con personal cada vez más competente. Lo que significa un gran interés del sector público y privado por formar personal calificado, es decir, personal con características cognitivas y conductuales muy precisas de acuerdo a estándares de calidad. Este objetivo solo puede cumplirse con la colaboración de las instituciones de educación las cuales proveen la estructura académica idónea para hacer posible la formación de competencias. En este sentido, en el siguiente apartado se revisan los principales acuerdos internacionales para la educación y la formación de competencias en las instituciones de educación superior entendiendo que son, generalmente, las últimas instancias en las cuales un joven se forma antes de incorporarse al mercado laboral.

1.2 La formación de competencias en las Instituciones de Educación Superior

La formación en competencias profesionales es uno de los objetivos esenciales de la educación superior, sin embargo, el interés por ellas no surge en el contexto universitario sino en el mundo laboral en la década de 1870 y que, a partir de la década de 1970, se les comienza a utilizar como criterios científicos explicativos de la eficiencia de las personas en el medio laboral (González y González, 2008).

El esfuerzo más sobresaliente para mejorar la calidad de la formación en respuesta a las demandas del mercado laboral se dio en 1999 por iniciativa de 45 países Europeos en La Declaración de Bolonia, conferencia que establece las bases para la construcción de un Espacio Europeo de Educación Superior, planteado de acuerdo a principios de calidad, movilidad, diversidad y competitividad (De Garay, 2008). Esta declaración buscó dirigirse hacia la consecución de los siguientes objetivos:

- Adoptar un marco común de titulaciones
- Adoptar un sistema basado en tres ciclos de formación: pregrado, grado y posgrado
- Establecer un sistema de créditos dentro del currículo
- Comprometerse a cooperar activamente para asegurar un nivel de calidad educativo óptimo que incluye el desarrollo de criterios y metodologías comparables entre los países.

En conjunto las medidas aquí descritas han hecho posible la movilidad de estudiantes y académicos en las instituciones de educación superiores europeas. Pero sobre todo un marco común en la formación de los profesionales promueve que, por ejemplo, un estudiante egresado de pregrado en España pueda insertarse en el mercado laboral alemán entendiendo que este cumple con los criterios europeos de competencia (Rosique y Rosique, 2011).

Los países firmantes de la declaración de Bolonia entendieron bien el hecho de que los métodos de producción habían emigrado hacia la sociedad del conocimiento, de la cual son incluso precursores, en la que el procesamiento de información es la estrategia central del desarrollo económico-social y en la que las universidades desempeñan un papel fundamental como productoras y transmisoras del conocimiento.

No pasaría mucho tiempo, después de la Declaración de Bolonia, para que surgiera el Proyecto *Tuning*; el cual, en el año 2003, tuvo como propósito seguir los objetivos y acuerdos planteados en Bolonia pero trascendiendo las fronteras europeas. Es así que el Proyecto *Tuning* encuentra voluntad académica en América Latina para poner en marcha el desarrollo de un lenguaje en común para entender y solucionar los problemas de la educación superior. Son capaces de participar de una plataforma de reflexión y acción sobre la educación superior, una plataforma integrada por cientos de comunidades de diferentes países (Rodríguez, 2013).

El objetivo de la metodología desarrollada por el proyecto *Tuning* América Latina fue construir titulaciones compatibles de calidad y excelencia con las cuales lograr un impacto social relevante preservando la diversidad cultural y tradiciones de cada uno de los países.

Es así que las instituciones educativas formen en los años de estudio personas competentes, esto condiciona la formación del alumno y exige vincularla con el campo profesional, porque la sola adquisición de conocimiento no garantiza el dominio de las competencias profesionales, mucho menos si la información se obtiene por asignaturas “aisladas” de la complejidad de interrelaciones que se pueden encontrar en el ejercicio profesional y social (Alonso-Martin, 2010). En este sentido, virar la educación hacia un modelo de formación universitaria basado en competencias se presenta como una alternativa viable para conseguir los

objetivos de pertinencia educacional técnico-profesional en los futuros profesionales (Yáñez–Galecio, 2010).

La formación inicia en la educación de conocimientos y métodos generales del currículo profesional y se nutre durante la práctica profesional, en donde se espera que el profesional competente evidencie que puede resolver problemas de diferente complejidad al crear una solución específica para cada caso y según su profesión (Pinilla-Roa, 2012). A continuación se detalla el desarrollo de competencias en el caso específico del profesional de la psicología.

1.3 Formación del psicólogo basada en competencias profesionales

Particularmente en la formación de psicólogos, la primera etapa corresponde a una orientación general, en tanto que ofrece educación básica en las especializaciones, teorías y técnicas de la psicología y está concebida como una aproximación preliminar al desarrollo de habilidades y a la investigación disciplinar pero no cualifica para la práctica del ejercicio profesional independiente (Ballesteros, González y Peña 2010).

Acerca de los modelos curriculares en la carrera de psicología, Piña (2010) señala que estos se enfocan en proporcionar la formación metodológica y sistemática, la vinculación de la ciencia básica con la aplicada, la capacitación del psicólogo de acuerdo con las necesidades de cada nación, además de integración del servicio social dentro de los estudios de licenciatura. Por otro lado Yáñez, Rodríguez y Loaiza (2008) mencionan que el modelo curricular que caracteriza la carrera de psicología de la Universidad de Colima está basado en el desarrollo de competencias conceptuales, metodológicas, técnicas, contextuales, integrativas, adaptativas y éticas; según los autores, pretenden ser desarrolladas tanto en el aula, como en otros escenarios de aprendizaje (naturales y/o controlados). Dichas competencias no se aprenden de manera aislada ya que como mencionan los autores es necesario ejercitarlas en ambientes de aprendizaje en donde muy

probablemente se facilite la interacción permanente de las competencias unas con las otras.

Pero, cabe hacer la pregunta ¿los ambientes de aprendizaje son empleados en la educación universitaria? o ¿cómo es que actualmente los ambientes están incorporados a los currículos de formación en psicología? , en este sentido, Piña (2010) dice que la formación y el entrenamiento de los psicólogos se ha fundamentado en proveer a los estudiantes de los conocimientos teóricos y metodológicos a lo largo de los primeros cinco o seis semestres de su carrera, seguidos del aprendizaje de habilidades profesionales que presumiblemente integrarán y de las que harán uso en los múltiples escenarios de servicio.



Figura 1. Proceder de la formación de competencias en psicólogos.

Fuente: Elaboración propia con información sintetizada de Piña (2010) y Roe (2003).

Al respecto del campo de las competencias (figura 1), se dice que las llamadas teóricas y metodológicas difieren de las competencias profesionales ya que las primeras se enfocan a saber hacer lo que se plantea en la teoría y que según Roe (2003), el psicólogo profesional utiliza ello a su favor para ayudar a sus clientes a resolver problemas aplicando teorías y métodos de la psicología; y las

segundas van enfocadas a saber qué y cómo hacerlo, por lo que se propone formar y entrenar psicólogos competentes (psicólogos que sepan qué, por qué, para qué y cómo hacer las cosas).

Los programas de estudio basados principalmente en generar competencias, suelen presentar la dificultad de que las competencias generadas correspondan directa y adecuadamente con el ejercicio real de la profesión hacia la cual están destinadas, esto es de suma importancia ya que su vez se corre el riesgo de no ser lo suficientemente específico en cuanto a las diversas especializaciones que se puedan encontrar en las profesiones, especialmente si consideramos esto en una ciencia como la psicología cuyo campo de acción suele ser particularmente amplio, esto ya ha sido considerado por diversos autores como lo mencionan Bravo, Vaquero y Valadez (2012), quienes advierten de la importancia de orientar el currículum hacia especializaciones, de tal suerte, que al término de la carrera los egresados tengan competencias cien por ciento orientadas en el campo psicológico de su elección.

En cuanto al área de la psicología, dentro de la metodología *Tuning* Latinoamérica, se propuso un listado inicial de 19 competencias específicas que debían cumplir los egresados de psicología, en seguida el listado se sometió a un jueceo por expertos de todos los países participantes, quienes evaluaron el listado, de acuerdo con criterios de pertinencia, claridad y redacción. Como resultado de la retroalimentación y corrección se obtuvieron las siguientes 24 competencias específicas, tomadas tal y como aparecen en el reporte *Tuning* para psicología elaborado por Rodríguez (2013):

1. Entender la vinculación entre saber científico y saber cotidiano.
2. Conocer y entender los fundamentos epistemológicos de la ciencia.
3. Realizar investigación científica en el área de la Psicología.
4. Reflexionar de manera crítica sobre los problemas de la disciplina psicológica.

5. Integrar y utilizar los conocimientos de otras disciplinas.
6. Comprender los fundamentos epistemológicos de las teorías psicológicas.
7. Comprender y explicar los procesos psicológicos desde una perspectiva bio-psico-social.
8. Comprender las transiciones del ser humano a través del ciclo vital.
9. Identificar y comprender las teorías explicativas de los procesos psicológicos humanos.
10. Comprender el sustrato biológico de los procesos psicológicos humanos.
11. Establecer relaciones entre la teoría y la práctica psicológica.
12. Realizar diagnósticos y evaluaciones psicológicas a través del empleo de métodos y técnicas de la Psicología.
13. Comprender e intervenir ante los problemas psicológicos de los seres humanos de acuerdo a su contexto histórico, social, cultural y económico.
14. Mediar y/o negociar en distintos ámbitos de la práctica psicológica.
15. Realizar asesoría y orientación psicológica.
16. Diseñar y desarrollar programas que promuevan el bienestar psicológico en personas, grupos y comunidades.
17. Trabajar en equipos multi e interdisciplinarios, para la producción de conocimiento y en contextos de práctica profesional.
18. Proporcionar información resultado de las acciones profesionales de evaluación, diagnóstico, intervención e investigación a diferentes públicos.
19. Integrar herramientas tecnológicas a la práctica profesional.
20. Diseñar, ejecutar y evaluar técnicas y estrategias de intervención en diferentes campos de acción de la Psicología.
21. Diseñar de manera válida y confiable herramientas psicométricas.
22. Respetar la diversidad individual y sociocultural.
23. Comprender los fundamentos y principios éticos que atañen al quehacer profesional y científico.
24. Asumir el compromiso ético de la práctica psicológica.

De acuerdo al listado de competencias específicas se les preguntó vía electrónica a cuatro grupos de interés (N=3518): académicos, estudiantes, graduados y empleadores que competencias consideraban más importantes para el ejercicio de la psicología. Las más importantes resultaron ser el compromiso ético, la capacidad para conocimientos en la práctica, conocimiento sobre el área de estudio y la profesión, capacidad de abstracción análisis y síntesis. Por otro lado las que obtuvieron una consideración menor por parte de los encuestados fueron las competencias de: conocer y entender los fundamentos epistemológicos de la ciencia, diseñar de manera válida y confiable herramientas psicométricas, finalmente llama la atención que la competencia referida a integrar herramientas tecnológicas a la práctica profesional se coloca en este último grupo (Rodríguez, 2013).

Hasta el momento se ha revisado la manera en cómo se educa de acuerdo a un modelo basado en competencias, y cuáles de estas necesitan estar presentes en la práctica de cualquier psicólogo no obstante ¿cuáles son las competencias que requiere un psicólogo en el área clínica?, el cual, es un tema de interés a los objetivos de esta investigación puesto que en el marco del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia del SUAyED Iztacala existe una auténtica disposición a entrenar las competencias clínicas de sus estudiantes, porque, se espera que de esta manera se logren mejores resultados en sus intervenciones como psicólogos supervisados y por supuesto como profesionales egresados.

Evaluación y formación de competencias clínicas en psicólogos

2.1 Competencias del psicólogo clínico

La psicología clínica según el *Centre de Documentation et d'Information sur l'enseignement Supérieur* (CEDIES) (2016), Echeburúa, Salaberría, de Corral y Cruz-Sáez (2012) y Quiroga (2011), es el campo de especialización de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados en esta disciplina para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar, además de apoyar a los pacientes en la comprensión y análisis de sus conflictos intrapsíquicos, así mismo, tiende a favorecer su desarrollo y adaptación las exigencias de la vida, promueve una mejor comprensión de ellos mismos y de sus modos de comportarse.

Profundizando en la investigación sobre la formación de competencias del psicólogo clínico se ha dicho que los programas de estudio de psicología que ofrecen las instituciones de educación superior (IES) requieren afinar la vinculación entre los contenidos teóricos y prácticos, ya que, solamente por medio de la práctica clínica supervisada en escenarios reales, los conocimientos teóricos adquieren significados, de otra manera quedan descontextualizados y el alumno no sabrá cómo aplicarlos cuando se encuentre ejerciendo (Barletta, Barreto y Costa, 2012; Esparza y Blum, 2009; Roe, 2003). Más aún, Uribe, Aristizabal, Barona y López (2009) proponen que la competencia depende del entorno en que se desempeñe la persona dado que este posibilita o inhibe el desarrollo de la competencia.

Bajo estos supuestos Esparza y Blum (2009) han puesto en marcha un programa para “optimizar la enseñanza y profesionalización del psicólogo clínico”

en la facultad de psicología de la UNAM. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia del programa que busca proporcionar a alumnos del área de psicología clínica ($N = 127$), una formación profesional cuyo eje rector predominante sea la vinculación entre la teoría y la práctica clínica supervisada. Los resultados se analizaron de acuerdo a los siguientes indicadores, se presentan los más relevantes:

1. Número de horas de práctica: al término del proceso de formación, los estudiantes del programa lograron entre 1,000 y 1,100 horas de práctica clínica supervisada.
2. Los promedios de los participantes a su egreso de la carrera fueron de entre 8.4 y 9.99
3. Índice de titulación: El 77.5 % de los participantes se tituló en un lapso de seis a nueve años después de haber concluido los estudios formales, sólo el 56.6% se tituló en el tiempo objetivo del programa (1 a 2 años). No obstante 40% de los egresados demoraron más de dos años en titularse, promediando en 6 generaciones del programa un índice de eficiencia terminal general de 92.46%.

En cuanto a las competencias que debería mostrar un psicólogo clínico se encuentran las propuestas por algunas asociaciones de referencia internacional e investigadores propios del área, a continuación se describen las más relevantes.

De acuerdo a Yáñez–Galecio (2005) se investigaron cuáles son las competencias profesionales necesarias para la práctica clínica ,para ello se entrevistó mediante el método de *entrevista de eventos conductuales* a seis psicólogos de ambos sexos que acreditaron tener más de cinco años de ejercicio continuo en el área de psicología clínica determinando al final 37 competencias (ver Tabla 1).

Tabla 1*Competencias encontradas en el estudio de Yáñez-Galecio (2005).*

Conocimientos	Habilidades	Actitudes
1. Conocimiento sobre instrumentos de evaluación psicológica.	1. Diferenciar entre distintos cuadros psicológicos.	1. Actualización de conocimientos.
2. Conocimientos de farmacología.	2. Capacidad de autoaprendizaje.	2. Respeto y auto-respeto.
3. Conocimiento de técnicas psicológicas de intervención.	3. Aplicación de instrumentos de evaluación psicológica.	3. Actitud ética.
4. Conocimientos teóricos.	4. Capaz de aplicar un modelo teórico.	
5. Conocimientos para diseñar intervenciones.	5. Saber usar manuales de diagnóstico.	
6. Conocimientos para evaluar intervenciones.	6. Habilidad para buscar información.	
7. Conocer procedimientos psicoterapéuticos.	7. Saber aplicar técnicas psicológicas de intervención.	
8. Conocimientos sobre fisiología.	8. Habilidad de empatía.	
	9. Habilidades de detección de necesidades.	
	10. Saber hacer entrevistas.	
	11. Capacidad para generar explicaciones.	
	12. Habilidad para el trabajo interdisciplinario.	
	13. Habilidades de investigación.	
	14. Capacidad para dirigir investigaciones.	
	15. Capacidad para coordinar investigaciones.	
	16. Habilidades para el diagnóstico.	
	17. Habilidades para evaluación.	
	18. Habilidades para la intervención psicológica.	
	19. Habilidad para aplicar escalas psicológicas y cuestionarios.	
	20. Habilidad para establecer la relación terapéutica.	
	21. Asertividad.	
	22. Habilidad para aplicar el conocimiento teórico.	
	23. Tolerante a la frustración.	
	24. Creatividad.	
	25. Manejo del inglés.	
	26. Habilidades informáticas	

Fuente: Yáñez-Galecio (2005).

Las competencias enlistadas anteriormente se encuentran agrupadas de acuerdo a los rubros de conocimientos, habilidades y actitudes. Aunque el estudio es cualitativo se sintetizan las competencias que los psicólogos entrevistados perciben necesarias teniendo como base su misma experiencia clínica.

La *American Psychological Association (APA)* (2018) encuentra las siguientes competencias clave en la práctica profesional de la psicología clínica:

1. Conocimiento científico y teórico avanzado relacionado con la especialidad

Compresión de psicopatología, de criterios diagnósticos y conocimiento de intervenciones psicológicas basadas en evidencia

- Capacidad de integrar, sintetizar e interpretar resultados de pruebas de personalidad de acuerdo a estándares poblacionales
- Capacidad de colaborar y comunicarse con otros profesionales de la salud para el tratamiento de casos psicopatológicos graves
- Interés y compromiso con la investigación científica, pensamiento crítico. El psicólogo debe estar actualizado en cuanto a métodos de intervención psicológica e incluso saber de aquellos identificados como ajenos a la psicología clínica.

2. Procedimientos que lleva a cabo

- Evaluación: entrevistas de diagnóstico, evaluación del comportamiento, administración e interpretación de pruebas psicométricas.
- Intervención: en los niveles primario, secundario y terciario a individuos, familias, y grupos
- Consulta: entre los profesionales de su misma disciplina y con otros profesionales u organizaciones de salud
- Investiga: con un enfoque crítico acerca de la ciencia, conocimiento y métodos pertenecientes a la psicología clínica.

La *APA* conserva un listado de competencias tanto más específicas, de entre de las cuales se puede percibir el interés de la asociación por hacer de la

práctica clínica una actividad de calidad basada en los métodos y conocimiento de la ciencia. Es por ello que la asociación aconseja que los programas de entrenamiento profesional deben garantizar que los pasantes en psicología demuestren, al final de su formación, conocimiento y habilidad para la formulación e implementación de intervenciones basadas en evidencia (Kobak, Craske, Rose y Wolitsky-Taylor, 2013).

En México, la Federación Mexicana de Psicología (FMP) (2010) ofrece una certificación en psicología clínica, a diferencia del *EuroPsy* o la *CTA*, en esta acreditación el aspirante debe completar un programa de estudios de formación, parece que la evaluación se realiza en manera formativa a lo largo del curso de los módulos, como objetivo se pretende que el egresado del programa fortalezca sus conocimientos y habilidades en psicología clínica entre los cuales destacan en su página *web*:

- Seleccionar y aplicar correctamente los diferentes instrumentos de evaluación psicológica, analizando e interpretando los resultados obtenidos.
- Obtener datos significativos y objetivos de un paciente mediante la revisión de la documentación clínica aportada.
- Establecer hipótesis explicativas y diagnósticas en relación con casos clínicos concretos.
- Elaborar sugerencias terapéuticas.
- Diseñar y aplicar un programa de intervención.
- Realizar una aplicación rigurosa de los conceptos psicopatológicos en la detección, diagnóstico e intervención de los pacientes.
- Estructurar una entrevista clínica.
- Utilizar recursos orales y escritos avanzados, especialmente dirigidos a la comunicación y redacción de informes.
- Desarrollar las habilidades de un terapeuta: empatía, escucha activa, aceptación positiva, etc.

- Transmitir la información de la evaluación e intervención al paciente y familiares de forma empática, precisa y argumentada.
- Aplicar las técnicas para implicar a los destinatarios de la intervención, afrontar y superar las dificultades que puedan surgir durante la terapia.
- Fomentar procesos de salud y bienestar psicológico en los distintos ámbitos de aplicación por medio de los métodos propios de la Psicología.

Por otro lado, el Colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología (CoMePPsi) (s. f.) ha diseñado un “Examen Único para Certificación Profesional en Psicología” (EUC-PSI) construido de acuerdo a las competencias básicas que psicólogos profesionales consideran pertinentes para el ejercicio de la profesión.

En la Unión Europea, la certificación *EuroPsy* es una serie de certificaciones que emite la *European Federation of Psychologists’ Association (EFPA)*, cuyo liderazgo reúne a las asociaciones psicológicas más importante del continente Europeo. Existe una certificación llamada *EuroPsy Especialista en Psicoterapia*, la cual es un reconocimiento a “las competencias adecuadas para ejercer profesionalmente y de un modo altamente cualificado en el ámbito de la psicoterapia” (EuroPsy, 2015). El psicólogo portador de tal reconocimiento encuentra cabida en el mercado laboral de cualquier país de la Unión Europea. Para la obtención del documento los aspirantes tienen que cumplir con ciertos requisitos que hablan de las competencias necesarias para cubrir un perfil clínico, continuación se detallan.

1. Formación Básica

- Haber obtenido el grado/licenciatura en psicología
- Tener un Máster o Maestría en alguna rama de la psicología general sanitaria o en relación al ámbito de la salud.

2. Formación Complementaria y especializada en Psicoterapia

- Tener 3 años de formación en psicoterapia que incluya supervisión y práctica supervisada, esto con el fin de saber manejar la implicación personal en los procesos psicoterapéuticos en los que están insertos
- Presentar evidencia complementaria que demuestre que el aspirante se comporta competentemente y actúa con integridad
- Es posible que el comité dictaminador entreviste a pacientes que hayan estado en tratamiento psicológico con el aspirante o que le pidan una videograbación de su desempeño en sesión.

3. Requisitos Cuantitativos

- 150 horas de supervisión
- 500 horas de práctica supervisada
- 400 horas de teoría, metodología y técnica
- 100 horas de psicoterapia personal.

4. Currículo de Formación

- La formación en psicoterapia debe seguir un currículo específico en al menos uno de los principales enfoques cuyo marco teórico debe ser científicamente reconocido y abierto a la investigación.
- El enfoque bajo el cual se formó el aspirante debe poseer dentro de su *cuerpo teórico* conocimientos sustentados con evidencia y que expliquen el desarrollo psicológico, el cambio y la generación de psicopatología
- El enfoque tiene que estar asociado a una teoría que posea estrategias de intervención.

Específicamente en el área de terapia cognitiva existe un organismo llamado *The Cognitive Therapy Academy* (CTA) surgió en 1966 como una organización para el beneficio de los profesionales de la salud mental y el público el general. Su propósito fundamental es evaluar la competencia de los terapeutas cognitivos y certificarlos en el enfoque psicoterapéutico. De entre los requisitos que la academia solicita para la emisión de su certificado destacan: poseer un

titulo y licencia para ejercer en cualquier campo de la salud mental (psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería), no estar involucrado en un proceso legal, dos cartas de profesionales que puedan corroborar el trabajo del aspirante en el enfoque. La segunda parte de la aplicación requiere que el candidato demuestre sus competencias en psicoterapia cognitiva para ello se le pide describa el entrenamiento que siguió, escribir la formulación de un caso clínico con historia clínica completa y diagnóstico, terminando con el envío de una grabación de audio de una sesión la cual es evaluada con la *Cognitive Therapy Scale (CTS)*. Así mismo es necesario que el psicólogo haya tenido al menos la experiencia de tratar a 10 pacientes, un mínimo de 40 horas de entrenamiento clínico y de 10 horas de supervisión (Dobson, Beck y Beck, 2005).

Con base en la revisión de estas certificaciones se puede observar que todas precisan de cubrir algún requisito en particular, como completar una formación, aprobar un examen, ser calificado como certificación *EuroPsy* se puede abstraer una idea de interés para el presente estudio, dado que encuentra una gran implicación, como lo es el punto que hace referencia a las competencias del clínico: “el aspirante debe poseer (...) conocimientos sustentados con evidencia”, parece ser que este requisito podría acreditarse con una constancia de horas de práctica, sin embargo el tiempo por sí solo no llega a proveer de datos específicos acerca del desempeño de un psicólogo clínico. Lo que por el contrario implementa la *CTA* es la evaluación de competencias mediante un instrumento de evaluación psicológica. En el capítulo 4 se revisan artículos que de hecho demuestra que el entrenamiento de psicólogos en competencias clínicas influye en un mejor desempeño en sesión.

Antes, se abordarán experiencias de formación de competencias clínicas en educación mediada por tecnología, dado que la muestra de psicólogos que se estudió pertenece a un programa de entrenamiento apoyado por tecnologías de la información y comunicación (TIC). Resulta importante tomar en cuenta la cada vez más evidente inmigración de los formatos tradicionales de educación hacia los que incorporan el uso de estas tecnologías. La formación de competencias de

psicólogos clínicos no se ha opuesto en este avance, es por eso que el siguiente apartado tiene el objetivo de estudiar las experiencias que investigadores han aportado en el sentido de la formación y evaluación con apoyo de TIC.

2.1.1 Formación de competencias clínicas en educación mediada por tecnología.

Dada la penetración tecnológica en todos los campos de la vida humana, incluidos los escenarios de práctica enmarcados en el rubro educativo deben considerar la coyuntura económica que la llamada “Tercera Revolución industrial” causó en el mundo. Dicho sea de paso, a partir de este acontecimiento histórico el paradigma económico cambió: las grandes extensiones de tierra , cruciales para modelos como el feudalista o el industrial, ahora importaban si es que en ellas se podían construir instalaciones computacionales, los recursos naturales, aunque claro continuaron siendo importantes, cambiaron por los datos, la información. Esta revolución propició el intercambio de objetos por el intercambio de información, la gestión de la información pasa a ser vital en los procesos económicos (Enríquez, 2000).

Una consecuencia cultural adyacente a dicho marco económico se describe por De la Rosa-Gómez, González-Pérez, Rueda-Trejo y Rivera-Baños (2017) como el surgimiento de la “Sociedad Red”, que se refiere al paso de la cultura material a una cultura digital, donde la información no es más impresa y comienza difundirse por diversos medios digitales. Hay un impacto positivo de la sociedad red en la educación superior ya que la apropiación de escenarios virtuales y el aprovechamiento de las tecnologías de la información y la comunicación, en conjunto, son herramientas que apoyan la formación de los alumnos.

Incluso la virtualidad y el uso de las *tecnologías de la información y comunicación* (TIC) ha ido más allá de los límites físicos de las instituciones de educación superior para instalarse, en la práctica profesional de los servicios de salud (De la Rosa-Gómez, González-Pérez, Rueda-Trejo y Rivera-Baños, 2017).

Se ha acuñado el término de *telesalud* a los esfuerzos por monitorear y mejorar el estado de salud de las personas mediante el apoyo de las TIC (Botella et al., 2007). La llamada *telepsicología* forma parte de esta innovación tecnológica, es empleada mayormente por psicólogos clínicos y consiste en llevar a cabo un tratamiento a distancia con un contacto virtual, casi siempre con el empleo de algún *software* de telecomunicación (proceso mediado tecnológicamente), que sustituye al contacto físico, y facilita la intermediación social (Domínguez, 2011; González-Peña, Torres, del Barrio y Olmedo, 2017).

El uso de las nuevas tecnologías tiene la bondad de ser aplicable a otros rubros de las actividades humanas, según la creatividad lo permita. La educación no ha sido la excepción en esta modernización, actualmente existen programas de educación a distancia que se dedican a formar profesionales en una amplia gama de ocupaciones. Incluso hay una tendencia de los educadores hacia el diseño, y aprovechamiento de ambientes virtuales y herramientas tecnológicas para la formación de competencias.

Con el fin de vincular contenidos teóricos con la práctica, evaluar y formar competencias clínicas en trabajadores sociales y psicólogos Washburn, Parrish y Bordnick (2017) utilizaron un *software* desarrollado por el *University of Southern California Institute for Creative Technologies* en el cual se han diseñado seis pacientes humanos virtuales programados para reproducir fielmente un encuentro clínico, pueden interactuar con los estudiantes en formación siguiendo congruentemente antecedentes, historias y síntomas. Este método reduce los desafíos que representa la planeación y logística que resulta de establecer sesiones de *role playing* con actores humanos reales. Después de un entrenamiento de tres semanas, el grupo que se entrenó con pacientes virtuales mejoró significativamente su desempeño en la precisión con la que elaboraban sus diagnósticos frente al grupo que entrenó con actores humanos reales. Ambos grupos mejoraron en el rubro de autoeficacia.

Otro ejemplo más acerca de la formación de competencias de terapeutas y la participación de tecnologías de la información y comunicación es la *Telehealth Counseling Clinic (TCC)*, de la *Texas A & M University*. En esta clínica se forman psicólogos clínicos que atienden a personas de las poblaciones rurales de Texas a través de un *software* de telecomunicación. Para evaluar los resultados de la capacitación de la TCC, se envió una encuesta a los estudiantes de prácticas anteriores y actuales. De ellos 88% reportaron que su práctica resultó benéfica en su capacidad para trabajar con problemas crónicos de salud mental. En suma, el 75% estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en que el TCC capacitó para trabajar competentemente en el ambiente deseado por ellos (McCorda, Saenz, Armstrong y Elliott, 2015).

En México, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala existe el Centro de Atención Psicológica y Educativa a Distancia (CAPED), que permite una estancia de práctica supervisada dirigida a estudiantes de los últimos semestres (7°, 8° y 9°) de la carrera de psicología en modalidad en línea, así como pasantes con un máximo de un año de egresados, tengan la oportunidad de iniciar o continuar la puesta en práctica de sus habilidades y conocimientos profesionales con el acompañamiento de las actividades bajo supervisión. El propósito principal del programa es formar consejeros clínicos y orientadores educativos, desarrollando habilidades clínicas y/o educativas para conducir una intervención en la modalidad a distancia con la incorporación de tecnologías de la información.

Se reportó por De la Rosa-Gómez, González-Pérez, Rueda-Trejo y Rivera-Baños (2017) una investigación que se llevó a cabo en el CAPED donde se detectó la necesidad de evaluar objetivamente mediante la *Cognitive Therapy Scale (CTS)* (Young y Beck, 1980) las competencias profesionales que los consejeros que participan en el centro (N = 6) desarrollan tras su experiencia como psicoterapeutas en formación (6 meses). Los resultados de la evaluación muestran cambios estadísticamente significativos en el nivel de competencia de los consejeros antes y después de su formación en el CAPED según la prueba de

suma de rangos de Wilcoxon ($p = 0.027$). En este sentido la mejora en el nivel de competencia para ejecutar una sesión clínica se puede atribuir a la capacitación y a la práctica supervisada que recibieron los consejeros a lo largo de su estancia en el centro. En contraste, el estudio de Lane-Herman (2012) detectó cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones de la *CTS* de un grupo control y otro grupo que asistió a una capacitación en habilidades para psicoterapia cognitivo conductual de 7 horas de duración ($n=6$), parece que la escala podría detectar cambios entre grupos si se eleva el número de la muestra estudiada.

Algunos otros investigadores como Kobak, Craske, Rose y Wolitsky-Taylor (2013) del *Center for Telepsychology*, en Wisconsin y de la *University of California* han diseñado un programa multimedia de entrenamiento cien por ciento ambientado en la *Web* para mejorar la accesibilidad y la difusión de las intervenciones basadas en evidencia, dicho sea de paso, tarea prioritaria para la *APA*. El programa de entrenamiento se compone de 1) un tutorial multimedia, en línea, cuyo contenido abarca teoría y práctica de terapia cognitivo conductual para el tratamiento de trastornos de ansiedad. 2) Un entrenamiento aplicado bajo el uso de videoconferencia, en donde entrenador y estudiante se encuentran para realizar una sesión de *role playing*: el primero de ellos representa a un paciente, mientras que el estudiante debe guiar una sesión de terapia cognitivo conductual (TCC) con su “paciente”. El entrenador aprovecha este recurso didáctico para dar retroalimentación al estudiante antes o después de la sesión de *role playing*.

Los investigadores encontraron diferencias significativas entre los conocimientos acerca de la TCC y los trastornos de ansiedad antes y después del entrenamiento, así mismo reportan cambios estadísticamente significativos en las habilidades clínicas: $t(21) = 3.86, p=.001$, evaluadas con la *Yale Adherence and Competence Scale* (YACS) de Carroll et al. (2000) para medir la adherencia y competencias del terapeuta. Los terapeutas pasaron en promedio, de un nivel de competencia “aceptable” ubicado ligeramente por debajo del nivel promedio de competencia, a un punto medio entre el nivel “adecuado” y el nivel “bueno”, es

decir, ligeramente mejor que el desempeño de un psicólogo clínico promedio (Kobak et al., 2013).

Finalmente, señalar que se ha incorporado la revisión de la telepsicología y los ambientes virtuales en virtud de que se desea explorar la confiabilidad y validez del instrumento estudiando a una muestra de estudiantes que se forman para ser psicólogos clínicos en el CAPED de FESI, que como se ha comentado es un centro de formación y de apoyo psicológico innovador que incorpora las TIC para llevar a cabo sus actividades de asesoría (<http://caped.iztacala.unam.mx/>). En el capítulo que a continuación comienza se revisan los métodos empleados para calcular la confiabilidad y validez de los instrumentos de medición en general.

Evaluación psicológica y propiedades psicométricas de los instrumentos de medición

3.1 Evaluación psicológica

Históricamente, uno de los objetivos de la psicología es el estudio de las diferencias individuales y el desarrollo de métodos que permitan a la disciplina, precisamente, estimarlas cuantitativa y cualitativamente. Este campo se ha nombrado evaluación psicológica que, según González (2007) es una disciplina de la psicología que se ocupa de la medición de ciertas características del comportamiento humano. Más ampliamente Aragón (2004) afirma que:

La evaluación psicológica (...) se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento de un sujeto o grupo de sujetos humanos, a los niveles de complejidad que se estime oportunos (motor, fisiológico, cognitivo), con distintos objetivos básicos y aplicados (detección, descripción, diagnóstico, selección, orientación, predicción, explicación, intervención, cambio, valoración, investigación), a través de un proceso de toma de decisiones en el que se conjuntan, utilizan y aplican una serie de dispositivos, tests y técnicas de medida y/o evaluación. (p. 25)

Para Garaigordobil (1998) un proceso de evaluación psicológica requiere de tres condiciones: (1) determinar un objetivo por el cual realizar el proceso de evaluación dentro de un contexto, esto requerirá de un evaluador, un sujeto o grupo a ser evaluado, una técnica o procedimiento de medida y una interpretación de los valores obtenidos. (2) La existencia de un marco teórico que permita la contrastación de las hipótesis, previamente planteadas a la evaluación y finalmente (3) se requiere de un sistema de categorías que permita la clasificación del evaluado a la luz de sus resultados en las pruebas o tests psicológicos.

Para cumplir sus objetivos de descripción, explicación y pronóstico de los fenómenos que estudia toda ciencia empírica precisa de la medición de estas variables. En este sentido la medida es esencial en la producción de conocimiento científico (Aragón, 2004). La medición se refiere a la asignación de valores numéricos a objetos y eventos, de acuerdo a reglas establecidas matemáticamente (Kerlinger y Lee, 2002). En psicología, lo que se mide son “atributos de conducta” (Aragón, 2004). En este sentido, la psicología intenta investigar, a través de la medición, qué tanto de atributo psicológico existe en un objeto de estudio (Gil, 2004).

Antes de comenzar la medición un investigador, o desarrollador de instrumentos de evaluación necesita delimitar aquel atributo psicológico que desea estudiar, a este proceso se le llama “definir el constructo”. Un constructo es un concepto con valor científico, los científicos se esfuerzan por definirlo de tal manera que pueda ser observado y medido. Más formalmente, un constructo es una abstracción razonada inductivamente; esto es, de la generalización de una conducta particular. Por ejemplo, la inteligencia es un constructo elaborado por la psicología a partir de la observación y abstracción de conductas supuestamente inteligentes o no inteligentes (Kerlinger y Lee, 2002). La definición del constructo toma relevancia en la construcción de instrumentos psicológicos porque de esta manera el investigador tendrá más claro qué ítems incluir en su instrumento, en todo caso, los ítems deberían ser abstracciones representativas del atributo psicológico que se pretende medir.

3.2 Confiabilidad y validez de instrumentos de medición psicológica

Como cualquier otra medida, la medida psicológica es falible, es decir, que una medida está sujeta a contener un término de error. Como el resto de ciencias la psicología busca instrumentos que le permitan realizar mediciones precisas, los psicólogos, desde el campo de la psicometría, se han encargado de estimar e incluso reducir el posible error de los instrumentos que utilizan o desarrollan con ayuda de métodos matemáticos. Desde la psicología, se comparte la necesidad

con las demás ciencias, de contar con instrumentos de medición que cumplan con dos requisitos clave: la confiabilidad y validez (Aragón, 2004).

3.2.1 Confiabilidad.

En 1968, el famoso psicómetra Lee Joseph Cronbach decía que un test es objetivo siempre que todos los examinadores asignan el mismo valor a una ejecución determinada (González, 2007). Ciertamente “la confiabilidad se refiere al atributo de consistencia en medición” (Gregory, 2001, p. 93). Así mismo, por ejemplo cuando un investigador requiere evaluar a un sujeto en diferentes ocasiones, sin la intervención deliberada de alguna variable independiente, en este caso, la confiabilidad sería la estabilidad o consistencia de una puntuación, obtenida por esa persona, en diferentes momentos en que se le aplique un mismo instrumento de medición (Anastasi y Urbina, 1998; González, 2007; Hernández, Fernández y Collado, 2014). Para Aragón (2011) la confiabilidad es la exactitud o bien la precisión con la que un instrumento mide un objeto, un sujeto en psicología, en términos psicométricos la confiabilidad se referiría a la ausencia de errores en la medición.

Existen diversos métodos diseñados por los psicómetras para estimar el grado de confiabilidad de un instrumento de medición, es importante destacar que esta estimación no se trata de llegar a saber si se tiene “todo o nada” de confiabilidad, sino más bien se trata de una estimación en gradiente. Es por esto que en la estimación de los coeficientes de confiabilidad normalmente se utilizan coeficientes de correlación como medio para determinar la confiabilidad (Gregory, 2001). Normalmente los valores del coeficiente de confiabilidad oscilarán entre cero (0) y uno (1.00); para obtener la significación del coeficiente se puede seguir la escala que propone Ruíz-Bolívar (1992): 0.01 a 0.20 (muy baja), 0.21 a 0.40 (baja), 0.41 a 0.60 (moderada), 0.61 a 0.80 (alta) y de 0.81 a 1.00 (muy alta). Es decir que entre más cercano sea el coeficiente a uno (1.00), mayor grado de confiabilidad tendrá el instrumento de medición.

Volviendo a los métodos para estimar la confiabilidad, se pueden clasificar de acuerdo a la 1) estabilidad temporal, o 2) consistencia interna de un instrumento, cada categoría poseen métodos distintos para determinar la confiabilidad.

3.2.1.1 Confiabilidad de estabilidad temporal.

Es el grado en que un instrumento aporta los mismos resultados cuando se aplica o pone en práctica el mismo instrumento en más de una ocasión (Barón, 2010). El mismo Cronbach (1951) explica que bajo este método se realiza una correlación entre dos puntajes obtenidos con una misma prueba en dos puntos de tiempo diferentes. En este sentido, el coeficiente proporciona información sobre la estabilidad del atributo en el intervalo de tiempo. A continuación se explican dos métodos para estimar la estabilidad temporal de un instrumento:

3.2.1.1.1 Confiabilidad test-retest.

La confiabilidad test-retest es el método más sencillo para determinar la confiabilidad, consiste en la aplicación de un mismo instrumento dos veces a una misma muestra de sujetos en dos o más ocasiones, bajo condiciones similares, los resultados de las pruebas repetidas son entonces relacionados, esta relación se expresa con el Coeficiente de correlación de Pearson. En caso de que el instrumento sea confiable un investigador bien podría estimar la puntuación que obtendría un sujeto en una segunda aplicación, luego de ver los resultados de la primera aplicación (Barón, 2010; Gregory, 2001).

3.2.1.1.2 Confiabilidad de formas alternas.

La confiabilidad de formas alternas consiste en la elaboración de dos formas (alternas, paralelas o equivalentes) de la misma prueba, estas deben tener el mismo grado de dificultad y poseer contenido similar. El coeficiente de confiabilidad se extrae al aplicar ambas formas a un mismo grupo y relacionar las puntuaciones de las formas entre sí. No obstante este método tiene la desventaja de ser caro, debido a la inversión, tanto de tiempo y dinero, que supone desarrollar dos formas de un mismo instrumento. Además que nunca se podría

saber con certeza si las formas paralelas tienen el mismo nivel de dificultad para evaluar el atributo psicológico deseado (Aragón, 2011; Gregory, 2001).

3.2.1.2 Confiabilidad de consistencia interna.

Es otro atributo de un instrumento relacionado con la confiabilidad, con este método se puede saber si los ítems que componen un instrumento reflejan o miden, entre ellos, el mismo concepto, esto significa que los ítems dentro de la escala correlacionan o , en otras palabras, son complementarios el uno al otro, esto también significa que la escala es unidimensional , es decir que mide un solo concepto (Barón, 2010). La principal ventaja de este método es que requiere una sola administración de la prueba (Ledesma, Molina y Valero, 2002). Hay, según Aragón (2011) dos maneras de obtener la confiabilidad bajo los métodos siguientes:

3.2.1.2.1 División por mitades.

En este método se parte del hecho de que cada mitad es como si fueran dos instrumentos equivalentes, así su aplicación sería como si se realizarán dos pruebas cortas equivalentes. En este punto, se correlacionan los ítems de la mitad del instrumento con los de la otra mitad. Luego se estima el coeficiente de confiabilidad de acuerdo a la fórmula de correlación corregida Spearman-Brown , también se puede hacer el mismo procedimiento para pruebas cuyos ítems son dicotómicos con la prueba de Kuder-Richardson. Es común que este método sea empleado para estimar la confiabilidad de pruebas que miden el funcionamiento intelectual.

3.2.1.2.2 Consistencia interna.

Bajo este método se estima el grado de consistencia entre los ítems individuales de un instrumento por medio del coeficiente alpha de Cronbach. Este coeficiente, además de estimar el grado de confiabilidad en un instrumento, tiene la bondad de identificar qué ítem correlaciona inconsistentemente con el resto de ítems y que

como consecuencia produce un bajo grado de confiabilidad para el resto del instrumento.

3.2.2 Validez.

El valor de un instrumento psicológico de medición se sustenta con base, en primer lugar, a su confiabilidad y en segunda instancia a su validez (Gregory, 2001). La validez se refiere al grado en que un instrumento permite realizar mediciones válidas de acuerdo al objetivo para el cual se construyó (Zamudio, 2017). Es, según Aragón (2004) y González (2007) el grado en que un instrumento de medición mide lo que pretende medir. Por otro lado la validez podría ser definida con respecto a la significación que los resultados obtenidos a partir de un instrumento toman y de la empleabilidad de estos para una toma de decisiones válida, a este respecto Gregory (2001) sintetiza que: “Una prueba es válida al grado en que las inferencias que se realicen a partir de ella sean apropiadas, significativas y útiles” (p.118). En este sentido, un resultado obtenido a partir de un instrumento psicológico toma relevancia después de que el investigador infiere características psicológicas a partir de la interpretación de resultados, no obstante, esta medición sólo será válida en la medida en que cumpla evidencias de validez (Hernández, Baptista y Collado, 2014; Gregory, 2001). Las cuales se han agrupado en tres categorías según Anastasi (1998): validez de constructo, validez de contenido y validez de criterio.

3.2.2.1 Validez de contenido.

Se basa en el análisis detallado del constructo teórico que se pretende medir para determinar si es que el instrumento cuenta con una muestra representativa o abstracta, del área de conducta que se pretende medir (Anastasi y Urbina, 1998). Así por ejemplo una prueba de memoria debería medir no sólo la memoria de trabajo, si no explorar el funcionamiento de la memoria a corto, largo plazo e incluso analizar los procesos de registro, codificación y evocación de la información. Es decir, en conjunto los ítems incluidos en un instrumento de

medición deberían reflejar un dominio de conductas asociadas significativamente (Aragón, 2004; Hernández, Baptista y Collado, 2014).

Cuando se intenta evidenciar la validez de contenido Barón (2010) advierte de no caer en sobregeneralizaciones, es decir, incluir variables o incisos irrelevantes en la muestra total de ítems. El investigador debería abocarse en determinar si es que el instrumento de medición que desarrolla o emplea cuenta con una muestra representativa de las habilidades, conocimientos o conductas que se pretenden medir. Existen técnicas para determinar el grado de validez de contenido, la que es más ampliamente utilizada es el consenso por juicio de expertos a quienes se les pide calificar el contenido del instrumento de medición, en la revisión de Corral (2009) explica algunos métodos para llevar a cabo esta tarea:

3.2.2.1.1 Método de agregados individuales.

Se pide individualmente a cada experto que dé una estimación directa de los ítems del instrumento. Es un método práctico, dado que no es necesario que se reúna a los expertos en un lugar determinado para la discusión del instrumento, esta característica puede ser una ventaja, incluso, para no sesgar el juicio de los expertos entre sus posibles diálogos. Para emplear el método se reclutan al menos tres expertos o jueces para calificar de manera independiente la relevancia, congruencia de los reactivos en relación con el contenido teórico, la claridad en la redacción y lenguaje. Cada experto debe recibir la información escrita suficiente sobre: el propósito de la prueba (objetivos), conceptualización del universo de contenido, tabla de especificaciones o de operacionalización de las variables del estudio. Cada experto recibe un formato para juecear el instrumento de medición, posteriormente se recoge cada formato y se analizan las respuestas de los jueces, de acuerdo al autor los ítems que tienen 100% de coincidencia favorable entre los jueces quedan incluidos en el instrumento, por otro lado los ítems que tengan 100% de coincidencia desfavorable entre los jueces quedan excluidos del instrumento y un último criterio dice que si los ítems que tengan una coincidencia

parcial entre los jueces deben ser revisados, reformulados o sustituidos, si es necesario.

3.2.2.1.2 Técnica de grupo nominal.

Tiene que ver con la estimación subjetiva de las probabilidades de error de los ítems de un instrumento de medición. Para llevar a cabo el método se reúnen entre 8 y 10 expertos en el constructo en el que se basa el instrumento de medición, se les pide califiquen individualmente y sin intercambiar opiniones, sus propias puntuaciones y consideraciones respecto a las probabilidades de error para cada de los ítems. Llegado ese punto los expertos exponen a los demás las puntuaciones y comentarios que asentaron en sus registros, entre el grupo se establecen coincidencias entre puntuaciones y comentarios. Luego se realiza un debate de cada uno de los apartados de ésta. Finalmente, cada experto, individualmente vuelve a hacer una calificación del universo de ítems.

3.2.2.1.3 Método del consenso grupal.

Se cita un grupo pequeño de expertos en un sitio determinado, se comunica al grupo que el objetivo de estimar la pertinencia del universo de ítems del instrumento. El grupo debe llegar a un consenso sobre el juicio de los ítems. No obstante si el grupo no logra un acuerdo, puede intentarse un consenso artificial recogiendo las estimaciones individuales y realizando un proceso estadístico.

3.2.2.2 Validez de criterio.

Es importante comenzar señalando que un criterio es cualquier medida contra la cual se valida una prueba (Gregory, 2001). Consiste en comparar los resultados que arroja un instrumento de medición a la luz de algún otro criterio o instrumento externo que pretende medir lo mismo (Hernández, Baptista y Collado, 2014). Cuando se lleva a cabo dicha comparación y se acepta la hipótesis de que existe una adecuada correlación entre estos dos instrumentos de medición, se diría que la escala tiene validez de criterio. Normalmente el criterio externo ya posee un

grado aceptable de confiabilidad y ha demostrado tener validez (Lamprea y Gómez-Restrepo, 2007).

Para demostrar la validez de criterio el investigador se puede apoyar de comparar los resultados de dos instrumentos “concurrentemente” o sea al mismo tiempo, otro método es evidenciar que los resultados de un instrumento “predicen” una característica, un estado de salud, desempeño, etcétera, a continuación se citan brevemente cada unos de estos métodos:

3.2.2.2.1 Validez de concurrente.

En este método las medidas de criterio se toman casi paralelamente o al mismo tiempo que las puntuaciones de la prueba. En una investigación, la validez concurrente indicaría el grado en que los resultados en una prueba ,de por ejemplo un test de inteligencia, estiman de manera precisa la posición actual de un sujeto en un criterio relacionado, en este caso, la relación del coeficiente intelectual con el nivel de aprovechamiento del sujeto (Gregory, 2001; González, 2007).

3.2.2.2.2 Validez predictiva.

Aragón (2011) señala que lo más importante en la validez de criterio es la capacidad predictiva de un instrumento de medición. A diferencia del método anterior aquí las medidas de criterio se obtienen en el futuro, pueden ser meses o años después de haber obtenido los resultados del instrumento de medición (Gregory, 2001). Por ejemplo para entrar al nivel superior en nuestro país el estudiante debe aprobar un examen general de conocimientos, en este caso los alumnos son seleccionados de acuerdo a la relación que habría entre su buen desempeño en el examen de admisión y su probable futuro exitoso (criterio predictivo). Coinciden Gregory (2001) y Corral (2009) al asegurar que la validez predictiva puede ayudar al investigador a anticipar qué sujetos se encuentran posibilidades tener un desempeño futuro exitoso en una actividad determinada evaluada desde el presente. Según Corral (2009) para determinar la evidencia de

criterio predictivo se aplica una prueba a grupo de personas que ingresan a, por ejemplo, un nuevo empleo o a un programa académico, posteriormente, se mantiene un seguimiento de su desempeño para obtener de cada persona una medida de criterio de éxito específica, finalmente se calculan coeficientes de correlación entre los resultados de las pruebas de ingreso y la medida que se haya elegido como criterio de éxito. La significación se debe interpretar de la siguiente manera: cuanta más alta sea la correlación, mejor será el grado de validez predictiva del instrumento.

3.2.2.3 Validez de constructo.

Al inicio de este capítulo se ha descrito que, en psicología, un constructo es un concepto teórico que se ha definido de acuerdo a una abstracción de conductas supuestamente relacionadas con él, y que fruto de esta definición los investigadores pueden medir y observar una conducta más fácilmente. Al respecto de las pruebas Gregory (2001) dice que aquellas elaboradas para medir un constructo deben estimar la existencia del atributo psicológico logrando inferir los resultados a partir de una muestra limitada de conducta, en este sentido, la validez de constructo “se refiere a la idoneidad de estas inferencias acerca del constructo subyacente” (p. 131). A diferencia de la validez de contenido que representa el grado en que los ítems incluidos en el instrumento de medición son representativos del constructo en la validez de constructo se desea saber si es que estos ítems de verdad y teóricamente son los más adecuados para medir el constructo que se pretende medir. Para estimar la validez de constructo Gregory (2001) asegura que se puede obtener en casi cualquier estudio empírico que investigue las puntuaciones de una prueba en grupos de individuos adecuados. El mismo autor hace una revisión de los métodos mediante los cuales se puede evidenciar la validez de constructo, a continuación se describen los de más relevancia con respecto a los objetivos del presente estudio:

3.2.2.3.1 Homogeneidad de una prueba.

Se conoce también como consistencia interna. Si partimos del hecho de que un instrumento mide un solo constructo los ítems que lo componen deberían arrojar resultados consistentes entre sí. El método estadístico que se utiliza para estimar la homogeneidad es calcular correlaciones de cada ítem con la puntuación total. Estimar la homogeneidad es un primer paso para evidenciar la validez de constructo en una prueba.

3.2.2.3.2 Validez convergente y divergente.

Se dice que hay validez convergente cuando las puntuaciones en un instrumento se correlacionan considerablemente con otras variables o instrumentos que pretenden medir lo mismo. En este sentido una relación positiva entre los resultados de los instrumentos daría como resultado la evidencia de validez de criterio. Por el contrario si la relación fuera de niveles bajos a negativa es probable que el instrumento con el que se comparan los resultados mida otro constructo totalmente diferente, en este caso el instrumento evaluado “diverge” de los resultados con los que se le compara, a esto se le llama validez divergente. En sí demuestra como un instrumento mide diferencialmente un constructo con respecto a un otro instrumento. Por ejemplo se podría esperar que dos pruebas de inteligencia converjan en sus puntuaciones, pero no se esperaría que alguna de las dos correlacione con una prueba de habilidades sociales, por ejemplo, debido a que los constructos de inteligencia y habilidades sociales no son, del todo, compatibles teóricamente.

3.2.2.3.3 Diferencias grupales consistentes con la teoría.

Se puede evidenciar validez de constructo mostrando que personas o grupos con características diferentes obtienen puntuaciones consistentes con lo que han demostrado empíricamente las investigaciones y que forman parte de la teoría. Por ejemplo personas que se les considera saldrían con puntuaciones altas en cierta prueba, debido a que poseen una característica comportamental o de desarrollo relacionado con el constructo que se está midiendo. En el caso del

presente estudio por ejemplo, se podría suponer que la diferencia entre las puntuaciones de la Cognitive Therapy Scale (CTS) entre un grupo de terapeutas “novatos” y un grupo de terapeutas “experimentados” serían diferentes, en virtud de que el grupo novato obtendría puntuaciones más bajas debido a que ha tenido poco o nada de entrenamiento en un escenario de práctica, mientras que el grupo de “experimentados” que ha tenido horas de práctica tendría puntuaciones más altas. Si se descubriera que la hipótesis de investigación es aceptada los datos serían consistentes con lo propuesto por Ballesteros, González y Peña (2010), Esparza y Blum (2010) y Yañez-Galecio (2005), quienes coinciden en que la formación debe estar vinculada con el campo profesional, porque la sola ejercitación académica y la adquisición de conocimientos no garantizan el dominio y de las competencias profesionales.

3.2.2.3.4 Efectos de la intervención consistentes con la teoría.

Se trata de evidenciar la validez de constructo demostrando que el instrumento que se está evaluando es sensible a los cambios que pudiera surtir una intervención diseñada a partir de alguna variable relacionada teóricamente con el constructo que se pretende medir. Así por ejemplo siguiendo con un ejemplo en el sentido de esta investigación se podrían esperar diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la CTS tomadas antes y después de un entrenamiento para la formación de competencias clínicas , esperando que las puntuaciones obtenidas en la segunda evaluación sean significativamente mejores que en la primera, de nuevo estos resultado serían consistentes con lo expuesto por Kobak, Craske, Rose y Wolitsky-Taylor (2013) y más recientemente De la Rosa-Gómez, González-Pérez, Rueda-Trejo y Rivera-Baños (2017).

Para ahondar en las propiedades psicométricas del objeto de estudio de la presente investigación, la Escala de Terapia Cognitiva de Beck, así como en sus bases teóricas y estructura se ha escrito el siguiente capítulo que aporta una perspectiva amplia de la escala y termina de asentar el marco teórico que introduce al método de investigación.

La *Cognitive Therapy Scale* (Escala de Terapia Cognitiva de Beck) como instrumento para la formación y evaluación de competencias clínicas

4.1 Instrumentos para la evaluación de competencias clínicas

Como se ha descrito, entre los esfuerzos de la APA se encuentra la diseminación y entrenamiento de profesionales en tratamientos basados en evidencia, en especial, la psicoterapia cognitivo conductual (TCC), epistemológicamente nutrida por la terapia de conducta y la psicoterapia cognitiva, es un tratamiento que ha demostrado tener evidencias consistentes a lo largo del tiempo (Hoffman, Asmudson y Beck, 2013). De acuerdo con Lane-Herman (2012) la *expertise* del psicólogo clínico, junto con la evidencia empírica del enfoque, permite la mejora de tratamientos para el paciente. Pero, ¿Cómo evaluar si los psicólogos clínicos son competentes bajo este enfoque?, a continuación se hace una breve revisión.

Tabla 2

Instrumentos para la evaluación de competencias clínicas

Autor	Nombre	Objetivo	Tipo	Ítems	Confiabilidad	Validez
Young y Beck (1980)	<i>Cognitive Therapy Scale (CTS)</i>	Evaluar al terapeuta de acuerdo a las competencias que éste posee llevar a cabo una sesión de psicoterapia cognitiva	Escala	11	$\alpha =$ de 0.77 a 0.94	Constructo: Análisis factorial Concurrente: Eficacia en psicoterapia
Carroll et al. (2000)	<i>Yale Adherence and Competence Scale (YACS)</i>	Evaluar adherencia y competencia del terapeuta en la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de abuso de sustancias. Utilizan archivos de audio o video.	Escala	55	$\alpha =$ de 0.80 a 0.95 (adherencia) $\alpha =$ de 0.71 a 0.97 (competencia)	Constructo: Análisis factorial Concurrente: Escalas de alianza terapéutica

Nota: Tabla 2, parte 1.

Autor	Nombre	Método	Tipo	Ítems	Confiabilidad	Validez
Blackburn et al. (2001)	<i>Cognitive Therapy Scale-Revised (CTS-R)</i>	Evaluar al terapeuta de acuerdo a las competencias que éste posee llevar a cabo una sesión de psicoterapia cognitiva.	Escala	12	$\alpha = 0.94$	Concurrente con: Eficacia en psicoterapia
Lane et al. (2005)	<i>Behaviour Change Counselling Index (BECCI)</i>	Evaluar las competencias para dar una sesión de consejería de cambio conductual	Checklist	10	$\alpha =$ de 0.63 a 0.71	Validez de contenido
Schmidt et al. (2018)	<i>Standardized Competence Assessment Rating Scale for Cognitive Therapy (SCAR-CT)</i>	Evaluar la competencia del psicólogo cognitivo mediante 7 escenarios de <i>role playing</i> con casos de pacientes estandarizados.	Escala	7	$\alpha = 0.89$	Concurrente con: Nivel educativo Horas de terapia cara a cara Horas de supervisión Horas de entrenamiento

Nota: Tabla 2, parte 2.

Fuente: Elaboración propia

Después de un proceso de formación o para la obtención un una certificación, los psicólogos encargados realizan un proceso de evaluación para verificar las competencias del psicólogo, en psicología clínica de acuerdo a la revisión teórica de Barletta, Barreto y Costa (2012) principalmente se emplean escalas de autoevaluación, la Escala de Terapia Cognitiva de Beck, cuestionarios sobre los conocimientos en TCC, escalas de adherencia terapéutica, inventario para la supervisión en TCC. Para llevar a cabo estas evaluaciones, salvo en la autoevaluación, el dictaminador o supervisor clínico utiliza alguno de estos instrumentos observando directamente la interacción del terapeuta evaluado en sesión, por ejemplo a través de una cámara de *Gesell*, mediante una grabación de audio, de vídeo o de transcripciones de los diálogos vertidos en sesión.

La revisión de la literatura llevada a cabo en el presente estudio encontró al menos cinco escalas que pueden llevar a cabo este objetivo (ver tabla 2). De ellas 4 son

de tipo escala lo que indica una preferencia de los investigadores en el tema por utilizar un escalamiento para la evaluación de competencias, método del cual carece el *BECCI*. En general, se puede observar que todos los instrumentos cuentan con un grado de confiabilidad que va desde los niveles moderados a los más altos siendo que las escalas *CTS*, *YACS*, y *CTS-R* cuentan con los índices más altos. En cuanto a la validez estas tres escalas cuentan con evidencia de ello. Por el lado del enfoque, todos los instrumentos tienen como base la terapia de conducta o la psicoterapia cognitiva. Para seleccionar la escala que sería estudiada en el presente estudio se tomo en cuenta aquella que contará con confiabilidad, validez, suficiente respaldo en la literatura y que estuviese diseñada de acuerdo al enfoque cognitivo conductual por ser el que más ampliamente ha demostrado su efectividad en estudios empíricos. En este caso, solamente la *YACS* manifestaba evaluar competencias en terapia cognitivo conductual salvo que se elaboro pensando en la atención de pacientes con abuso de sustancias. Siguiendo en el análisis de instrumentos la *SCAR-CT* aunque innovadora recién había comenzado su aparición en la literatura científica en comparación con la *CTS* y *CTS-R* las cuales contaban con una amplia variedad de información. Fue así que se seleccionaron estas últimas escalas, además porque teóricamente comparten un origen epistemológico (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012). Entre otras virtudes los ítems son lo suficientemente flexibles para adaptarlos al enfoque cognitivo conductual, por ejemplo Haddock, et al. (2001) realizaron una versión de la *CTS* para la evaluación de competencias en psicólogos que atienden a pacientes psicóticos, mientras que von Consbrunch, Clark, y Stangier (2012) hicieron lo propio pero específicamente para el tratamiento de fobia social.

4.2 Descripción y propiedades psicométricas de la *CTS*

Precisamente uno de los aspectos que más preocupa a los terapeutas cognitivos es la formación de los terapeutas en el modelo (Caro, 2011). El intento más cercano para resolver dicha inquietud ha sido la *CTS: Cognitive Therapy Scale* (ETC: Escala de Terapia Cognitiva) desarrollada de acuerdo al modelo de Aaron Beck, que pretendía sistematizar y acompañar la formación del terapeuta cognitivo

(Young y Beck, 1980). La escala evalúa al terapeuta de acuerdo a las competencias que este posee para el manejo de aspectos esenciales para la propia práctica cognitiva. Esta escala se puede dividir en dos bloques cada uno con sus ítems específicos: (1) habilidades terapéuticas generales y (2) conceptualización, estrategia y técnica. De esta manera es que el uso general de la escala se ha implementado en los diversos institutos de terapia cognitiva.

En relación a las propiedades psicométricas de la CTS, en especial, en lo que respecta a la confiabilidad Dobson, Shaw y Vallis (1985), exploraron la consistencia interna de la escala encontrando que la escala es muy homogénea ($\alpha = .95$). Por su parte Vallis, Shaw, Brian, y Dobson, (1986) evaluaron a una muestra psicoterapeutas experimentados ($N = 9$) por expertos en terapia cognitiva encontrando en los análisis de las propiedades psicométricas de la ETC intercorrelaciones ítem-ítem y correlaciones ítem-total que oscilaron entre .77 a .94. Para contrarrestar los posibles sesgos en la evaluación de competencias con el empleo de la ETC Schmidt et al. (2018) estudiaron el acuerdo entre jueces para establecer los comportamientos que el evaluador debe tomar en cuenta para calificar cada ítem de la escala, encontrando un acuerdo moderado entre 8 expertos con más de 20 años en terapia cognitiva lo que significa que existen diferencias en la comprensión que los evaluadores tienen sobre los aspectos que deben evaluar en la CTS. En el estudio de Lane-Herman (2012) no se detectaron cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones de la CTS de un grupo control y otro grupo ($n=6$) que asistió a una capacitación en habilidades para psicoterapia cognitivo conductual de 7 horas de duración, parece que la escala podría detectar cambios entre grupos si se eleva el número de la muestra estudiada.

En esta misma línea, Blackburn et al. (2001) realizaron una revisión de la dos versiones de la CTS (Young y Beck, 1980; 1988) en un trabajo conjunto entre el *Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Centre* y la *University of Newcastle upon Tyne*, en Reino Unido. Fue así que desarrollaron la CTS-R:

Cognitive Therapy Scale – Revised (Escala de Terapia Cognitiva – Revisada). Esta versión, tal y como sus antecesoras, pretende medir la competencia clínica que consistiría en la adherencia a los métodos de la terapia cognitiva y en las habilidades terapéuticas panteóricas, es decir habilidades terapéuticas comunes a otros modelos de psicoterapia. Los resultados fueron prometedores sobre todo en relación a la consistencia interna para ello se le pidió a un grupo jueces evaluar diferentes videos del desempeño de una muestra de psicólogos en formación en 4 oportunidades, obteniendo coeficientes alpha de 0.92, 0.95, 0.97, y 0.95. Utilizaron una versión de 14 ítems de los cuales 2 de ellos (carisma, y lenguaje no verbal) fueron incluidos en el ítem llamado “efectividad interpersonal” (Blackburn et al., 2001). El estudio de Kazantzis et al. (2012) se encontró que tanto la *CTS* original y la *CTS-R* tenían una confiabilidad interna comparable así como que ambas escalas podían predecir la reducción de síntomas de depresión.

4.3 Relación entre nivel de competencia medido con la *CTS* y eficacia de la psicoterapia

Se han realizado investigaciones que demuestran la asociación de variables como la efectividad terapéutica junto con el nivel de competencia para ejecutar una sesión clínica (Shaw, 1984). En este sentido, Yáñez-Galecio (2005) define a las competencias como un atributo psicológico directamente relacionado con el éxito de una tarea. Más recientemente, la revisión de McManus, Rakovshik, Kennerley, Fennell, y Westbrook (2012) confirma que el ser competente en la consulta clínica tiene una relación positiva con la mejora de los pacientes.

Incluso Shaw y Wilson-Smith (1988) la utilizaron como test de aptitud para seleccionar terapeutas que son candidatos para ser formados en terapia cognitiva. A continuación se presentan algunos estudios que incorporan la *CTS* como instrumento de evaluación la mayor parte de ellos se han realizado con la participación de psicólogos en formación matriculados en instituciones de

educación superior, es común que se utilice también para el entrenamiento de psiquiatras y trabajadores sociales.

En el estudio de Shaw et al. (1999) se encontró relación entre el nivel de competencia de los terapeutas en terapia cognitiva con la eficacia de tratamientos cognitivo-conductuales en pacientes con trastorno depresivo mayor. Los resultados proporcionan cierto apoyo a la relación de competencia terapéutica (evaluada por medio de la *CTS*) para la reducción de la sintomatología depresiva. Al respecto, llama la atención que el componente de competencia que mostró mayor grado asociación con el resultado de la intervención es un ítem que refleja la capacidad del terapeuta para estructurar el tratamiento. El entrenamiento en terapia cognitivo conductual (TCC) de llevado a cabo por Simons et al. (2010) demostró que los terapeutas aumentaron su competencia de acuerdo a los cambios vistos en sus evaluaciones con la *CTS*, los cambios se mantuvieron incluso a los 12 meses. Así mismo pacientes atendidos por los terapeutas en entrenamiento mostraron mejoras en sus síntomas de depresión y ansiedad.

En psicoterapia cognitiva el trabajo en sesión se desarrolla colaborativamente entre el terapeuta y paciente (Beck, 1995). Sin embargo, aunque la participación del paciente es muy importante también es verdad que existen variables asociadas directamente al desempeño del terapeuta que pudieran predecir el éxito de la psicoterapia. Por ejemplo Barlow et al. (2011) incluyen al inicio de su protocolo de intervención transdignóstica una sesión cuyo objetivo es transmitir al paciente la importancia de realizar registros, ejercicios y tareas en casa, puesto que estas actividades están relacionadas al éxito del tratamiento. En un estudio llevado a cabo por Bryan, Simons, y Thase (1999) que utilizó la *CTS* como instrumento de evaluación se demostró que el acto de revisión de tareas en sesión podría predecir moderadamente el cumplimiento de estas por parte de los pacientes; la variable dependiente también se relaciono positivamente con los puntajes de sus habilidades terapéuticas generales.

Por su parte, Waltman, Hall, McFarr, Beck y Creed (2017) diseñaron una encuesta para entrenadores basada en los ítems que califica la *CTS*, para saber cuáles son los elementos de la terapia cognitiva que se dificultan a un grupo de terapeutas en entrenamiento ($n=27$) poner en práctica durante las sesiones. Se encontró que los participantes tenían dificultades en 1) el planteamiento de la agenda (90.5%) en cuanto a no saber cómo interrumpir al paciente para establecer el orden del día sin perder el flujo de la conversación, se observó que terapeutas noveles tenían suposiciones negativas acerca de interrumpir a los pacientes. 2) retroalimentación (76.2%) se observaron dificultades para evaluar la comprensión del paciente acerca del contenido visto en sesión, los terapeutas frecuentemente se limitaban a preguntar ¿Cómo ha estado la sesión? , cuando este elemento debe ser constante a lo largo de la sesión para verificar el aprendizaje. 3) Descubrimiento guiado, en el 100 % de los casos los entrenadores observaron dificultades entre los terapeutas para llevar a cabo este elemento, los terapeutas suelen dar consejos o dicen a los pacientes cómo deberían pensar.

Los datos acerca de la relación entre competencia clínica y eficacia psicoterapéutica son sin duda de los más importantes que este tipo de investigaciones han arrojado y de los cuales se pueden obtener beneficios, principalmente para mejorar los índices de éxito de las intervenciones, puesto que ahora, se entendería que no está por demás esforzarse por diseñar métodos e instrumentos que permitan la evaluación y formación de las competencias clínicas en etapas de formación e incluso práctica profesional. Ya que, como comunican McManus et al. (2012) los estudios que evalúan las competencias clínicas se han realizado entre la población de psicólogos en centros de formación sometidos a entrenamiento y supervisión constante, por el contrario, no es común que psicólogos que realizan habitualmente su práctica privada acudan a supervisión, mucho más, que se sometan a evaluación. Es por esto que los autores proponen que estos profesionales puedan autoevaluarse con ayuda de la *CTS*, para ello han determinado la precisión de las autoevaluaciones y que tanta relación existe entre las evaluaciones hechas por supervisores y autoevaluaciones del los terapeutas

sobre su propio desempeño. Se encontró que en las autoevaluaciones los terapeutas tienden a subestimar sus habilidades, ya que tienden a ser más bajas que las que reportan sus supervisores. Las relaciones entre autoevaluaciones y evaluaciones realizadas por supervisores son de moderadas a muy bajas $r=.62$ a $r=.11$, $p < .05$. Estos resultados mostrarían que no son del todo precisas las autoevaluaciones y demuestra la necesidad de la participación de supervisores calificados, para la formación de terapeutas.

4.4 Estructura y bases teóricas de la CTS

La ETC-R se conforma por 12 ítems que califican la competencia del terapeuta evaluado, en contraste con las versiones anteriores de la CTS que contenían 13 (Young y Beck, 1980) o bien 11 ítems respectivamente (Young y Beck, 1988). Los 12 ítems de la CTS-R evalúan una dimensión de la ejecución de la terapia cognitiva, a saber:

1. Agenda

La agenda ayuda a asegurar que los temas más importantes de la sesión sean tratados en tiempo y forma. La terapia cognitiva es relativamente breve, en este sentido el tiempo disponible para cada sesión debe ser utilizado con prudencia. Al comienzo de cada sesión, el terapeuta y el paciente establecen juntos una agenda con los problemas específicos en los que trabajarán durante cada sesión. Así mismo la agenda debe revisar los elementos de la sesión o las sesiones anteriores, en particular, la revisión de tareas. Si se llegara a cambiar el orden del día debido a una nueva cuestión importante que surge por parte del paciente, la desviación de la agenda debe ser explícita.

2. Retroalimentación (*feedback*)

La retroalimentación es la cualidad dentro del proceso de comunicación que permite mantener la comunicación activa, entre receptor y emisor, y que promueve

que ambos participantes modifiquen o afirmen conductas o pensamientos de acuerdo al intercambio de mensajes. La retroalimentación debe ocurrir a intervalos regulares y es particularmente importante al final de la sesión de terapia. Ayuda a enfocar al paciente sobre las principales cuestiones terapéuticas, por sobre las vagas e irrelevantes. Así mismo ayuda a que ambos actores tengan una misma comprensión de los problemas y preocupaciones. Obtener retroalimentación asegura que el paciente entiende las intervenciones, las formulaciones y líneas de razonamiento del terapeuta. También permite al paciente expresar sus reacciones con respecto al trabajo terapéutico.

3. Colaboración

Es el trabajo en equipo (entre terapeuta y paciente) a lo largo de la sesión enfocado al cumplimiento de los objetivos acordados en la agenda. El trabajo terapéutico en equipo es una característica fundamental de la terapia cognitiva.

4. Uso efectivo del tiempo

El terapeuta debe hacer uso óptimo del tiempo en concordancia con el orden del día que se ha fijado en la agenda. El terapeuta debe mantener el control sobre la terapia, limitar discusiones periféricas, interrumpir diálogos no productivos para los objetivos de la agenda y llevar el ritmo de la sesión apropiadamente.

5. Eficacia Interpersonal

El terapeuta cognitivo debe mostrar niveles óptimos de amabilidad, preocupación, autenticidad, confianza y profesionalismo. La eficacia interpersonal es también la capacidad del terapeuta para construir una buena relación con el paciente, que es considerada crucial para llevar el tratamiento. De hecho, para que el paciente sea capaz de revelar información personal, tiene que tener confianza en su terapeuta.

6. Expresión emocional

Es la capacidad del terapeuta para tratar efectivamente con el contenido emocional que el paciente exprese durante la sesión. El terapeuta debe ser capaz

de aumentar o reducir el ambiente emocional de una sesión a través tanto de su comportamiento verbal y no verbal. El terapeuta debe ser capaz de utilizar las emociones del paciente a su favor para promover el cambio terapéutico. En este ítem se trata de calificar el grado en que el terapeuta es capaz de crear las circunstancias por para facilitar la expresión emocional y luego utilizarla de manera efectiva.

7. Enfoque en cogniciones clave

La terapia cognitiva hace hincapié en el papel de las cogniciones y las emociones asociadas con ellos en la génesis y mantenimiento de una serie de trastornos psiquiátricos. Este ítem califica la capacidad del terapeuta para obtener cogniciones clave que sostienen el malestar del paciente de una manera eficaz. Con el fin de alcanzar una conceptualización correcta del problema que presenta el paciente el terapeuta debe obtener e identificar los pensamientos automáticos, supuestos, comportamientos, etcétera, que subyacen y explican el problema psicológico del paciente. Este análisis de cogniciones y comportamientos específicos es útil al terapeuta para delimitar los objetivos de la intervención.

8. Identificación de comportamientos

Los problemas de conducta se observan frecuentemente en los trastornos psiquiátricos. Se presentan en numerosas formas, por ejemplo fobias, la evitación, compulsiones y diversos tipos de comportamientos que buscan seguridad o que surgieron como maneras adaptativas para hacer frente a problemas pasados o actuales del paciente. En este sentido, es importante que el terapeuta identifique las conductas que intervienen en el mantenimiento de los problemas del paciente.

9. Descubrimiento guiado

El descubrimiento guiado es una de las estrategias básicas de todo psicólogo cognitivo eficaz. Frecuentemente el terapeuta utiliza como técnica la exploración y el cuestionamiento para ayudar al paciente a obtener nuevos puntos de vista o perspectivas en relación a sí mismo y a su problema. Se utiliza a lo largo de las

sesiones con el fin de ayudar al paciente a ganar comprensión acerca de su problema. El descubrimiento guiado se basa en los principios del diálogo socrático, utilizando un estilo de interrogación para promover el descubrimiento, y para explorar conceptos, sintetizar ideas y desarrollar hipótesis acerca de los problemas y experiencias del paciente.

10. Integración conceptual

La integración conceptual se refiere a conceptualización que el terapeuta hace del motivo de consulta del paciente de tal manera que dicha integración mejore la comprensión que el paciente tiene acerca de su propio problema y se facilite el cambio terapéutico. A través de la conceptualización que el paciente va a ganar una comprensión de los fundamentos cognitivos de su trastorno, así como de características subyacentes que lo mantienen y desencadenan. Es importante destacar que, el paciente también debe obtener una comprensión de la eficacia relativa de las estrategias tratamiento que actualmente se utilizan con el fin de tratar el problema.

11. Aplicación de métodos para el cambio

Las metodologías y aplicación para el cambio son las estrategias cognitivas y conductuales empleadas por el terapeuta que son coherentes con la lógica cognitiva para promover el cambio terapéutico. La potencia de las técnicas dependerá de si se aplican en la fase adecuada en la terapia, y el grado en que se aplican hábilmente. Es importante tener en cuenta que durante algunas sesiones puede no ser apropiado usar una amplia gama de métodos, en este sentido un evaluador debería tener esto en cuenta cuando califique este ítem.

12. Establecimiento de tareas

El progreso terapéutico es más probable que ocurra cuando los pacientes son capaces de aplicar los conceptos aprendidos en las sesiones de terapia a sus vidas cotidianas. Las tareas son los puentes entre la terapia y el mundo real. Este ítem valora la competencia del terapeuta en el establecimiento de tareas

provechosas para los objetivos de la intervención. Las tareas deben ser "hechas a medida" de las necesidades del paciente. Lo ideal sería probar hipótesis, incorporar nuevas perspectivas, y animar al paciente a experimentar con nuevos comportamientos fuera de la sesión.

La *CTS-R* fue elaborada de acuerdo a dos aportaciones teóricas, incorporadas por los autores, para facilitar la evaluación de las competencias para la práctica de la psicoterapia cognitiva, a saber: el ciclo cognitivo y el Modelo de adquisición de competencias de Dreyfus.

En cuanto al modelo, Dreyfus (2004) detalla la manera en como los adultos desarrollan una competencia, desde esta perspectiva se comienza por ser "novato" y se avanza por 4 niveles de desarrollo hasta llegar a la "expertise". Este modelo es idóneo para acoplarlo a la medición de competencias que requieren ser abordadas desde una perspectiva específicamente técnica, por ejemplo Green (2016) utilizó el modelo para la evaluación y retroalimentación de competencias de residentes de cirugía.



Figura 2. Modelo de adquisición de competencias de Dreyfus adaptado a la *CTS-R*.

Fuente: Blackburn et al. (2001) y Dreyfus (2004)

En el caso de las versiones de la *CTS* lo que se pretende evaluar son también competencias específicas de la técnica cognitiva. Aunque son contextos diferentes de atención de salud, la cirugía y la psicoterapia tienen en común que para llegar a un resultado exitoso es necesario seguir una serie de pasos. El modelo de Dreyfus incorporado a la *CTS-R* se describe en la figura 2, Blackburn et al. (2001) incorporaron un sexto nivel de competencia (“incompetente”) a la escala original de 5 niveles, quedando de la siguiente manera: (1) incompetente, (2) novato, (3) principiante avanzado, (4) competente, (5) competente avanzado y (6) experto.

El siguiente elemento que sustenta teóricamente a la *CTS-R* es el ciclo cognitivo que trata de explicar los métodos de razonamiento que usa la gente, entendiendo que la cognición humana se compone de ciclos en cascada de eventos periódicos cerebrales.

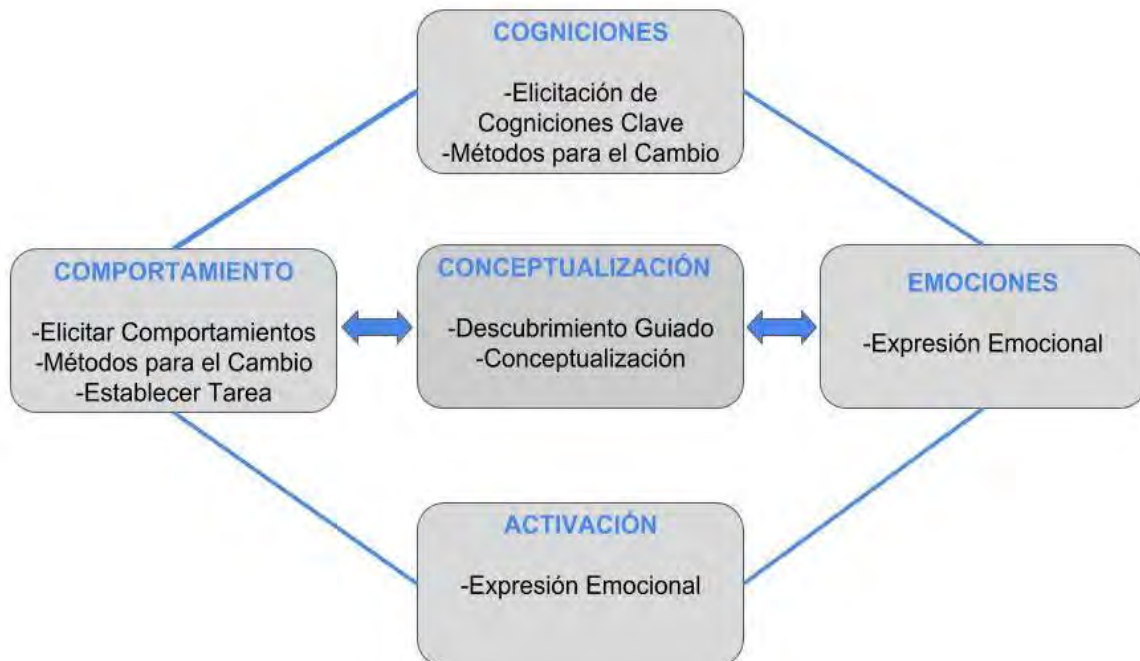


Figura 3. Relación entre la *CTS-R* y el ciclo cognitivo.

Fuente: Blackburn, et al. (2001).

Cada ciclo cognitivo detecta una situación en el ambiente, en seguida, los procesos cognoscitivos del ser humano interpretan el evento con referencia sus objetivos y motivación, para finalmente seleccionar una acción interna o externa de respuesta. Según el modelo LIDA (*Learning Intelligent Distribution Agent*) la percepción, la comprensión y la selección de la acción se denomina un ciclo cognitivo (Blackburn et al., 2001). Un ciclo cognitivo se representa en la figura 3 adaptado a la *CTS-R*.

La conceptualización tiene el fin de mover al paciente de un ciclo disfuncional, dominada por una conceptualización desadaptativa, hacia un comportamiento funcional y adaptativo; para ello el terapeuta debe abordar las cuatro características de relieve en el anillo exterior del rombo: pensamientos, sentimientos, fisiología, comportamiento y planificación. En términos de competencia terapéutica, el terapeuta debe ser experto en animar al paciente a moverse en torno a los puntos del ciclo, utilizando los elementos específicos cognitivos (ítems 6 a 12) para hacer frente a las características. Para facilitar el movimiento suave en todo el ciclo, el terapeuta también debe demostrar competencia en las áreas evaluadas por los elementos restantes de la escala ítems 1 a 5 (adherencia, diálogo, colaboración, el ritmo, la eficacia interpersonal). Por su parte y, no menos importantes, los siguientes ítems facilitan el movimiento alrededor del ciclo: agenda, retroalimentación, colaboración, eficacia interpersonal y uso eficiente del tiempo.

Como se puede constatar, la *CTS* en cualquiera de sus versiones ofrece un instrumento para la evaluación de las competencias específicas de un psicólogo clínico, pero no solamente sirve para establecer el desempeño de un estudiante en entrenamiento sino que gracias a la escala, un supervisor puede tener claridad de hacia dónde orientar a su supervisado, en este caso el proceso de evaluación se vuelve en sí un proceso de formación igualmente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación.

El instrumento que se pretende estudiar en el presente estudio surge por la necesidad de evaluar psicólogos clínicos cognitivo-conductuales de acuerdo a los criterios psicométricos de los instrumentos de medición. Se ha elegido la formación bajo el enfoque cognitivo-conductual debido a que las investigaciones han demostrado a lo largo del tiempo evidencia científica y cuyo cuerpo teórico cubre las especificaciones del *APA* y del certificado *EuroPsy*.

De acuerdo La propiedad psicométrica que sí ha demostrado ser consistente en la ETC es la confiabilidad, encontrando que la escala es muy homogénea. Sin embargo no se cuenta con información suficiente acerca de las evidencias de validez teórica con las que cuenta la *CTS*, en una propuesta en español, se sabe que Beck la desarrolló de acuerdo a su modelo teórico, es decir el universo de ítems que la conforman proviene de la misma experiencia del autor, es frecuente encontrar en el manual de calificación de la escala referencias directas y textuales de los libros de Beck cuando se explica la utilidad o la base en la cual se sustenta cada ítem. De aquí que se pueda inferir que la escala cuenta con validez de contenido, sin embargo, esta sería una inferencia pensada de acuerdo a la trayectoria y la propia *expertise* de Aaron Beck.

Específicamente, la versión en español propuesta en este trabajo no cuenta con datos psicométricos que apoyen la garantía de su utilización, no obstante se podría plantear que si se debe a una traducción simple de la misma *CTS* se deberían encontrar resultados similares a los expuestos. Es así que el interés del presente estudio se centra en incorporar un instrumento en idioma español que permita evaluar y formar psicólogos, ya que, se ha mencionado la ejecución competente de los elementos de la psicoterapia cognitiva se puede relacionar con la eficacia de la psicoterapia, reflejado en los resultados y mejorías del paciente,

consecuencias, por supuesto, de gran interés para la población que requiere de profesionales capacitados en métodos de intervención.

Finalmente, se destaca que el presente estudio encuentra su utilidad en el rubro metodológico de la investigación científica, el cual según Hernández, Baptista y Collado (2014) es el criterio que cumple una investigación que potencialmente puede ayudar a crear un nuevo instrumento para recolección o análisis de datos. Así mismo, los resultados pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes que se encuentren en tratamiento psicológico con algún profesional que se haya formado y evaluado gracias a la potencial guía que podría significar una versión de la ETC en idioma español.

Propósito.

Determinar el grado de confiabilidad interna de una versión en idioma español de la “CTS: Cognitive Therapy Scale” (ETC); así como el grado de validez de contenido y constructo.

Pregunta de investigación.

- ¿Cuál será el grado de confiabilidad y validez de una propuesta en idioma español de la CTS (ETC) para la evaluación de competencias clínicas en psicólogos en formación?

MÉTODO

Estudio 1. Validez de contenido de una propuesta en español de la *Cognitive Therapy Scale*

Propósito.

Determinar el grado de validez de contenido de la propuesta de la *CTS* en español (ETC).

Participantes.

Para este estudio participaron 10 profesores (8 mujeres y 2 hombres) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) con experiencia en psicología clínica con enfoque cognitivo-conductual, de los cuales 6 eran doctores, 3 maestros y un doctorante y que fungieron como expertos para el jueceo de la propuesta en español de la *CTS* (ETC). En el estudio de Rosenbluth, Cruzat-Mandich y Ugarte (2016) se demostró que diez jueces fueron suficientes para una estimación confiable de la validez de contenido.

Instrumentos.

Se utilizó un formato para la validación de instrumentos por jueceo que tiene por objetivo recabar el juicio que los expertos tienen sobre los ítems que componen un instrumento. Para ello los jueces evalúan, si cumple o no, cada uno de los ítems del instrumento con los criterios de pertinencia, redacción, lenguaje y validez teórica. En el anexo 1 se muestra la manera en cómo fue enviado este instrumento a los jueces de acuerdo a los ítems que se deseaban evaluar.

Tipo de estudio.

El alcance de la investigación fue correlacional dado que se estudió la asociación entre el juicio que un panel de expertos emitió acerca de la pertinencia, lenguaje, redacción y validez teórica de un grupo de ítems pertenecientes a un instrumento de medición (Hernández, Baptista y Collado, 2014).

Diseño.

Se empleó un diseño mediante encuesta y de modelo transversal debido a que la recolección de datos se realizó en un sólo momento en el tiempo (Montero y León, 2007).

Hipótesis.

H1: El índice de acuerdo y el coeficiente V de Aiken entre los jueces será superior o igual al 80 % ($V=0.80$) para todos los criterios (pertinencia, redacción, lenguaje y validez).

H0: El índice de acuerdo y el coeficiente V de Aiken entre los jueces será menor al 80 % ($V=0.80$) para todos los criterios (pertinencia, redacción, lenguaje y validez).

Procedimiento.

En primera instancia se construyó el instrumento que sería evaluado por los jueces para ello se hizo la traducción simple de la *Cognitive Therapy Scale (CTS)* de Young y Beck (1980) y la *Cognitive Therapy Scale – Revised (CTS-R)* de Blackburn et al. (2001). Así mismo se revisó la versión traducida del Dr. See-King Emilio Quinto Barrera (disponible en la web, sin datos de edición), de la cual se rescató una serie de ítems que exploran la manera en cómo se desarrollo la sesión, y en especial el ítem de *ejecución general* el cual se toma en cuenta dentro de la sumatoria total para determinar el nivel de competencia del asesor evaluado y términos de la traducción al español. En la tabla 3 se pueden observar los ítems que componen a cada escala y los que fueron seleccionados según su frecuencia histórica para la propuesta final que se envió a los jueces.

Tabla 3*Presencia de ítems por versión de la CTS*

Ítem	CTS Beck	CTS-R	Quinto	ETC
Agenda	x	x	x	x
Retroalimentación	x	x	x	x
Comprensión	x		x	x
Efectividad interpersonal	x	x	x	x
Colaboración	x	x	x	x
Uso efectivo del tiempo	x	x	x	x
Descubrimiento guiado	x	x	x	x
Enfoque en cogniciones clave	x	x	x	x
Estrategia para el cambio	x		x	x
Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales	x	x	x	x
Identificación y planeación de conductas		x	x	
Integración conceptual		x		
Tarea	x	x	x	x
Ejecución General			x	x
Total de Ítems	12	12	12	12

Nota: la letra "x" indica la presencia del ítem dentro de la escala señalada.

Fuente: Elaboración propia.

La propuesta final de la *CTS* en idioma español (ETC) que fue evaluada por los jueces se encuentra en el anexo 1.

Posteriormente se enviaron invitaciones a los expertos para participar como jueces en la evaluación de la propuesta de la ETC, en donde se incluye información acerca de la escala, objetivos e instrucciones para efectuar el jueceo (Anexo 1). Los expertos evaluaron la ETC y reenviaron los resultados, los cuales fueron analizados con el fin de saber que ítems se incorporarían o serían modificadas para el diseño final de la ETC.

Estando en posesión de los resultados enviados por los jueces se siguió el método de validación por contenido según Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez

(2008) quienes establecen que: “Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem este puede ser incorporado al instrumento” (p. 29). Finalmente y de acuerdo a la retroalimentación recibida por los jueces expertos y al criterio expuesto en el punto número 4 se realizó el diseño final de la ETC (Anexo 2).

Estudio 2. Confiabilidad y validez de constructo de una propuesta en español de la *Cognitive Therapy Scale*

Propósito.

- Determinar el grado de confiabilidad interna la propuesta en español de la CTS (ETC) mediante el cálculo del coeficiente *alpha* de Cronbach.
- Determinar el grado de validez de constructo de la propuesta en español de la CTS (ETC) mediante el método de efectos de la intervención consistentes con la teoría.

Participantes.

La muestra se conformó por un total de 31 asesores del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED), de los últimos semestres de la carrera de psicología a distancia (7mo a 9no semestre), y que durante 4 meses efectivos en el semestre 2016-2 brindaron asesoría psicológica a distancia a la comunidad estudiantil del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED).

Entre los asesores se encontraban 26 mujeres y 5 hombres. 3 de ellos eran egresados, 24 seguían estudiando los últimos semestres de la carrera de psicología a distancia, y 4 estaban ya titulados. El grupo contaba con una media de edad de 44.7 años.

Instrumentos.

Se utilizó la propuesta de la CTS (ETC) que previamente se sometió a un jueceo de acuerdo a los criterios de pertinencia, redacción, lenguaje y validez obteniendo porcentajes de aceptación entre los jueces de 98.46%, 88.99%, 86.14%, 89.20%, respectivamente (anexo 2).

Su propósito es evaluar al terapeuta de acuerdo a las competencias que éste posee llevar a cabo una sesión cognitivo conductual. La escala se divide en tres bloques: 1) habilidades terapéuticas generales y 2) conceptualización, estrategia y técnica, (3) calificación general, consideraciones adicionales y comentarios, cada uno de los cuales se compone de ítems específicos.

Los ítems del 1 al 12 y 14, se califican de acuerdo a una escalamiento tipo Likert de 7 grados, basado en el modelo de competencia clínica de Dreyfus (2004), donde 0= Pobre o ausencia de competencia y 6 = Excelente desempeño o competencia.

Los ítems restantes (ítem 13 a 18) tienen como objetivo explorar las condiciones en las que transcurrió la sesión, asignar una calificación general del desempeño del terapeuta evaluado y ofrecer comentarios finales para la mejoría de las competencias del psicólogo evaluado. Este último bloque, junto con el ítem 12, es retomado de la traducción en español de la ETC realizada por el Dr. See King Emilio Quinto. Únicamente el ítem 12 se considera, junto al bloque 1 y 2, para establecer el nivel de competencia del terapeuta evaluado.

La calificación total, que resulta en un nivel de competencia final (de incompetente a experto), se obtiene únicamente por la suma de las puntuaciones del bloque 1 , 2 y el ítem número 12 del bloque 3 que hace referencia al nivel de ejecución general del terapeuta evaluado y es retomado de la versión del Dr. Quinto junto con una serie de ítems que exploran la manera en cómo se desarrollo la sesión para la consideración de la calificación.

Tipo de estudio.

Fue un estudio instrumental debido a que en este tipo de estudios la investigación se enfoca en el desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño (o adaptación) como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos (Montero y León, 2007).

Diseño.

Se empleó un diseño cuasi-experimental, modelo preprueba-posprueba, de un grupo. Es decir se realizaron un par de mediciones, antes y después, de la intervención de la variable de interés, en este caso, la estancia de práctica supervisada (Montero y León, 2007).

Variables.

Variable independiente.

Construcción de la CTS en español (ETC): Método de traducción simple de la CTS de Beck, la CTS-R de Blackburn y la selección de ítems de acuerdo a la frecuencia de aparición de los ítems a lo largo de las versiones históricas de la escala, se incluyó el ítem de ejecución general de la versión en español del Dr. See- King Emilio Quinto Barrera.

Práctica supervisada: Número de horas totales que el asesor clínico del CAPED invirtió en dar asesoría clínica a distancia y en su supervisión.

Variable dependiente.

Confiabilidad de consistencia interna: Propiedad psicométrica de un instrumento que cuyo grado, calculado mediante el coeficiente *alpha* de Cronbach, determina si los ítems que componen el instrumento correlacionan entre ellos para medir un mismo constructo.

Validez de constructo: Capacidad del instrumento para mostrar cambios estadísticamente significativos después de la intervención de una variable relacionada teóricamente al constructo que pretende medir.

Hipótesis.

Hipótesis para consistencia interna.

H1: El grado de confiabilidad será moderado en ETC.

H0: El grado de confiabilidad no será moderado en la ETC.

Hipótesis para validez de constructo.

H1: La ETC será sensible para identificar cambios estadísticamente significativos en el nivel de competencia de los asesores en las medidas pre y post estancia de práctica supervisada.

H0: La ETC no será sensible para identificar cambios estadísticamente significativos en el nivel de competencia de los asesores en las medidas pre y post estancia de práctica supervisada.

Procedimiento.

Los asesores que comenzarían prácticas supervisadas en el CAPED asistieron a una inducción donde recibieron información sobre los antecedentes, fundamentos e implicaciones éticas de la asesoría psicológica vía Internet. También recibieron capacitación en las tecnologías de la información y comunicación que se emplean en el CAPED para dar el servicio de asesoría psicológica a distancia. Así mismo se les entregó una carta compromiso que incluye un consentimiento informado para emplear la información derivada de sus prácticas supervisadas en virtud de la investigación del centro.

Previo a comenzar y finalizar sus prácticas en el CAPED, respectivamente, a cada consejero se le programó una sesión llamada “de simulación” dónde se le pidió ejecutar una sesión de consejería cognitivo-conductual, a distancia mediante un *software* de videoconferencia, con un “paciente-simulador” en un *role-playing*. Con el fin de evaluar el desempeño del asesor en dicha interacción, todas las sesiones “de simulación” fueron videograbadas con un *software* instalado en una computadora del CAPED, desde donde interactuaba el paciente-simulador. Al obtener los videos, se editaron y se subieron al canal de *YouTube* del CAPED, desde donde se compartieron con la plantilla de supervisores clínicos del centro, a quienes se les asignaron videograbaciones al azar para realizar la evaluación del desempeño del terapeuta en sesión, con el empleo de la ETC y siguiendo las recomendaciones del manual de calificación, que se elaboró para este fin (anexo 3).

RESULTADOS

Estudio 1. Validez de contenido de una propuesta en español de la *Cognitive Therapy Scale*

Los jueces evaluaron la ETC no sólo de acuerdo a si cumple o no cada ítem con la validez sino que gracias al instrumento empleado para la validación por jueceo se logró averiguar si los ítems o más bien si las descripciones de nivel de competencia (descripción-guía) que se sugieren en la ETC cumplen con redacción, pertinencia y lenguaje adecuado para ser incorporadas en el instrumento final. El análisis del índice de acuerdo (IA) se elaboró minuciosamente para cada descripción-guía de cada ítem y por cada rubro de calificación, a continuación se presenta como ejemplo una tabla que fue utilizada para este fin.

Tabla 4

Ejemplo del ítem “retroalimentación” utilizada para el análisis del índice de acuerdo

Escala	d-g	P	R	L	V	Parcial	IA (%)
0			I		II	37/40	92.50
1		I	I		I	37/40	92.50
2		I	I		II	36/40	90.00
3			II		I	37/40	92.50
4			II		I	37/40	92.50
5		I	II		I	36/40	90.00
6		I	I		I	37/40	92.50
	Parcial	66/70	60/70	70/70	61/70	Global	91.78
	IA (%)	94.28	85.71	100	87.14	91.78	Global

Nota: descripción guía (d-g), un juez que indica que la d-g NO CUMPLE con el criterio dado (I), pertinencia (P), redacción (R), lenguaje (L), validez (V), índice de acuerdo (IA).

Fuente: Elaboración propia.

De izquierda a derecha y por columnas en la Tabla 4 se indica el valor escalar en la “escala de Dreyfus” para cada descripción-guía propuesta, las letras (I) indican

el número de jueces que dicen que la descripción-guía NO CUMPLE con el criterio descrito, finalmente se calculan las calificaciones parciales de cada descripción-guía (vertical) y su porcentaje de aceptación final, mientras que en horizontal se estima la misma aceptación pero por cada rubro y en una apreciación general del ítem. De esa manera se llega a la casilla “Global” donde se establece el nivel de aceptación que posee cada ítem en general, en este caso hay un 91.78% ($V=0.91$) de acuerdo en general del ítem “Retroalimentación”. Adicionalmente la columna se agregó una columna que se utilizó para, si fuese el caso, agregar una modificación a la descripción-guía según los comentarios y calificación de los expertos.

Procediendo de la manera en cómo se describe anteriormente se presentan los índices para cada uno de los rubros calificados en cada ítem (ítem 1 al 12).

Tabla 5

Índices de concordancia y V de Aiken de cada ítem de acuerdo a cada rubro

#	Ítem	Pertinencia		Redacción		Lenguaje		Validez	
		IA	V	IA	V	IA	V	IA	V
1	Agenda	98.57	0.98	84.28	0.84	84.28	0.84	85.71	0.85
2	Retroalimentación	94.28	0.94	85.71	0.85	100.00	1.00	87.14	0.87
3	Comprensión	94.28	0.94	94.14	0.94	90.00	0.90	81.42	0.81
4	Efectividad interpersonal	98.57	0.98	87.14	0.87	87.14	0.87	90.00	0.90
5	Colaboración	100.00	1.00	92.80	0.92	100.00	1.00	87.14	0.87
6	Tiempo	100.00	1.00	84.28	0.84	95.71	0.95	87.14	0.87
7	Descubrimiento	98.57	0.98	80.00	0.80	100.00	1.00	92.80	0.92
8	Enfoque en cogniciones clave	97.14	0.97	87.14	0.87	95.71	0.95	97.14	0.97
9	Estrategia para el cambio	100.00	1.00	90.00	0.90	94.28	0.94	87.14	0.87
10	Aplicación de TCC	100.00	1.00	90.00	0.90	92.80	0.92	91.42	0.91
11	Tarea	100.00	1.00	98.57	0.98	95.71	0.95	90.00	0.90
12	Calificación General	98.46	0.98	88.99	0.88	86.14	0.86	89.90	0.89

Nota: índice de acuerdo (IA), coeficiente V de Aiken (V). La probabilidad de error para el coeficiente V de Aiken es $p < .001$ para todos los casos. ítem 6 “Uso efectivo del tiempo”, ítem 7 “descubrimiento guiado”, ítem 10 “Aplicación de Técnicas Cognitivo Conductuales”.

Fuente: Elaboración propia.

El coeficiente de correlación V de Aiken se obtuvo de acuerdo a las tablas propuestas por Ecurra (1998) previo cálculo de los índices de acuerdo entre

jueces. La tabla 5 muestra los valores para los índices y el coeficiente calculado para cada rubro evaluado por los jueces en el instrumento empleado para la validación de contenido de la ETC. Los índices van desde el 80% ($V=0.80$) hasta el 100% de acuerdo ($V=1.00$), encontrándose dentro del criterio de aceptación propuesto por Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008), la validez, el rubro de mayor interés, referido a la validez, aventaja ampliamente este criterio para todos los ítems. Lo mismo sucede cuando se promedian las medias globales por cada rubro (ver Tabla 6), es decir, cuando se obtiene un promedio de la pertinencia, redacción, lenguaje y validez de los 12 ítems.

Tabla 6

Índice de acuerdo por cada rubro para todo el instrumento (ítems 1 al 12)

Pertinencia		Redacción		Lenguaje		Validez		Total General	
IA (%)	V	IA (%)	V	IA (%)	V	IA (%)	V	IA (%)	V
98.46	0.98	88.99	0.88	86.14	0.86	89.20	0.89	90.69	0.90

Nota: La probabilidad de error para el coeficiente V de Aiken es $p < .001$ para todos los casos.

Fuente: Elaboración propia.

El índice más sobresaliente es la pertinencia del instrumento para la evaluación del desempeño del terapeuta en sesión. Los índices de redacción y lenguaje fueron los más bajos, no obstante se encuentran dentro del rango aceptación. La validez resulta tener un 89.20% ($V=0.89$) de aprobación global (ítems 1 a 12) de acuerdo a las evaluaciones de los expertos, en este sentido, se puede concluir que la ETC estudiada en este estudio ha demostrado poseer un alto grado de validez de contenido, lo que indica que según el juicio de expertos este instrumento está formado por una muestra de ítems suficiente para evaluar el desempeño de un terapeuta en psicoterapia.

Estudio 2. Confiabilidad y validez de constructo de una propuesta en español de la *Cognitive Therapy Scale*

En este estudio participaron un total de 31 asesores del CAPED. De los cuales 26 eran mujeres y 5 eran hombres. De entre el total de asesores de 3 ellos eran egresados, 24 seguían estudiando los últimos semestres de la carrera, y 4 se

encontraban ya titulados. El grupo contaba con una media de 44.7 años de edad, durante el periodo en que se realizó el estudio. Los asesores, en conjunto, cumplieron con un total de 1352 horas de práctica supervisada, con media de 43.61 horas por persona ($DE = 12.08$), y un rango de 23 horas a 58 horas.

Consistencia Interna.

Para determinar la confiabilidad interna de la escala se calculó el coeficiente *alpha* de Cronbach con los resultados pre y post de los 31 asesores en formación evaluados con los 12 ítems de los cuales se obtiene la calificación total de la escala. Se obtuvo un coeficiente de $\alpha = 0.951$ en la medición pre y $\alpha = .957$ en la medición post, es decir, en ambos casos hay un grado de confiabilidad interna alto y consistente (ver Tabla 7).

Tabla 7

Correlaciones elemento-total para cada ítem y coeficiente α para las medidas pre y post.

Ítem	Correlación elemento-total		α	
	Pre	Post	Pre	Post
1. Agenda	.791	.791		
2. Retroalimentación	.665	.844		
3. Comprensión	.806	.852		
4. Efectividad Interpersonal	.839	.736		
5. Colaboración	.680	.926		
6. Uso Efectivo del Tiempo	.766	.739	.951	.957
7. Descubrimiento Guiado	.887	.831		
8. Enfoque en cogniciones clave	.753	.782		
9. Estrategia para el cambio	.811	.879		
10. Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales	.748	.670		
11. Tarea	.692	.668		
12. Ejecución General	.812	.866		

Fuente: Elaboración propia.

Las correlaciones elemento-total tienen grados de confiabilidad moderados a altos el siendo el ítem “Tarea” el que tiene la correlación más baja (.692 y .668, pre y post respectivamente), mientras que el elemento “Descubrimiento Guiado” es el de más alto grado de correlación (.887 y .831 pre y post respectivamente). En general los datos indican que la escala puede ser un instrumento fiable cuando se pretende evaluar las competencias clínicas de psicólogos en formación.

Validez de Constructo.

Siguiendo el diseño no experimental de preprueba-posprueba, de un grupo. Se realizaron un par de mediciones con la ETC, antes y después, del periodo en el que los asesores realizaron su estancia de prácticas supervisadas en el CAPED.

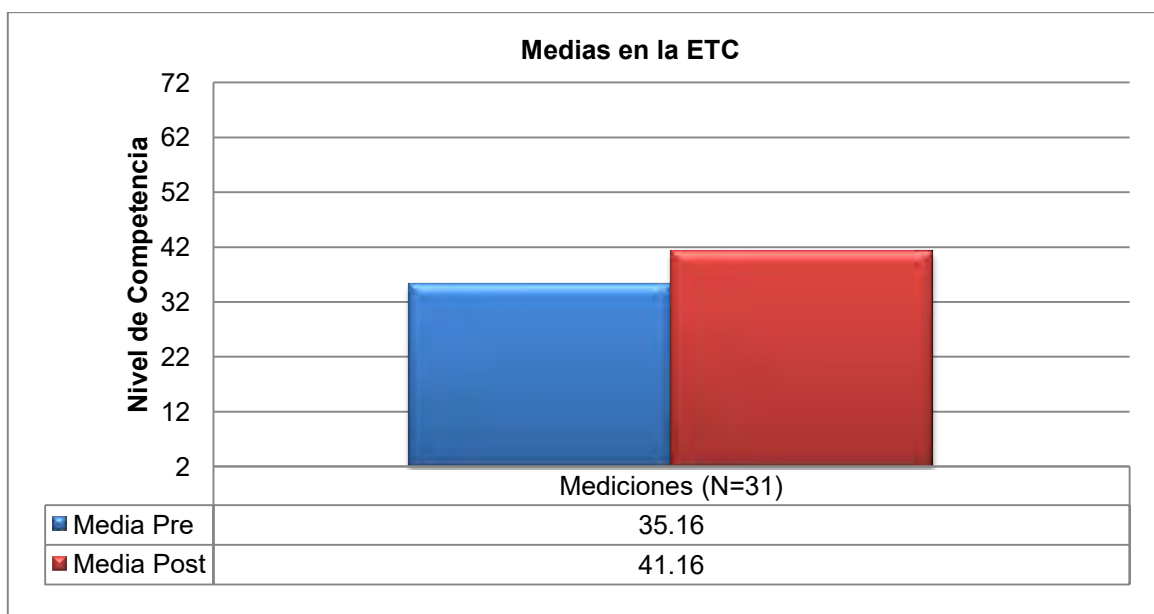


Figura 4. Medias de las medidas pre y post practica supervisada en el CAPED, 72 es la puntuación máxima que puede obtener un asesor evaluado mediante la ETC.

Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la medición pre estancia de práctica supervisada señalan una media grupal ($N=31$) de $\bar{X} = 35.16$ ($DE=12.12$) en el puntaje total obtenido en la ETC, cuyo resultado numérico corresponde al nivel de competencia denominado “principiante avanzado”, es decir, un desempeño con competencias evidentes, pero con problemas frecuentes y falta de consistencia a lo largo de la sesión.

Por otro lado, los resultados de la medición post estancia de práctica supervisada señalan una media grupal ($N=31$) de $\bar{X} = 41.16$ ($DE = 12.40$) en el puntaje total obtenido en la ETC, cuyo resultado numérico corresponde al nivel de competencia denominado “competente”, es decir, un desempeño adecuado, con una menor frecuencia de problemas y/o inconsistencias a lo largo de la sesión en

comparación con los errores que se podrían observar el nivel precedente “principiante avanzado”.

Teniendo dos mediciones para un grupo relacionado y considerando el número de la muestra se aplicó la prueba no paramétrica *T* de *Wilcoxon* ($Z = -2.428$, $p < 0.05$) mediante la cual se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de las dos mediciones, lo que indica que la escala propuesta es sensible a los cambios que pudiera generar una intervención diseñada a partir de alguna variable relacionada teóricamente con el constructo que se pretende medir.

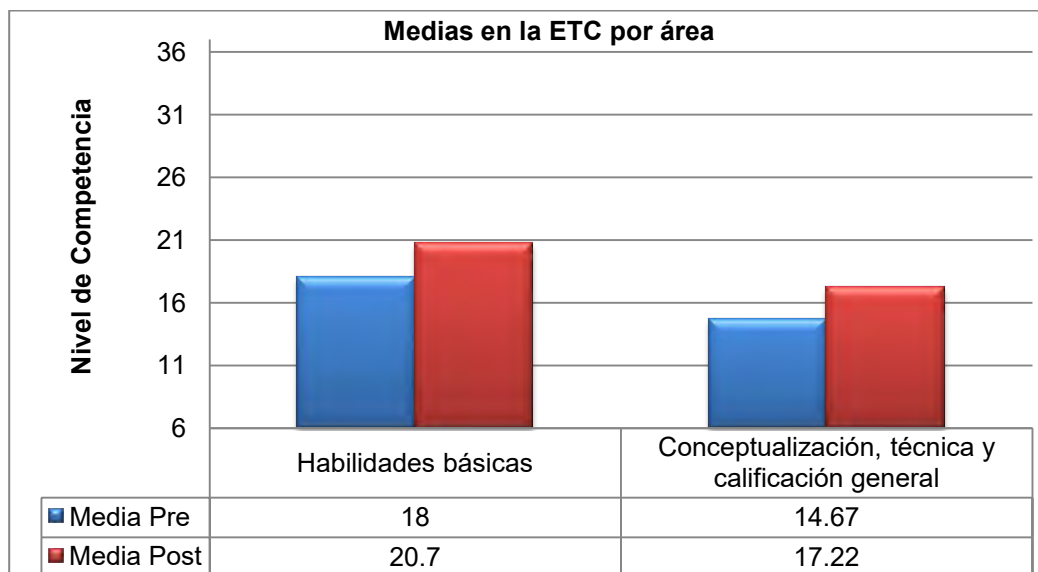


Figura 5. Medias en la ETC por área de evaluación.

Fuente: Elaboración propia

En un análisis más detallado, dentro de las puntuaciones del grupo se encontró que de acuerdo a las áreas específicas que evalúa la ETC también había cambios significativos de acuerdo a la prueba *T* de rangos de *Wilcoxon* ($p < 0.05$), ver figura 5. En términos generales se observa que el área de habilidades básicas es aquella dónde mejor desempeño tiene el grupo, en comparación con el área que evalúa la conceptualización y técnica demostrada por el asesor.

DISCUSIÓN

Esta investigación empírica cumplió con su propósito de estudiar las propiedades psicométricas de una propuesta en español de la Escala de Terapia Cognitiva de Beck, construida con base en la versión inicial de Young y Beck (1980), la versión revisada de Blackburn et al. (2001) y la versión traducida al español por el Dr. See King Emilio Quinto cuya aportación se encuentra en la web, pero sin especificación de datos de publicación o edición. De acuerdo a este procedimiento, se llegó a determinar el grado de validez de contenido, confiabilidad y validez de constructo de la escala propuesta. Estos resultados toman relevancia en varios sentidos relacionados con el entrenamiento, evaluación y certificación de las competencias de psicólogos clínicos en formación bajo el enfoque cognitivo y conductual.

En primera instancia, se parte del diseño de los planes de estudio de psicología en los cuales se establece una primera etapa de adquisición de conocimientos teórico-metodológicos y la segunda de entrenamiento profesional. Sin embargo, algunos autores como Ballesteros, González y Peña (2010) sostienen que la formación de psicólogos egresados no llega a ser suficiente para la práctica del ejercicio profesional competente y es que según Roe (2003) en la educación basada en competencias se precisa ejercitar tanto las competencias teórico-metodológicas como las profesionales. Los resultados del presente estudio estudiaron a una muestra de 31 psicólogos de los cuales 7 de ellos eran egresados o titulados con menos de un año de obtención de grado, en este pequeño grupo se encontró que 6 de ellos alcanzaron el nivel de “competente” en la evaluación pre de la ETC, mientras que el integrante restante se situó en la categoría de competencia antecedente “principiante avanzado” donde se encontró la mayoría de la muestra total. Por lo reducido de la muestra no es posible llegar a una discusión más argumentada para averiguar si un psicólogo es competente o no cuando recién egresa de la carrera.

En otro aspecto, la competencia depende del entorno en que se desempeña la persona, este, señalan Uribe, Aristizabal, Barona y López (2009) posibilita o inhibe el desarrollo de la misma. Esto último hace sentido con la definición con contenido evolutivo de Frade (2008) quien detalla que la competencia es una capacidad adaptativa, cognitivo y conductual que se traduce en un desempeño adecuado a una demanda ambiental. En este sentido, el CAPED como escenario de práctica mediada por tecnología funge como nicho de ejercicio para la formación de competencias clínicas en estudiantes que han transcurrido la educación de las competencias teórico-metodológicas y buscan ejercitar sus competencias profesionales. Ya que según Esparza y Blum (2009), es por medio de la práctica clínica supervisada en escenarios reales, donde los conocimientos teóricos adquieren significados, de otra manera quedan descontextualizados y el alumno no sabría cómo aplicarlos cuando se encuentre ejerciendo.

Ahora bien, la evaluación por competencias debe contar con las características de objetividad, validez y confiabilidad (Frade, 2008). Para ello se realizaron los dos estudios detallados en el presente trabajo encontrado grados aceptables de validez de contenido, confiabilidad y validez de constructo.

La validez de contenido se obtuvo con la colaboración de 10 jueces expertos en psicología clínica cognitivo-conductual a quienes se les pidió establecer su juicio acerca de los ítems de la ETC de acuerdo a los criterios de pertinencia, redacción, lenguaje y validez obteniendo índices de acuerdo entre jueces bastante aceptables en seguimiento al criterio de Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008) superior o igual a 80% (0.80) de acuerdo, lo que significa según Anastasi y Urbina (1998) que el universo de ítems de la escala estudiada cuenta con una muestra representativa o abstracta, del área de conducta que se pretende medir. Sin embargo el índice de aceptación propuesto por Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008) se puede obtener incluso con grupos de 5 jueces según Escurra (1998), en suma, este método no proporciona la significación estadística, lo que en cierto sentido podría indicar un grado de juicio subjetivo, por ello el autor

recomienda calcular el coeficiente V de Aiken para grupos de más de 5 jueces, que además ofrece la posibilidad de considerar resultados estadísticamente significativos. Para Rosenbluth, Cruzat-Mandich y Ugarte (2016) 10 jueces resultaron suficientes para calcular la validez de contenido.

Los modelos teóricos que sustentan a la *Cognitive Therapy Scale (CTS)* se pueden rastrear en Blackburn et al. (2001), por un lado el ciclo cognitivo y por otro el modelo de adquisición de competencias de Dreyfus (2004). En este punto hay que hacer una distinción porque parece que autores como Calderón (2013) destacan que las competencias implican o se componen de ciertos elementos como conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes. Si se sigue este modelo ¿Cuáles elementos de las competencias estarían siendo evaluadas mediante la *CTS*?, desde un breve análisis parece que la escala podría evaluar indirectamente conocimientos pero sobretodo habilidades, y específicamente habilidades técnicas, sustentadas por supuesto en los conocimientos que el psicólogo tiene sobre el modelo psicoterapéutico. Es por ello que el modelo de Dreyfus, de un corte mucho más técnico y evolutivo, parece estar *Ad hoc* con la *CTS*. Sin embargo, habrá que decir que no todas las competencias del psicólogo clínico se refieren al momento específico de una sesión y como llevarla a cabo. Como se ha descrito, este tipo de profesional debe ser también competente para llevar a cabo toda otra serie de actividades como por ejemplo una entrevista, diagnóstico o seguimiento, momentos clave antes y después de llevar a cabo un programa de intervención.

En el caso de las aptitudes, si se piensa en el concepto en tanto capacidad está estaría dada al final de la evaluación, es decir, cuando se obtiene el puntaje final del psicólogo en sesión y se le coloca en una categoría de competencia, hasta ese momento se puede determinar el grado de aptitud del psicólogo. En cuanto a las actitudes entendidas como un concepto cercano a describir el estado de ánimo de una persona para llevar a cabo una tarea la *CTS* podría indagar este aspecto a través de los ítems de comprensión, efectividad interpersonal y colaboración.

Para establecer la confiabilidad interna de la escala en español se calculó el coeficiente *alpha* de Cronbach con los resultados de 31 psicólogos en formación evaluados con los 12 ítems de la escala. Se obtuvo un coeficiente de $\alpha = 0.95$ en dos oportunidades (medición pre y medición post), lo que indica un grado de confiabilidad interna alto, lo que indica que la ETC puede ser un instrumento fiable cuando se pretende evaluar las competencias clínicas de psicólogos en formación. Este datos son consistentes con los estudios llevados a cabo por Dobson, Shaw y Vallis (1985), quienes encontraron que la CTS de Beck era muy homogénea ($\alpha = .95$). Por su parte Vallis, Shaw, Brian, y Dobson, (1986) señalan que la misma escala tenía intercorrelaciones ítem-ítem y correlaciones ítem-total que oscilaron entre .77 a .94. Similares a las encontradas en el presente estudio, las cuales, para las intercorrelaciones ítem-total, oscilaron entre .668 y .887. En esta misma línea, Blackburn et al. (2001) encontraron que su CTS-R era confiable al computar los resultados de una muestra de psicólogos en formación evaluados en 4 oportunidades obteniendo coeficientes *alpha* de 0.92, 0.95, 0.97, y 0.95, respectivamente. Así mismo, Kazantzis et al. (2012) encontraron que tanto la CTS original y la CTS-R tenían una confiabilidad interna comparable así como que ambas escalas podían predecir la reducción de síntomas de depresión.

Parece que la CTS podría tener algunas inconsistencias, Schmidt et al. (2018) detectaron diferencias en la comprensión que 8 evaluadores tienen sobre los aspectos que evalúan en la CTS, encontrando un índice de acuerdo entre jueces moderado (41%). Para mitigar este posible sesgo en los supervisores del CAPED que emplean la ETC se elaboró un manual de calificación donde se detallan los criterios a tomar en consideración para la evaluación de cada ítem (Anexo 3). Aunque la muestra del estudio es reducida, los participantes tenían más de 20 años de experiencia en psicoterapia cognitiva, lo que en apariencia, otorga validez a sus juicios, sin embargo queda la sospecha de extender los estudios en la confiabilidad de la ETC, que hasta el momento es más la evidencia que corrobora su confiabilidad.

Por su parte Schmidt et al. (2018) proponen un nuevo método de evaluación con características tanto más cercanas a la experiencia clínica (*SCAR-CT*), en el sentido que se plantea al terapeuta evaluado escenarios estandarizados con un paciente simulado representado por el propio supervisor. Actualmente observan tendencias de la evaluación psicológica por recrear métodos capaces de evidenciar el constructo que se pretende medir por medio de tareas ecológicas, es decir, tareas cada vez más apegadas a las interacciones de la vida cotidiana, que faciliten y validen en un mayor grado la evaluación del desempeño de una persona en determinado contexto (Canty, Neumann y Shum, 2015). Por ejemplo Washburn, Parrish y Bordnick (2017) diseñaron seis pacientes humanos virtuales programados para reproducir fielmente un encuentro clínico, que a su vez sirve para el entrenamiento y evaluación de competencias clínicas.

Otra tendencia clave es la incorporación de las tecnologías de la información y comunicación a las actividades profesionales de la psicología clínica, en este caso se vuelve importante no sólo la evaluación de las competencias para llevar a cabo una sesión clínica sino también de la evaluación de las competencias digitales con las que cuenta el psicólogo en el campo de la telepsicología. Por su parte McCorda et al. (2015) a diferencia del presente estudio, sí toman en cuenta la evaluación y formación de estas competencias en los doctorantes que se entrenan en la *Telehealth Counseling Clinic*. En este caso y a sabiendas de la flexibilidad de la *CTS* para adaptarse a la evaluación de competencias clínicas en trastornos específicos como psicoticismo Haddock, et al. (2001), fobia social von Consbrunch et al. (2012), se puede proponer la creación de una escala para la evaluación de competencias clínicas en telepsicología que considere la calificación de habilidades tecnológicas simples como manejo de *hardware* y *software* del equipo de cómputo, hasta competencias más complejas como la incorporación de tecnologías emergentes (realidad virtual, aplicaciones móviles, realidad aumentada, avatares, tratamientos autoaplicados, videos 360°, *serious game*) al tratamiento cognitivo conductual.

Uno de los aspectos interesantes acerca de la *CTS* es que algunos estudios, sin tener como objetivo demostrar la validez de criterio, han encontrado relación entre el nivel de competencia y la eficacia en psicoterapia (Shaw, 1984; Shaw y Wilson-Smith, 1988; Shaw et al., 1999; Simons et al. 2010). Estos son de los resultados más importantes que la investigación con la escala ha arrojado, puesto que la psicología clínica como disciplina de salud precisa que sus agremiados cuenten con las competencias necesarias para llegar a los mejores resultados posibles en sus pacientes, el mismo deseo ha sido externado por la *APA*, la cual promueve la divulgación y replicación de tratamientos psicológicos basados en evidencia y su ejercicio competente, por su parte la acreditación de la *Cognitive Therapy Academy (CTA)* solicita como requisito al aspirante someterse a la calificación de una de sus sesiones mediante la *CTS*. Bajo este panorama parece buena idea sumarse al exhorto de McManus et al. (2012) para hacer de la psicología clínica una actividad responsable y comprometida con la salud mental de los pacientes y en donde los terapeutas asuman la importancia de sus competencias en relación a los resultados en psicoterapia.

Finalmente, para demostrar el grado de validez de constructo, se realizaron, con la escala propuesta, dos mediciones antes y después de un entrenamiento para la formación de competencias clínicas a un grupo de psicólogos (N=31). Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post de acuerdo a la prueba de sumatoria de rangos de Wilcoxon ($Z = -2.428$, $p < 0.05$). Estos resultados indican que la escala propuesta es sensible a los cambios que pudiera generar una intervención diseñada a partir de alguna variable relacionada teóricamente con el constructo que se pretende medir, de aquí su validez de constructo, lo resultados son consistentes con lo expuesto por Kobak, Craske, Rose y Wolitsky-Taylor (2013), De la Rosa-Gómez, González-Pérez, Rueda-Trejo y Rivera-Baños (2017) quienes diseñaron estudios similares al expuesto incluyendo programas de entrenamiento en psicología clínica cognitivo conductual junto con la evaluación de competencias por medio de la *CTS* de Beck. En contraste con los últimos estudios citados Lane-Herman (2012) no encontró

diferencias estadísticamente significativas, en este estudio se plantea que la muestra de 12 participantes influyó para la obtención de estos resultados, sin embargo la utilización de pruebas paramétricas no se recomienda para muestras pequeñas, en este caso se pudo haber analizado la pertinencia de utilizar una prueba no paramétrica para corroborar una hipótesis de contraste, por otro lado el taller que se implementó en dicho estudio es de corta duración (7 horas), en comparación a los entrenamientos de más de 7 horas de duración.

Los resultados aquí expuestos apoyan las propiedades psicométricas de validez de contenido, confiabilidad interna y validez de constructo de la propuesta en español de la *CTS* (ETC). Sin embargo se debe tomar en cuenta algunas limitantes del estudio. Por empezar la muestra estudiada (N=31) no es de carácter representativo por lo que los datos no pueden generalizarse. Por otro lado el diseño cuasi-experimental de un grupo no da oportunidad de contrastar resultados con los de un grupo control. En este sentido es verdad que la variable más evidente y controlada eran las horas de práctica supervisada, sin embargo no se controló variables como la eventual asistencia de los asesores a cursos o talleres externos al programa de formación en el CAPED, tampoco fue posible para la investigación regular los conocimientos y habilidades que los asesores desarrollan en seguimiento del currículo oficial de la carrera de psicología a distancia. Estas últimas variables resultaron de difícil control en tanto que se espera por parte de institución que la mayoría de estudiantes, egresados y titulados permanezcan en constante capacitación, regularización y ejercicio de sus competencias profesionales. Como apoyo justo a la actualización de los asesores del CAPED se propone diseñar un curso-taller que tenga por objetivo el desarrollo de competencias clínicas en específico en el área de técnica y conceptualización de casos puesto que se encontró que esta era el área en la que menores puntuaciones se obtuvieron durante la práctica de supervisión.

REFERENCIAS

- Alonso-Martín, P. (2010). La valoración de la importancia de las competencias transversales: comparación de su percepción al inicio y final de curso en alumnos de psicología. *Revista de Investigación Educativa*, 28(1), 119-140. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2833/283321938008/>
- American Psychological Association (APA). (2018). "Clinical Psychology". *American Psychological Association*. Recuperado de <http://www.apa.org/ed/graduate/specialize/clinical.aspx>
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Tests Psicológicos*. México: Prentice Hall
- Aragón, L. E. (2004). Fundamentos Psicométricos en la Evaluación Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(4), 23-43. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol7num4/index2005-1.html>
- Aragón, L. E. (2011). *Evaluación Psicológica. Historia, Fundamentos teórico-conceptuales y psicometría*. México: Manual Moderno
- Barletta, J. B., Barreto, A. L. y Costa, Z. N. (2012). A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia: teoria e prática*, 14(3).
- Barlow, D. H., Farchione, T., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. P. y Ehrenreicj-May, J. (2011). *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales. Manual del terapeuta y manual del paciente*. Madrid. España: Alianza Editorial.
- Barón, L. Y. (2010). *Confiabilidad y Validez de Constructo del Instrumento "Habilidad de Cuidado de Cuidadores Familiares de Personas que Viven una Situación de Enfermedad Crónica"* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Ballesteros, P., González, A. y Peña, E. (2010). Competencias Disciplinarias y Profesionales del Psicólogo en Colombia. ASCOFAPSI.
- Beck, A. T., Freeman, A. y Davis, D. D. (1995). *Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad*. España: Paidós Ibérica.
- Blackburn, I., James, I., Milne, D., Baker, C., Standart, S., Garland, A. y Reichelt, K. (2001). The Revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R): Psychometric Properties. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29(4), 431-446.

- Botella, C., Baños, García-Palacios, A., Quero, S., Guillén, V. y José Marco, H. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica, *Uocpapers*, (4). Recuperado de <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/botella.pdf>
- Bravo, C., Vaquero, E. y Valadez, A. (2012). Las competencias profesionales percibidas por estudiantes de psicología. *Revista Educación y Desarrollo*, 21. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/21/021_Bravo.pdf
- Bryan, M J., Simons, A. D. y Thase, M. E. (1999). Therapist Skill and Patient Variables in Homework Compliance: Controlling an Uncontrolled Variable in Cognitive Therapy Outcome Research. *Cognitive Therapy Research*, 23(4), 381-399.
- Colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología (CoMePPsi). (s. f.). México: Certificación en psicología. <http://comeppsi.com/certificacion-profesional>
- Canty A. L., Neumann, D L. y Shum, D. H. K. (2017). Using virtual reality to assess theory of mind subprocesses and error types in early and chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research Cognition*, 10, 15-19. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.scoq.2017.09.001>
- Caro, I. (2011). *Hacia una Práctica Eficaz de las Psicoterapias Cognitivas Modelos y Técnicas Principales*. España: Desclée De Brouwer. 381- 413.
- Carroll, K. M., Nich, C., Sifry, R., Nuro, K., Frankforter, T., Ball, S., Fenton, L. y Rounsaville, B. (2000). A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions. *Drug and Alcohol Dependence*, (57), 225-238.
- Corral, Y. (2009). Validez y Confiabilidad de los Instrumentos de Investigación para la Recolección de Datos. *Revista Ciencias de la Educación*, 19(33). 228-247.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- De Garay, A. S. (2008). Los Acuerdos de Bolonia; desafíos y respuestas por parte de los sistemas de educación superior e instituciones en Latinoamérica. *Universidades*, 3, 17-36. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/373/37311274003.pdf>
- De la Rosa-Gómez, A., González-Pérez, M., Rueda-Trejo, J. y Rivera-Baños, J. (2017). La Práctica Supervisada Mediada por Tecnología como Escenario

- para la Enseñanza de Competencias Clínicas. *Hamut'ay*, 4(1), 75-84. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.21503/hamu.v4i1.1396>
- Dobson, K. S., Beck, J. S. y Beck, A. T. (2005). The Academy of Cognitive Therapy: Purpose, History, and Future Prospects. *Cognitive and Behavioral Practice*, (12), 263-266.
- Dobson, K., Shaw, B. y Vallis, M. (1985). Reliability of a measure of the quality of cognitive therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 24(4), 295-300.
- Dreyfus, S. E. (2004). The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(4), 177-181. Recuperado de <http://www.natajournals.org/toc/atej/4/1>
- Domínguez, D. (2011). Conceptualización y prospectiva de los mundos virtuales como escenarios formativos. *Revista Española de Pedagogía*, 249, 305-322.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. y Cruz-Sáez. (2012). Funciones y Ámbitos de Actuación del Psicólogo General Sanitario: Una Primera Reflexión. *Psicología Conductual*, 20(2), 423-435. Recuperado de http://www.academia.edu/28412341/FUNCIONES_Y_%C3%81MBITOS_DE_ACTUACI%C3%93N_DEL_PSIC%C3%93LOGO_CL%C3%8DNICO_Y_D_EL_PSIC%C3%93LOGO_GENERAL_SANITARIO_UNA_PRIMERA_REFL_EXI%C3%93N
- Enríquez, J. (2000). *El reto de México: Tecnología y Fronteras en el siglo XXI*. México: Planeta
- Escobar-Pérez, J. y Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de Contenido y Juicio de Expertos: Una Aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36.
- Esparza, E. y Blum, B. (2009). Evaluación del programa para optimizar la formación del psicólogo clínico. *Revista Educación Superior*, 38(1), 97-112. Recuperado de: http://resu.anuies.mx/archives/revistas/Revista152_S4A1ES.pdf
- EuroPsy. (2015). "EuroPsy Psicoterapia". *EuroPsyEuropeanCertificate in Psychology*. Disponible en <http://www.europsy.cop.es/index.php?page=Psicoterapia-Introduccion>
- Federación Mexicana de Psicología (FMP) (2010). México: Certificación en Psicología Clínica. <https://www.grupofmp.com/certificaciones/psicolog%C3%ADa-cl%C3%ADnica/>

- Frade, L. (2008). *La Evaluación por Competencias*. México: Inteligencia Educativa
- Gil, F. (2004). Un instrumento para medir fobia social (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- González, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- González, V. y González, R. M. (2008). Competencias genéricas y formación profesional: un análisis desde la docencia universitaria. *Revista iberoamericana de educación*, 47(1), 185-209. Recuperado de <http://www.rieoei.org/rie47a09.pdf>
- González-Peña, P., Torres, R., del Barrio, V. y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 81-91.
- Green, J. M. (2016). An Innovative, No-cost, Evidence-Based Smartphone Platform for Resident Evaluation. *Journal of Surgical Education*, 73(6), 15-18.
- Gregory, R. (Ed.). (2001). *Evaluación Psicológica. Historia, principios y aplicación*. México: Paidós
- Haddock, G., Devane, S., Bradshaw, T., McGovern, J., Tarrier, N., Kinderman, P., Baguley, I., Lancashire, S. y Harris, N. (2001). An investigation into psychometric properties of the cognitive therapy scale for psychosis (CTS-Psy). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, (29). Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/231915085>
- Hernández, R., Baptista, P. y Collado, C. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill
- Kazantzis, N., Clayton, X., Cronin, T., Farchione, D., Limburg, K. y Dobson, K. S. (2018). The Cognitive Therapy Scale and Cognitive Therapy Scale-Revised as Measures of Therapist Competence in Cognitive Behavior Therapy for Depression: Relations with Short and Long Term Outcome. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 358-397. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9919-4>
- Kerlinger, F. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales, 4th Edition*. México: Editorial McGraw-Hill

- Kobak, K., Craske, M., Rose, R. y Wolitsky-Taylor, K. (2013). Web-Based Therapist Training on Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety Disorders: A Pilot Study. *Psychotherapy*, 50(2), 235-247.
- Lane, C., Huws-Thomas, M., Hood, K., Rollnick, S., Edwards, K. y Robling, M. (2005). Measuring adaptations of motivational interviewing: the development and validation of the behavior change counseling index (BECCI). *Patient Educ Couns.* (56), 166 –73.
- Lane-Herman, L. (2012). *A Pilot Study Examining the Effect of an Intensive Skills-Based Training in Cognitive-Behavioral Therapy: Impact on Graduate Students' Competence* (Tesis doctoral). Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Philadelphia, PA, United States.
- Ledesma, R., Molina, G. y Valero, P. (2002). Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos. *Psico-USF*, 7(2), 143-152.
- Centre de Documentation et d'Information sur l'enseignement Superieur (CIDES). (2016). *Etudes et Métiers Psychologie Psychotherapie*. Luxembourg: Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.
- Madl, T., Baars, B. y Franklin, S. (2011). The Timing of the Cognitive Cycle. *PLoS ONE*, 6(4).
- McCorda, C., Saenz, J., Armstrong, T. y Elliott, T. (2015). Training the next generation of counseling psychologists in the practice of telepsychology. *Counselling Psychology Quarterly*, 28(3), 324–344.
- McManus, F., Rakovshik, S., Kennerley, H., Fennell, M. y Westbrook, D. (2012). An investigation of the accuracy of therapists self-assessment of cognitive-behaviour therapy skills. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 292-306.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3). Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf
- Piña, J. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 15(2), 233-255. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29215980001.pdf>
- Pinilla-Roa, A. E. (2012). Aproximación conceptual a las competencias profesionales en ciencias de la salud. *Revista Salud Pública*, 14(5), 852-864. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/27418/1/25255-179223-1-PB.pdf>

- Quiroga, A. (2011). Competencias profesionales del psicólogo clínico en la complejidad: desarrollo de proyectos multi-aplicación. *Revista Mexicana de Psicología Educativa*, 2(1), 51-62.
- Ribes, E. (2006). Competencias conductuales: Su pertinencia en la formación y práctica profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 19-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020646003>
- Rodríguez, D. E. C. (ed.). (2013). *Tuning América Latina Educación Superior en América Latina: reflexiones y perspectivas en psicología*. España: Tuning Project
- Roe, R. (2003). "¿Qué hace competente a un psicólogo?". *Papeles de Psicología*, 86.
- Rosenbluth, A., Cruzat-Mandich, C. y Ugarte, M. L. (2015). Metodología para validar un instrumento de evaluación por competencias en estudiantes de psicología. *Universitas Psychologica*, 15(1), 303-314.
- Rosique, G. y Rosique, J. (2011). El proceso de Bolonia: los desafíos de la convergencia europea en instituciones de educación superior en España. *Espacios Públicos*, 14(30), 231-245.
- Ruíz, A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Ruíz-Bolívar, C. (1992). *Instrumentos de Investigación Educativa: Procedimientos para su diseño y validación*. 2 ed. Barquisemeto, Venezuela: Ediciones CIDEG, C.A.
- Schmidt, I. D., Strunk, D. R., DeRubeis, R. J., Conklin, L. R. y Braun, J. D. (2018). Revisiting How We Assess Therapist Competence in Cognitive Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, (42). Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9908-7>
- Shaw. B. (1984). Specification of the training and evaluation of cognitive therapists for outcome studies. En Williams y R. Spitzer (Eds.). *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?* (pp. 173-189). New York: Guilford Press.
- Shaw, B., y Wilson-Smith, D. (1988). Trainin therapist in cognitive-behaviour therapy. En C. Perris, I. M Blackurn, y H. Perris (comps.). *Cognitive Psychotherapy: Theory and Practice* (pp. 140-159). Heidelberg: Springer Verlag.

- Shaw, B., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T., Dobson, K., Lowery, A., Sotsky, S., Watkins, J. y Imber, S. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 837-846.
- Simons, A. D., Padesky, C. A., Montemmarano, J., Lewis, C. C., Murkami, J., Lamb, K. y Beck, A. T. (2010). Training and dissemination of cognitive behavior therapy for depression in adults: A preliminary examination of therapist competence and client outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 751–756.
- Suárez, A. (2011). Valoración de las Competencias de Psicología: Estudio exploratorio en muestras de Estudiantes y Profesionales Activos. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 20, 173-193.
- Vallis, T., Shaw, B., Brian, F. y Dobson, K. (1986). The Cognitive Therapy Scale: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (3), 381-385.
- von Consbrunch, K., Clark, D. y Stangier, U. (2012). Assessing Therapeutic Competence in Cognitive Therapy for Social Phobia: Psychometric Properties of the Cognitive Therapy Competence Scale for Social Phobia (CTCS-SP). *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 40(2). Recuperado de <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1017/S1352465811000622>
- Waltman, S., Hall, B. C., McFarr, L. M., Beck, A. T. y Creed, T. A. (2017). In-Session Stuck Points and Pitfalls of Community Clinicians Learning CBT: Qualitative Investigation. *Cognitive and Behavioral Practice*, (24), 256-267.
- Washburn, M., Parrish, D. y Bordnick, P. (2017). Virtual patient simulations for brief assessment of mental health disorders in integrated care settings. *Social Work in Mental Health*. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/15332985.2017.1336743>
- Williams, R., Moorey, S. y Cobb, J. (2009). Training in Cognitive-behaviour Therapy: Pilot Evaluation of a Training Course Using the Cognitive Therapy Scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 19(4), 373-376.
- Yáñez-Galecio, J. (2005). “Competencias Profesionales del Psicólogo Clínico: Un Análisis Preliminar”. *Terapia Psicológica*. 23, 85-93
- Yáñez, C., Rodríguez, E. y Loaiza, D. (2008). *Código de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de Colima*. Universidad de Colima, Facultad de Psicología. Recuperado de http://digeset.ucol.mx/psicologia/pi/codigo_de_etica.pdf

Young, J. y Beck, A. (1980). Cognitive Therapy Scale: Rating Manual (unpublished). University of Pennsylvania, Philadelphia. Recuperado de https://www.beckinstitute.org/wp-content/uploads/2015/10/CTRS-12-2011_portrait-Cognitive-Therapy-Rating-Scale-1.pdf

Young, J. y Beck, A. (1988). Cognitive Therapy Scale (unpublished). University of Pennsylvania, Philadelphia.

ANEXO 1

Validación de la “Escala de Terapia Cognitiva de Beck” a través de jueces (Young y Beck, 1980)

Nombre del juez: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Estimado Experto:

En el marco del proyecto *PAPIME PE300916* “Consejería emocional y orientación educativa a distancia: Creación de un escenario de práctica virtual para la enseñanza de competencias clínicas y psicoeducativas para estudiantes de Psicología a distancia”; y de la tesis derivada de este mismo proyecto “Validación de la *Escala de Terapia Cognitiva de Beck* (Young y Beck, 1980)” solicitamos la revisión del instrumento de chequeo que será empleado por psicoterapeutas cognitivo-conductuales para evaluar las competencias clínicas de estudiantes de psicología de 7º, 8º y 9º semestre al brindar consejería emocional en modalidad a distancia.

Reconociendo su trayectoria en esta área, le solicitamos en su calidad de experto, valide el instrumento anexo, bajo los criterios de:

Pertinencia: Que el reactivo mida algún aspecto (grado) de competencia clínica para llevar a cabo una sesión de psicoterapia cognitivo-conductual.

Redacción: Que el reactivo se exprese correctamente en términos lingüísticos.

Lenguaje: Que el reactivo utilice palabras apropiadas

Validez teórica: Se refiere al grado en el que reactivo mida lo que pretende medir.

A continuación le presentamos una breve descripción de las características de la *Cognitive Therapy Scale (CTS)*, y al final el formato con las instrucciones de validación.

Descripción: La Escala de Terapia Cognitiva se construyó de acuerdo al modelo psicoterapéutico de Aaron Beck, que pretendía sistematizar y acompañar la formación del terapeuta cognitivo (Beck y Young, 1980). Es un instrumento que mide las competencias clínicas deseables que un terapeuta cognitivo desplegaría en una sesión de intervención. Sin embargo, la escala ha resultado ser sensible para estudiar la relación entre el nivel de competencia de terapeutas cognitivos con la eficacia de tratamientos cognitivo-conductuales en pacientes con trastorno depresivo mayor (Shaw et al., 1999). Asimismo, la *CTS* ha demostrado poseer una muy buena consistencia interna, $\alpha=.95$ (Dobson, Shaw y Vallis, 1985). Así también se han reportado puntuaciones de intercorrelación ítem-total e ítem-ítem que oscilan de 0.94 a 0.77 y un coeficiente de fiabilidad de .60 (Dobson et al., 1986).

Estructura: La *CTS* cuenta con 12 ítems que se califican con base en un escalamiento tipo Likert de 7 grados (0 = Pobre o ausencia de competencia a 6 = Excelente desempeño o competencia). Los ítems restantes (ítem 13 a 18) tienen como objetivo explorar las condiciones en las que transcurrió la sesión, asignar una calificación general del desempeño del terapeuta evaluado y ofrecer comentarios finales para la mejoría de las competencias del psicólogo evaluado.

Aplicación: Individual. La escala es empleada por psicólogos supervisores de psicoterapia cognitivo-conductual con el propósito de valorar las competencias clínicas que un psicólogo clínico en formación muestra para ejecutar una sesión psicoterapéutica.

Material: Escala, lápiz, goma, computadora, archivo audio-visual (solo si calificación de la escala se hace *ex post facto*, es decir, después del hecho o sesión).

Tiempo estimado para responder la escala: 60 minutos

A continuación le presentamos el formato para jueceo del instrumento de medición requerido. Al final de cada ítem aparecen cuatro recuadros que corresponden a: **Pertinencia (P), Redacción (R), Lenguaje (L) y Validez teórica (V)**. Marque aquella opción en la que el reactivo **NO** cumpla con el criterio a evaluar. A continuación, si lo considera pertinente, agregue alguna observación acerca del ítem que ha evaluado.

Sin más por el momento le agradezco de antemano su apoyo y aprovecho para mandarle un afectuoso saludo.

Atentamente,

Dra. Anabel de la Rosa Gómez

Psic. Alan Ernesto Barba Sánchez

Escala De Terapia Cognitiva

Young y Beck (1980)

Las siguientes instrucciones son para el evaluador:

Para cada uno de los ítems (ítems del 1 al 12.1), evalúe el desempeño del terapeuta para dirigir una sesión de psicoterapia cognitivo-conductual, de acuerdo a una escala del 0 al 6. Por favor escriba la calificación en la línea de la izquierda de la numeración del ítem evaluado.

Cada escala (numeración del 0 al 6) le ofrece una descripción del desempeño del terapeuta, sin embargo si tales descripciones, para algún ítem en particular, no parecieran aplicar a la sesión que usted está evaluando, siéntase libre de usar **la escala de desempeño general** siguiente.

ESCALA DE DESEMPEÑO GENERAL

Nivel de Competencia

Descripciones

Incompetente	0	Pobre, ausencia de desempeño, y/o ejecución altamente inadecuada.
Novato	1	Desempeño inapropiado, problemas graves y evidentes.
Principiante avanzado	2	Competencias evidentes, pero con numerosos problemas y falta de consistencia.
Competente	3	Competente, pero con algunos problemas y/o inconsistencias.
Competente avanzado	4	Buen desempeño, con problemas menores y/o inconsistencias.
Experto	5	Muy buen desempeño, problemas mínimos y/o inconsistencias.
	6	Excelente desempeño, incluso de cara a las dificultades.

INSTRUCCIONES PARA JUEZ: De izquierda a derecha se encuentra la escala del ítem, enseguida la descripción de dicha escala, y en la siguientes columnas los espacios para su valoración (pertinencia, redacción, lenguaje y validez). Marque aquella opción en la que el reactivo NO cumpla con el criterio a evaluar y a continuación describa alguna observación al ítem que evalúa, según el caso.

ESCALA DE DESEMPEÑO GENERAL: NIVEL DE COMPETENCIA

Escala	Descripción-guía	P	R	L	V	Observaciones
0	Pobre, ausencia de desempeño, y/o ejecución altamente inadecuada.					
1	Desempeño inapropiado, problemas graves y evidentes.					
2	Competencias evidentes, pero con numerosos problemas y falta de consistencia.					
3	Competente, pero con algunos problemas y/o inconsistencias.					
4	Buen desempeño, con problemas menores y/o inconsistencias.					
5	Muy buen desempeño, problemas mínimos y/o inconsistencias.					
6	Excelente desempeño, incluso de cara a las dificultades.					

ITEM 1: AGENDA

Escala	Descripción-guía	P	R	L	V	Observaciones
0	No hay establecimiento de la agenda. O el establecimiento es altamente inapropiado.					
1	Establecimiento de agenda inapropiado (p. ej.: falta de enfoque, no es realista, no hay presentación de la agenda al paciente, tarea no revisada).					
2	Hay un intento por establecer una agenda, pero con numerosos problemas (p. ej.: agenda establecida unilateralmente sin la colaboración del paciente). Poca adherencia a la agenda.					
3	Una agenda apropiada, establecida bien, pero algunas dificultades evidentes (p. ej.: una mala colaboración). Algo de adherencia a la agenda.					
4	Buen establecimiento de agenda, dificultades menores evidentes (p. ej.: sin priorización), pero características apropiadas cubiertas (p. ej.: revisión de la tarea). Moderada adherencia a la agenda.					
5	Muy buen establecimiento de agenda fijada con objetivos discretos y priorizados. Adherencia a la agenda. Problemas mínimos.					
6	Excelente establecimiento de agenda, incluso frente a las dificultades. El terapeuta trabaja con el paciente para establecer una agenda apropiada con problemas específicos, y adecuada al tiempo disponible. Total adherencia a la agenda.					

ITEM 2: RETROALIMENTACIÓN

Escala	Descripción-guía	P	R	L	V	Observaciones
0	Ausencia de retroalimentación, o retroalimentación altamente inapropiada.					
1	Mínima presencia de retroalimentación o retroalimentación inapropiada con problemas graves y evidentes.					
2	Presencia de retroalimentación, pero no dada con suficiente frecuencia por el terapeuta (p. ej.: intentos demasiado vagos para brindar oportunidades de comprensión y cambio al paciente).					
3	Retroalimentación apropiada dada y suscitada con frecuencia, aunque con algunos problemas en términos de contenido o método de entrega.					
4	Buena retroalimentación dada y suscitada con frecuencia, facilitando ganancias terapéuticas moderadas (p. ej.: el terapeuta realiza preguntas suficientes para estar seguro que el paciente comprende los puntos principales de la sesión). Problemas menores.					
5	Muy buena retroalimentación dada y suscitada regularmente, facilitando la comprensión compartida y permitiendo ganancias terapéuticas significativas. Problemas mínimos.					
6	Excelente uso de la retroalimentación, o retroalimentación altamente efectiva dada y suscitada regularmente incluso de cara a las dificultades.					

ITEM 3: COMPRENSIÓN

Escala	Descripción-guía	P	R	L	V	Observaciones
0	Ausencia de comprensión o comprensión altamente inapropiada (p. ej.: el terapeuta ignora la opinión del paciente). Nulas habilidades de empatía y escucha.					
1	Intentos inapropiados por comprender y ser empático con la realidad interna del paciente, graves errores evidentes (p. ej.: parece que el terapeuta proyecta sus propias actitudes sobre la realidad interna del paciente).					
2	Intentos concretos por comprender y ser empático con la realidad interna del paciente, pero con numerosos problemas (p. ej.: el terapeuta hace interpretaciones equivocadas sobre los sentimientos o pensamientos del paciente).					
3	Comprensión apropiada de la realidad interna del paciente con algunos problemas. El terapeuta generalmente parece darse cuenta de la realidad interna del paciente (p. ej.: refleja lo que el paciente comunica de manera explícita, pero falla para responder a las formas más sutiles de comunicación). El terapeuta posee competencia de empatía y escucha.					
4	Buena comprensión. El terapeuta es capaz de parafrasear y reflejar lo que el paciente explícitamente le dice incluso responde a las formas más sutiles de comunicación. Buenas habilidades de empatía y escucha.					
5	Muy buena comprensión de la realidad interna del paciente, problemas mínimos (p. ej.: el terapeuta no hace uso de su lenguaje no verbal para transmitir la comprensión de la realidad interna del paciente). Muy buenas habilidades de empatía y escucha.					
6	Excelente comprensión de la realidad interna del paciente. El terapeuta comunica con precisión de manera verbal y no verbal una comprensión de los pensamientos y sentimientos del paciente (p. ej.: el tono de voz del terapeuta refleja la comprensión de los problemas del paciente). Excelente empatía y escucha.					

ITEM 4: EFECTIVIDAD INTERPERSONAL

Escala	Descripción-guía	P	R	L	V	Observaciones
0	Pobres o nulas habilidades interpersonales. El terapeuta se percibe hostil, despectivo o destructivo para el paciente debido a la ausencia o exceso de empatía, autenticidad y calidez.					
1	Dificultad para mostrar empatía, autenticidad y calidez.					
2	El terapeuta no parece destructivo, pero tiene problemas interpersonales significativos. En ocasiones luce innecesariamente impaciente, poco auténtico o tiene dificultad en promover la confianza.					
3	El terapeuta es capaz de entender los significados explícitos dentro de los diálogos del paciente, resultando en un cierto grado de confianza. Sin embargo hay algunas inconsistencias que afectan al mantenimiento de la relación terapéutica.					
4	El terapeuta demuestra ser capaz de comprender bien tanto los significados implícitos, como los explícitos dentro de los diálogos del paciente. Problemas menores que no afectan significativamente al mantenimiento de la relación terapéutica.					
5	El terapeuta demuestra muy buena efectividad interpersonal. El paciente parece estar seguro de que está siendo comprendido, lo que facilita la auto-revelación. Problemas mínimos.					
6	Efectividad interpersonal excelente. El terapeuta muestra niveles óptimos de calidez, preocupación por el paciente, confianza, autenticidad y profesionalismo, apropiados para el paciente.					

ITEM 5: COLABORACIÓN

Escala	Descripción-guía	P	R	L	V	Observaciones
0	El terapeuta no intenta o intenta de manera altamente inapropiada colaborar con el paciente.					
1	Colaboración inapropiada. (p. ej.: el terapeuta es demasiado controlador, dominador o pasivo).					
2	El terapeuta intenta colaborar con el paciente ocasionalmente, pero el estilo didáctico o la pasividad del terapeuta fomenta la pasividad u otros problemas en la relación terapéutica.					
3	Trabajo en equipo evidente, pero con algunos problemas en el establecimiento de la relación de colaboración (p. ej.: no hay tiempo suficiente para que el paciente reflexione y participe activamente).					
4	Buen trabajo en equipo evidente, pero no es consistente a lo largo de la sesión.					
5	Muy buen trabajo en equipo efectivo y evidente durante la mayor parte de la sesión. Problemas mínimos.					
6	Excelente trabajo en equipo, el terapeuta estimula al paciente para que tome un rol activo durante la sesión (p. ej.: ofreciendo opciones).					

ITEM 6: USO EFECTIVO DEL TIEMPO

Escala	Descripción-guía	P	R	L	V	Observaciones
0	El terapeuta no estructura el tiempo de la terapia o lo hace de manera altamente inapropiada (p. ej.: la sesión no pareció útil, o es una sesión sin objetivo aparente).					
1	Estructuración del tiempo inapropiada (p. ej.: la sesión es demasiado lenta o demasiado rápida que no se acopla a las necesidades actuales y la capacidad del paciente).					
2	La sesión tiene cierta dirección, pero el terapeuta tiene numerosos problemas con el orden o la estructura que conducen a una distribución desequilibrada del tiempo (p. ej.: poca estructura, inflexibilidad en el orden, desviarse de la agenda).					
3	Buen ritmo evidente algunas veces, pero difuso a veces. Algunos problemas evidentes.					
4	Distribución de tiempo buena y equilibrada con fases discretas de inicio, medio y conclusión evidentes. Problemas menores evidentes.					
5	Habilidades de gestión del tiempo muy buenas y evidentes, la sesión funciona con problemas mínimos. El terapeuta que trabaja eficazmente en el control del flujo dentro de la sesión.					
6	Excelente gestión del tiempo (p. ej.: limita con tacto las discusiones no productivas y que se desvían del tema central; mantiene un ritmo apropiado de la sesión para el paciente).					

ITEM 7: DESCUBRIMIENTO GUIADO

Escala	Descripción-guía	P	R	L	V	Observaciones
0	Ningún intento de descubrimiento guiado. O descubrimiento altamente inapropiado.					
1	Poca oportunidad para que el paciente realice el descubrimiento. Persuasión y debate usados excesivamente.					
2	Oportunidades mínimas para el descubrimiento. Algunos intentos de cuestionamiento, pero no sirven para ayudar al paciente a tener acceso a sus pensamientos, emociones o a hacer conexiones entre los temas.					
3	El terapeuta logra alguna reflexión evidente en el paciente. El terapeuta utiliza principalmente un estilo de cuestionamiento que sigue una línea productiva de descubrimiento.					
4	Hay un grado satisfactorio y evidente de descubrimiento. El terapeuta utiliza un estilo de cuestionamiento habilidoso que ayuda al paciente a visualizar alguna nueva perspectiva de su problemática. Problemas mínimos evidentes.					
5	Reflexión lograda de muy buena manera. El terapeuta utiliza un estilo de cuestionamiento hábil que conduce a la reflexión, el descubrimiento y la síntesis. Problemas mínimos.					
6	Excelente descubrimiento guiado que ayuda al paciente a tener una profunda comprensión de su problemática. El terapeuta explora problemas a través de la sesión con excelente técnica y lo que permite que el paciente elabore sus propias conclusiones.					

ITEM 8: ENFOQUE EN COGNICIONES CLAVE

Escala	Descripción-guía	P	R	L	V	Observaciones
0	El terapeuta no intenta descubrir pensamientos específicos, presunciones imágenes, significados o conductas.					
1	El terapeuta selecciona cogniciones y/o emociones inapropiadas, o ignora cogniciones y/o emociones clave.					
2	Alguna cognición y/o emoción clave suscitada, sin embargo el terapeuta tiene dificultades para mantenerse enfocado en ella y finalmente la ignora.					
3	Alguna cognición y/o emoción clave suscitada de manera competente, aunque con algunos problemas evidentes (p. ej.: el terapeuta no explica al paciente los vínculos entre sus cogniciones, emociones y conducta).					
4	Una serie de cogniciones y/o emociones clave suscitadas de buena manera, dando lugar a una nueva comprensión de su relación. Problemas menores evidentes.					
5	El terapeuta suscita y selecciona de muy buena manera una serie de cogniciones y/o emociones clave, que generalmente se abordan y se explican de manera apropiada para la comprensión del paciente. Problemas mínimos.					
6	Excelente trabajo realizado sobre la(s) cognición(es) y/o emoción(es) clave que son más relevantes para las áreas del problema y ofrecían mayor oportunidad de cambio.					

ITEM 9: ESTRATEGIA PARA EL CAMBIO

Escala	Descripción-guía	P	R	L	V	Observaciones
0	El terapeuta no usa o hace muy mal uso de los métodos cognitivos y de comportamiento apropiados.					
1	El terapeuta aplica métodos para el cambio inapropiados, y/o con habilidad o flexibilidad limitada.					
2	El terapeuta aplica métodos apropiados para el cambio, sin embargo, la estrategia en general para promover un cambio fue vaga o no promisoria en ayudar al paciente.					
3	El terapeuta aplica una serie de métodos para el cambio de manera competente, aunque con algunos problemas evidentes (p. ej.: intervenciones incompletas).					
4	El terapeuta aplica una gama de métodos para el cambio con habilidad y flexibilidad, permitiendo al paciente desarrollar nuevas perspectivas. Problemas menores evidentes.					
5	El terapeuta aplica sistemáticamente una gama adecuada de métodos para el cambio de una manera creativa, ingeniosa y eficaz. Problemas mínimos.					
6	El terapeuta siguió una estrategia consistente para el cambio que parece muy promisoria e incorpora técnicas cognitivas-conductuales muy apropiadas.					

ITEM 10: APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Escala	Descripción-guía	P	R	L	V	Observaciones
0	El terapeuta no aplica técnicas cognitivo-conductuales.					
1	El terapeuta aplica técnicas cognitivo-conductuales inapropiadamente con errores graves y evidentes.					
2	El terapeuta aplica técnicas cognitivo-conductuales con competencia evidente pero con numerosos errores y/o inconsistencias.					
3	El terapeuta aplica técnicas cognitivo-conductuales apropiadamente pero con algunos errores evidentes.					
4	El terapeuta aplica técnicas cognitivo-conductuales satisfactoriamente. Errores menores evidentes.					
5	El terapeuta aplica de técnicas cognitivo-conductuales de muy buena manera. Errores mínimos.					
6	Excelente aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.					

ITEM 11: TAREA

Escala	Descripción-guía	P	R	L	V	Observaciones
0	El terapeuta no establece la tarea, o el establecimiento de la tarea es altamente inapropiada.					
1	El terapeuta no negocia la tarea. Tiempo insuficiente asignado para la explicación adecuada, dando lugar a un establecimiento inapropiado de la tarea.					
2	El terapeuta tiene numerosas dificultades para establecer la tarea (p. ej.: no revisa la tarea anterior, no explica la nueva tarea con suficiente detalle).					
3	El terapeuta establece una nueva tarea apropiada, pero algunos problemas evidentes (p. ej.: no se ha explicado lo suficiente y/o no establece la tarea en conjunto con el paciente).					
4	Buen establecimiento de la tarea (p. ej.: es apropiada y negociada conjuntamente con objetivos y fundamentos claros). Problemas menores evidentes.					
5	La tarea es adecuada se negoció conjuntamente y se explicó bien, incluyendo una exploración de posibles obstáculos. Problemas mínimos.					
6	Excelente establecimiento de la tarea. El terapeuta revisó la tarea anterior y asignó cuidadosamente la nueva tarea. (p. ej.: la tarea fue muy apropiada para ayudar al paciente a incorporar nuevas perspectivas, poner a prueba las hipótesis, experimentar con nuevas conductas que fueron discutidas en la sesión).					

ITEM 12

Pregunta	P	R	L	V	Observaciones
¿Cómo calificaría, en general, el desempeño en sesión de la persona que usted está evaluando como terapeuta cognitivo-conductual?					

ITEM 12.1 (es la escala correspondiente al ítem 12, donde se le pide al evaluador seleccione una de las opciones de la escala).

Escala	Descripción	P	R	L	V	Observaciones
0	Pobre					
1	Inadecuado					
2	Apropiado					
3	Competente					
4	Bueno					
5	Muy bueno					
6	Excelente					

ITEM 13

Consigna	P	R	L	V	Observaciones
Seleccione el nivel de competencia en el que usted considere se encuentra el terapeuta que está evaluando.					

ITEM 13.1 (Es la escala correspondiente al ítem 13, donde se le pide al evaluador seleccione una de las opciones de la escala).

Escala	Descripción	P	R	L	V	Observaciones
0	Incompetente					
1	Novato					
2	Principiante avanzado					
3	Competente					
4	Competente avanzado					
5	Experto					

ITEM 14

Pregunta	P	R	L	V	Observaciones
¿Existieron algunos problemas especiales durante la sesión? (p. ej.: No adherencia a la tarea, dificultades interpersonales entre el terapeuta y paciente, desesperanza sobre la terapia, recaídas o recurrencias).					

ITEM 14.1: En caso de contestar sí (al ítem número 14)

Escala	Descripción-guía	P	R	L	V	Observaciones
0	El terapeuta no manejó o manejó de manera altamente inapropiada los problemas especiales que se suscitaron.					
1	El terapeuta manejó los problemas especiales que se suscitaron inapropiadamente.					
2	El terapeuta manejó los problemas especiales adecuadamente, pero utilizó estrategias o conceptualizaciones inconsistentes con la terapia cognitivo-conductual.					
3	El terapeuta manejó los problemas especiales de competentemente, pero con algunos errores o inconsistencias.					
4	El terapeuta manejó los problemas especiales utilizando una estructura cognitivo-conductual y fue moderadamente habilidoso en aplicar las técnicas.					
5	El terapeuta manejó muy bien los problemas especiales utilizando una estructura cognitivo-conductual.					
6	El terapeuta manejó excelentemente problemas especiales que surgieron, utilizando una estructura de terapia cognitivo-conductual.					

ITEM 15 (De haber factores inusuales en la sesión, en este ítem se le proporcionan cuatro líneas en blanco al evaluador para que explique cuáles fueron).

Pregunta	P	R	L	V	Observaciones
¿Existieron factores inusuales en esta sesión en particular, por los cuales usted perciba que el terapeuta no pueda ser medido por los estándares de esta escala?					

ITEM 16

Pregunta	P	R	L	V	Observaciones
¿Si estuviera dirigiendo un estudio de terapia cognitivo-conductual, usted seleccionaría a este terapeuta para participar en el mismo? (Asumiendo que la sesión muestra el desempeño del terapeuta tal y como se desempeña usualmente en una sesión psicoterapéutica).					

ITEM 16.1 (Es la escala correspondiente al ítem 16, donde se le pide al evaluador seleccione una de las opciones de la escala).

No	ESCALA	P	R	L	V	Observaciones
0	Definitivamente no					
1	Probablemente no					
2	No estoy seguro					
3	Probablemente si					
4	Definitivamente si					

ITEM 17

Pregunta	P	R	L	V	Observaciones
¿Qué tan difícil era este paciente para trabajar con el terapeuta?					

ITEM 17.1 (es la escala correspondiente al ítem 16, donde se le pide al evaluador seleccione una de las opciones de la escala)

Escala	Descripción	P	R	L	V	Observaciones
0	Nada difícil					
1	Un poco difícil					
2	Moderadamente difícil					
3	Difícil					
4	Muy difícil					
5	Extremadamente difícil					

ITEM 18

Consigna	P	R	L	V	Observaciones
Por favor escriba comentarios y sugerencias para la mejoría del terapeuta.					

ANEXO 2

ESCALA DE TERAPIA COGNITIVA EN ESPAÑOL (ETC)

Terapeuta:

Paciente:

Fecha de la Evaluación:

Evaluador:

Sesión #: **Modalidad:** () Video () Audio () Supervisión en vivo

Instrucciones: Para cada uno de los ítems (ítems del 1 al 12 y 14), evalúe el desempeño del terapeuta para ejecutar una sesión de psicoterapia cognitivo-conductual, de acuerdo a una escala del 0 al 6. Por favor escriba la calificación en la línea que esta a la izquierda de la numeración de cada ítem.

Cada escala (numeración del 0 al 6) le ofrece una **descripción-guía** del desempeño que eventualmente usted podría llegar a ver en el terapeuta, sin embargo si tales descripciones, para algún ítem en particular, no parecieran aplicar a la sesión que usted está evaluando, siéntase libre de usar **la escala de desempeño general** siguiente.

ESCALA DE DESEMPEÑO GENERAL

Niveles de Competencia	Escalamiento	Descripciones-Guía
Incompetente	0	Pobre, ausencia de desempeño, y/o ejecución altamente inadecuada.
Novato	1	Desempeño inapropiado, problemas graves y evidentes.
Principiante avanzado	2	Competencias evidentes, pero con numerosos problemas y falta de consistencia.
Competente	3	Competente, pero con algunos problemas y/o inconsistencias.
Competente avanzado	4	Buen desempeño, con problemas menores.
	5	Muy buen desempeño, problemas mínimos.
Experto	6	Excelente desempeño.

Por favor no deje ningún espacio en blanco. Para todos los ítems, ponga atención a las habilidades del terapeuta, tomando en cuenta que tan difícil el paciente parece ser.

PARTE I: COMPETENCIAS BÁSICAS

___ 1. AGENDA

0

No hay establecimiento de la agenda. O el establecimiento es altamente inapropiado.

1

Establecimiento de agenda inapropiado (p. ej.: no hay objetivo, no es realista, tarea no es revisada).

2

Hay un intento por establecer una agenda, pero con numerosos problemas (p. ej.: agenda establecida unilateralmente sin la colaboración del paciente). Poca adherencia a la agenda.

3

Una agenda apropiada, establecida bien, pero algunas dificultades evidentes (p. ej.: una mala colaboración). Algo de adherencia a la agenda.

4

Buen establecimiento de agenda, problemas menores evidentes (p. ej.: sin priorización), pero características apropiadas cubiertas (p. ej.: revisión de la tarea). Moderada adherencia a la agenda.

5

Muy buen establecimiento de agenda fijada con objetivos discretos y priorizados. Adherencia a la agenda. Problemas mínimos.

6

Excelente establecimiento de agenda, incluso frente a las dificultades. El terapeuta trabaja con el paciente para establecer una agenda apropiada con problemas específicos, y adecuada al tiempo disponible.

2. RETROALIMENTACIÓN

0

Ausencia de retroalimentación, o retroalimentación altamente inapropiada.

1

Mínima presencia de retroalimentación ejecutada inapropiadamente con problemas graves y evidentes.

2

Presencia de retroalimentación, pero no dada con suficiente frecuencia por el terapeuta (p. ej.: intentos demasiado vagos para brindar oportunidades de comprensión y cambio al paciente.

3

Retroalimentación apropiada dada y suscitada con frecuencia, aunque con algunos problemas en términos de contenido o método de entrega.

4

Buena retroalimentación dada y suscitada con frecuencia, facilitando ganancias terapéuticas moderadas (p. ej.: el terapeuta realiza preguntas suficientes para estar seguro que el paciente comprende los puntos principales de la sesión). Problemas menores.

5

Muy buena retroalimentación dada y suscitada regularmente, facilitando la comprensión compartida y permitiendo ganancias terapéuticas significativas. Problemas mínimos.

6

Excelente uso de la retroalimentación, o retroalimentación altamente efectiva dada y suscitada regularmente incluso de cara a las dificultades. Total adherencia a la agenda.

3. COMPRENSIÓN

0

Ausencia de comprensión o comprensión altamente inapropiada (p. ej.: el terapeuta ignora la opinión del paciente). Nulas habilidades de empatía y escucha.

1

Intentos inapropiados por comprender y ser empático con la realidad interna del paciente, con graves errores evidentes (p. ej.: parece que el terapeuta proyecta sus propias actitudes sobre la realidad interna del paciente).

2

Intentos concretos por comprender y ser empático con la realidad interna del paciente, pero con numerosos problemas (p. ej.: el terapeuta hace interpretaciones equivocadas sobre los sentimientos o pensamientos del paciente).

3

Comprensión apropiada de la realidad interna del paciente con algunos problemas. El terapeuta generalmente parece darse cuenta de la realidad interna del paciente (p. ej.: refleja lo que el paciente comunica de manera explícita, pero falla para responder a las formas más sutiles de comunicación). El terapeuta posee competencia de empatía y escucha.

4

Buena comprensión. El terapeuta es capaz de parafrasear y reflejar lo que el paciente explícitamente le dice incluso responde a las formas más sutiles de comunicación. Buenas habilidades de empatía y escucha.

5

Muy buena comprensión de la realidad interna del paciente, problemas Mínimos (p. ej.: el terapeuta no hace uso de su lenguaje no verbal para transmitir la comprensión de la realidad interna del paciente). Muy buenas habilidades de empatía y escucha.

6

Excelente comprensión de la realidad interna del paciente. El terapeuta comunica con precisión de manera verbal y no verbal una comprensión de los pensamientos y sentimientos del paciente (p. ej.: el tono de voz del terapeuta refleja la comprensión de los problemas del paciente). Excelente empatía y escucha.

4. EFECTIVIDAD PERSONAL

0

Pobres o nulas habilidades interpersonales. El terapeuta se percibe hostil, desvalorizante o destructivo para el paciente debido a la ausencia o exceso de empatía, autenticidad y calidez.

1

Dificultad para mostrar empatía, autenticidad y calidez.

2

El terapeuta no parece destructivo, pero tiene problemas interpersonales significativos. En ocasiones luce innecesariamente impaciente, poco auténtico o tiene dificultad en promover la confianza.

3

El terapeuta es capaz de entender los significados explícitos dentro de los diálogos del paciente, resultando en un cierto grado de confianza. Sin embargo hay algunas inconsistencias que afectan al mantenimiento de la relación terapéutica.

4

El terapeuta demuestra ser capaz de comprender tanto los significados implícitos, como los explícitos dentro de los diálogos del paciente. Problemas menores evidentes que no afectan significativamente al mantenimiento de la relación terapéutica.

5

El terapeuta demuestra muy buena efectividad interpersonal. El paciente parece estar seguro de que está siendo comprendido, lo que facilita la auto-revelación. Problemas mínimos.

6

Efectividad interpersonal excelente. El terapeuta muestra niveles óptimos de calidez, preocupación por el paciente, confidencialidad, autenticidad y profesionalismo, apropiados para el paciente.

5. COLABORACIÓN

0

El terapeuta no intenta o intenta de manera altamente inapropiada colaborar con el paciente.

1

Colaboración inadecuada. (p. ej.: el terapeuta es demasiado controlador, dominador o pasivo).

2

El terapeuta intenta colaborar con el paciente ocasionalmente, pero el estilo didáctico o la pasividad del terapeuta fomentan la pasividad u otros problemas en la relación terapéutica.

3

Trabajo en equipo evidente, pero con algunos problemas en el establecimiento de la relación de colaboración (p. ej.: no hay tiempo suficiente para que el paciente reflexione y participe activamente).

4

Buen trabajo en equipo evidente, pero no es consistente a lo largo de la sesión.

5

Trabajo en equipo efectivo y evidente durante la mayor parte de la sesión. Problemas mínimos.

6

Excelente trabajo en equipo, el terapeuta estimula al paciente para que tome un rol activo durante la sesión (p. ej.: ofreciendo opciones.).

6. USO EFECTIVO DEL TIEMPO

0

El terapeuta no estructura el tiempo de la terapia o lo hace de manera altamente inapropiada (p. ej.: la sesión no pareció útil, es una sesión sin objetivo aparente).

1

Estructuración del tiempo inapropiada (p. ej.: la sesión es demasiado lenta o demasiado rápida que no se acopla a las necesidades actuales y la capacidad del paciente).

2

La sesión tiene cierta dirección, pero el terapeuta tiene numerosos problemas con el orden o la estructura que conducen a una distribución desequilibrada del tiempo (p. ej.: poca estructura, inflexibilidad en el orden, desviarse de la agenda).

3

Buen ritmo algunas veces, pero difuso a veces. Algunos problemas evidentes para la estructuración y distribución del tiempo.

4

Buena distribución de tiempo, equilibrada con fases discretas de inicio, medio y conclusión claras. Problemas evidentes menores.

5

Habilidades de gestión del tiempo muy buenas y evidentes, la sesión funciona con problemas mínimos. El terapeuta trabaja eficazmente en el control del flujo dentro de la sesión.

6

Excelente gestión del tiempo (p. ej.: limita con tacto las discusiones no productivas y que se desvían del tema central; mantiene un ritmo apropiado de la sesión para el paciente).

PARTE II: CONCEPTUALIZACION, ESTRATEGIAS Y TECNICAS

7. DESCUBRIMIENTO GUIADO

0

Ningún intento de promover el descubrimiento guiado en el paciente.

1

Poca oportunidad para que el paciente realice el descubrimiento. Persuasión y debate usados excesivamente.

2

Oportunidades mínimas para el descubrimiento. Algunos intentos de cuestionamiento, pero no sirven para ayudar al paciente a tener acceso a sus pensamientos, emociones o a hacer conexiones entre los temas.

3

El terapeuta logra alguna reflexión evidente en el paciente. El terapeuta utiliza principalmente un estilo de cuestionamiento que sigue.

4

Hay un grado satisfactorio de descubrimiento. El terapeuta utiliza un estilo de cuestionamiento habilidoso que ayuda al paciente a visualizar alguna nueva perspectiva de su problemática.

5

Reflexión lograda de muy buena manera. El terapeuta utiliza un estilo de cuestionamiento hábil que conduce a la reflexión, el descubrimiento y la síntesis.

6

Excelente técnica para promover el descubrimiento guiado lo que permite al paciente tener una profunda comprensión de su problemática y elabore sus propias conclusiones.

8. ENFOQUE EN COGNICIONES CLAVE

0

El terapeuta no intenta descubrir pensamientos específicos, presunciones imágenes, significados o conductas.

1

El terapeuta selecciona cogniciones y/o emociones inapropiadas, o ignora cogniciones y/o emociones clave.

2

El terapeuta suscita y selecciona alguna cognición y/o emoción clave, sin embargo tiene dificultades para mantenerse enfocado en ella y finalmente la ignora.

3

El terapeuta suscita y selecciona alguna cognición y/o emoción clave competentemente, aunque con algunos problemas evidentes (p. ej.: el terapeuta no explica al paciente los vínculos entre sus cogniciones, emociones v conducta).

4

Una serie de cogniciones y/o emociones clave suscitadas en forma verbal o escrita, dando lugar a una nueva comprensión de su relación. Problemas menores evidentes.

5

El terapeuta suscita y selecciona efectivamente una serie de cogniciones y/o emociones clave, que generalmente se abordan y se explican de manera apropiada para la comprensión del paciente.

6

Excelente trabajo realizado sobre la(s) cognición(es) y/o emoción(es) clave que eran más relevantes para las áreas del problema y ofrecían mayor oportunidad de cambio.

___ **9. ESTRATEGIA PARA EL CAMBIO.** (Nota: para este ítem, ponga atención en la calidad de la estrategia del cambio del terapeuta, no en qué tan efectivamente la estrategia fue implementada o si el cambio ocurrió).

0

El terapeuta no tiene estrategia clara para promover el cambio en el paciente.

1

El terapeuta aplica métodos inapropiados, y/o con habilidad o flexibilidad limitada.

2

El terapeuta aplica métodos apropiados para el cambio, sin embargo, la estrategia en general para promover un cambio fue vaga o no promisorio en ayudar al paciente.

3

El terapeuta aplica una serie de métodos para el cambio de manera competente, aunque con algunos problemas (p. ej.: intervenciones incompletas).

4

El terapeuta aplica una gama de métodos para el cambio con habilidad y flexibilidad, permitiendo al paciente desarrollar nuevas perspectivas. Problemas menores evidentes.

5

El terapeuta aplica sistemáticamente una gama adecuada de métodos para el cambio de una manera creativa, ingeniosa y eficaz. Problemas mínimos.

6

El terapeuta siguió una estrategia consistente para el cambio muy promisorio e incorpora técnicas cognitivas-conductuales muy apropiadas.

10. APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES. (Nota: Para este ítem, enfocarse en la habilidad para aplicar las técnicas, no en qué tan apropiadas eran para el problema o si el cambio ocurrió).

0

El terapeuta no aplica técnicas cognitivo-conductuales.

1

El terapeuta aplica técnicas cognitivo-conductuales inapropiadamente con errores graves y evidentes.

2

El terapeuta aplica técnicas cognitivo-conductuales con competencia evidente pero con numerosos errores y/o inconsistencias.

3

El terapeuta aplica técnicas cognitivo-conductuales apropiadamente pero con algunos errores evidentes.

4

El terapeuta aplica técnicas cognitivo-conductuales satisfactoriamente. Errores menores evidentes.

5

El terapeuta aplica técnicas cognitivo-conductuales de muy buena manera. Errores mínimos.

6

Excelente aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.

11. TAREA

0

El terapeuta no establece la tarea, o el establecimiento de la tarea es altamente inapropiado.

1

El terapeuta no negocia la tarea. Tiempo insuficiente asignado para la explicación adecuada, dando lugar a un establecimiento inapropiado del área.

2

El terapeuta tiene numerosas dificultades para establecer la tarea (p. ej.: no revisa la tarea anterior, no explica la nueva tarea con suficiente detalle).

3

El terapeuta establece una nueva tarea apropiada, pero con algunos problemas evidentes (p. ej.: no se ha explicado lo suficiente y/o no establece la tarea en conjunto con el paciente).

4

Buen establecimiento de la tarea (p. ej.: es apropiada y negociada conjuntamente con objetivos y fundamentos claros). Problemas menores evidentes.

5

Muy buen establecimiento de la tarea (p. ej.: es adecuada se negoció conjuntamente y se explicó bien, incluyendo una exploración de posibles obstáculos). Problemas mínimos.

6

Excelente establecimiento de la tarea. El terapeuta revisó la tarea anterior y asignó cuidadosamente la nueva tarea (p. ej.: la tarea fue muy apropiada para ayudar al paciente a incorporar nuevas perspectivas, poner a prueba las hipótesis, experimentar con nuevas conductas que fueron discutidas en la sesión).

**Parte III: CALIFICACIÓN GENERAL, CONSIDERACIONES ADICIONALES Y
COMENTARIOS**

12. ¿Cómo calificaría, en general, el desempeño en sesión de la persona que usted está evaluando como terapeuta cognitivo-conductual?

- **Seleccione la opción que considere adecuada en la siguiente escala:**

0	Pobre	
1	Inadecuado	
2	Apropiado	
3	Competente	
4	Bueno	
5	Muy bueno	
6	Excelente	

13. Seleccione el nivel de competencia en el que usted considere se encuentra el terapeuta que está evaluando.

- **Seleccione la opción que considere adecuada en la siguiente escala:**

0	Incompetente	
1	Novato	
2	Principiante avanzado	
3	Competente	
4	Competente avanzado	
5	Experto	

14. ¿Existieron algunos problemas especiales durante la sesión? (p. ej.: no adherencia a la tarea, dificultades interpersonales entre el terapeuta y paciente, desesperanza sobre la terapia, recaídas o recurrencias).

- Sólo en caso de contestar afirmativamente indique el número de su que corresponda a la sesión que : ____

0

El terapeuta no manejó o manejó de manera altamente inapropiada los problemas especiales que se suscitaron.

1

El terapeuta manejó los problemas especiales que se suscitaron inapropiadamente.

2

El terapeuta manejó los problemas especiales adecuadamente, pero utilizó estrategias o conceptualizaciones inconsistentes con la terapia cognitivo-conductual.

3

El terapeuta manejó los problemas especiales adecuadamente, pero utilizó estrategias inconsistentes con la terapia cognitivo-conductual.

4

El terapeuta manejó los problemas especiales competentemente, pero con algunos errores o inconsistencias.

5

El terapeuta manejó muy bien los problemas especiales utilizando una estructura cognitivo-conductual.

6

El terapeuta manejó excelentemente problemas especiales que surgieron, utilizando una estructura de terapia cognitivo-conductual.

15. ¿Existieron factores inusuales en esta sesión en particular, por los cuales usted perciba que el terapeuta no pueda ser medido por los estándares de esta escala?

Sí (favor de explicar los factores)

NO (pasar al ítem #16)

Explique aquí los factores, si es el caso:

16. ¿Si estuviera dirigiendo un estudio de terapia cognitivo-conductual, usted seleccionaría a este terapeuta para participar en el mismo? (Asumiendo que la sesión muestra el desempeño del terapeuta tal y como se desempeña usualmente en una sesión psicoterapéutica).

- **Seleccione la opción que considere adecuada según la pregunta en la siguiente escala:**

0	Definitivamente no	
1	Probablemente no	
2	No estoy seguro	
3	Probablemente si	
4	Definitivamente si	

17. ¿Qué tan difícil era este paciente para trabajar con el terapeuta?

- **Seleccione la opción que a su juicio considere adecuada según la pregunta:**

0	Nada difícil	
1	Un poco difícil	
2	Moderadamente difícil	
3	Difícil	
4	Muy difícil	
5	Extremadamente difícil	

18. Por favor escriba comentarios y sugerencias para que el terapeuta pueda mejorar su desempeño:

Escriba aquí los comentarios y sugerencias:

ANEXO 3

Manual Escala de Terapia Cognitiva
(Blackburn et al. 2000)

Desde este momento recomiendo a usted que abra el archivo word "Escala de Terapia Cognitiva" anexo en su correo para hacer un seguimiento de la escala, junto con esta presentación.

Objetivo

- El objetivo del presente manual es que usted conozca a qué se refiere cada ítem de la Escala de Terapia Cognitiva (ETC) para que de esta manera realice la evaluación.

Partes de la ETC

La ETC tiene en total 15 ítems que se distribuyen en tres partes:

- PARTE I : Competencias Básicas (Ítem 1 al 6)
- PARTE II: Conceptualización, Estrategias y Técnicas (Ítem 6 al 11).
- PARTE III: Calificación General, Consideraciones Adicionales y Comentarios (Ítem 12 al 18).

ESCALA DE DESEMPEÑO GENERAL

Niveles de Competencia	Escalas	Descripciones-Guía
Incompetente	0	Pobre, ausencia de desempeño, y/o ejecución altamente inadecuada.
Novato	1	Desempeño inapropiado, problemas graves y evidentes.
Principiante avanzado	2	Competencias evidentes, pero con numerosos problemas y falta de consistencia.
Competente	3	Competente, pero con algunos problemas y/o inconsistencias.
Competente avanzado	4	Buen desempeño, con problemas menores.
	5	Muy buen desempeño, problemas mínimos.
Experto	6	Excelente desempeño.

Ejemplo del Ítem 1

Este es el lugar donde deberá escribir el número que mejor califique el desempeño del consejero que usted evalúa aunque si lo prefiere puede utilizar la herramienta marca textos en su documento word para resaltar su elección.

1. AGENDA

0 No hay establecimiento de la agenda. 0 el establecimiento es altamente inapropiado.

1 Establecimiento de agenda inapropiado (p. ej., no hay objetivo, no es realista, tarea no es revisada).

2 Hay un interés por establecer una agenda, pero con numerosos problemas (p. ej., agenda establecido unilateralmente sin la colaboración del paciente). Poca adherencia a la agenda.

3 Una agenda apropiada, establecida bien, pero algunos dificultades evidentes (p. ej., una mala colaboración). Algo de adherencia a la agenda.

4 Buen establecimiento de agenda, problemas menores evidentes (p. ej., sin priorización) pero características apropiadas cubiertas (p. ej., revisión de la tarea). Moderada adherencia a la agenda.

5 Muy buen establecimiento de agenda. Spiza con objetivos claros y priorizados. Adherencia a la agenda. Problemas mínimos.

6 Excelente establecimiento de agenda, incluso frente a las dificultades. El terapeuta trabaja con el paciente para establecer una agenda apropiada con problemas específicos, y adherencia al tiempo disponible.

Cada escala (numeración del 0 al 6) le ofrece una descripción guía del desempeño del consejero, sin embargo si tales descripciones, para algún ítem en particular, no parecieran aplicar a la sesión que usted está evaluando, siéntase libre de usar la escala de desempeño general (sig. siguiente).

Consideraciones Especiales Antes de Comenzar a Evaluar

- Efecto Halo:** El problema más grave que Beck observó en los evaluadores es un "efecto halo". Cuando el evaluador piensa que el terapeuta es "bueno", él/ella tiende a calificar alto terapeuta al en todas categorías y viceversa, si piensa que el terapeuta es "malo".



Consideraciones Especiales Antes de Comenzar a Evaluar

- Tendencia de los evaluadores a atribuir significados idiosincráticos a números particulares en la escala. Por ejemplo evaluadores más críticos asignan un 1 cada vez que el terapeuta es "no tiene un desempeño satisfactorio", mientras que los evaluadores más generosos asignan un 5 cuando el terapeuta simplemente "ha hecho un buen trabajo" o "lo ha intentado".
- Así que se le invita a usted a basar sus calificaciones numéricas en las descripciones proporcionadas cuando sea posible.
- En el ítem 12 usted podrá seleccionar su "sentimiento general" sobre el desempeño del consejero.

Ítem 1: Agenda

- Al comienzo la sesión, el terapeuta y el paciente juntos establecen una agenda (orden del día, qué es lo que se abordará en la sesión). Hay tres características clave que deben ser consideradas en este ítem:

1. Presencia/ausencia de una agenda que sea explícita, acordada, priorizada, y factible en el tiempo disponible.
2. Adecuación de los contenidos de la agenda a la etapa de la terapia, las preocupaciones actuales, etc.), siendo un elemento permanente la revisión de la tarea previamente establecida (en el caso de los consejeros se les ha indicado que su sesión de evaluación compete a una primera sesión, después de la de *screening* o bien entrevista de evaluación).
3. El adecuado cumplimiento de la agenda.



9

Ítem 2: Retroalimentación

- Para generar comprensión entre los dos actores la retroalimentación es la vía que ayuda a verificar que el paciente entiende las intervenciones, formulaciones y línea de razonamiento del terapeuta, y que el terapeuta ha entendido con precisión los puntos principales de la realidad interna del paciente.
- Las dos formas principales de retroalimentación de información son a través de un resumen general y fragmentación de importantes unidades de información.



Ítem 3: Comprensión

- Se refiere a lo bien que el terapeuta puede entrar en el mundo interno del paciente, vea y experimente la vida como lo hace él.
- La comprensión incorpora lo que otros autores se han referido como escuchar y habilidades empáticas.
- El terapeuta comunica con precisión una comprensión de los pensamientos y sentimientos del paciente.



Ítem 4: Efectividad Interpersonal

- Es la capacidad del terapeuta para formar una buena relación con el paciente.
- Beck dice que el terapeuta debe mostrar niveles óptimos de calidez, preocupación, confianza, autenticidad y profesionalismo. El paciente debe sentir que estos rasgos están presentes en su terapeuta por lo que se deben de tomar en cuenta en este ítem.
- Empatía: Se refiere a la capacidad del terapeuta para comprender y entrar en los sentimientos del paciente.
- Autenticidad: El terapeuta ha establecido una relación de trabajo profesional y de confianza.
- Calidez: El paciente parece sentirse aceptado y fuera de juicios de su terapeuta.



12

Ítem 5: Colaboración

- El buen trabajo de equipo terapéutico es una característica fundamental de la TCC.
- La colaboración debe ser consistente a lo largo de la sesión.
- Debe haber una evidencia clara de trabajo en equipo productivo (p. ej.: hacer un registro, participación en las preguntas, la resolución de problemas compartidos, la toma de decisiones).
- El paciente debe ser alentado a ser activo en la sesión (p. ej.: con lenguaje verbal o no verbal alguna indicación con la mano).



13

Ítem 6: Uso Efectivo del Tiempo

- El terapeuta debe hacer un uso óptimo del tiempo de acuerdo con los puntos establecidos en la agenda.
- Debe mantener un control suficiente, limitar la discusión de los asuntos periféricos, interrumpir la discusión improductiva, y ritmo de sesión de manera adecuada.
- El trabajo debe tener un buen ritmo en relación con las necesidades del paciente y, aunque deben seguirse cuestiones importantes, las digresiones improductivas deben tratarse con suavidad.
- La sesión debe fluir rítmicamente a través de fases discretas de inicio, medio y conclusión.



14

Ítem 7: Descubrimiento Guiado

- El descubrimiento guiado es una forma de presentación y cuestionamiento que ayuda al paciente a obtener nuevas perspectivas para sí mismo sin el uso del debate o la enseñanza.
- Se basa en los principios del diálogo socrático, mediante el cual se utiliza un estilo interrogativo para promover el descubrimiento, explorar conceptos, sintetizar ideas y desarrollar hipótesis sobre los problemas y experiencias del paciente.
- Un descubrimiento guiado eficaz creará dudas donde anteriormente había certidumbre proporcionando así la oportunidad de reevaluación y nuevos aprendizajes.
- Se debe ayudar al paciente a desarrollar hipótesis con respecto a su situación actual y para generar soluciones potenciales para él / ella misma.
- Se ayuda al paciente a desarrollar una gama de perspectivas Con respecto a su experiencia.



Item 8: Enfoque en Cogniciones Clave

- Con el fin de conceptualizar el problema, el terapeuta debe obtener e identificar pensamientos automáticos, supuestos subyacentes, o comportamientos, funcionales al problema.
- Estas cogniciones y comportamientos específicos sirven entonces como objetivos para la intervención.
- Hay que tener en cuenta la habilidad y amplitud de los métodos utilizados (p. ej.: cuestionamiento socrático, flecha hacia abajo, imaginaria, juegos de rol, etc.)



Item 9: Estrategia para el Cambio

- Después de conceptualizar el problema y determinar las cogniciones claves. El terapeuta debe planificar una estrategia de cambio.
- La estrategia para el cambio debe ser lógica al problema que presenta el paciente, debe incorporar intervenciones cognitivo-conductuales promisorias para la mejoría del paciente.



17

Item 10: Aplicación de Técnicas Cognitivo-Conductuales

- Una vez que el terapeuta haya planificado una estrategia de cambio, debe aplicar las técnicas hábilmente.
- Incluso la estrategia más prometedora fracasará si se ejecuta mal la técnica elegida.
- Algunos criterios a tener en cuenta para calificar este ítem:
- El terapeuta debe ser fluido en la aplicación.
- Las técnicas deben aplicarse sistemáticamente, de modo que suele haber un comienzo (Introducción, hipótesis, justificación), medio (discusión de posibles soluciones o cambio) y final (resumen de conclusiones, asignación de tarea relevante).
- Las técnicas deben presentarse de manera articulada, en un lenguaje que el paciente pueda entender fácilmente.
- Debe ser sensible a si el paciente está realmente involucrado en el proceso de cambio.
- El terapeuta debe colaborar con el paciente en lugar de debatir, contrainterrogar o de ejercer presión en él/ella.

18

Item 11: Tarea

- Este ítem se refiere al establecimiento de una tarea de tarea adecuada, una con metas claras y precisas. Los objetivos deben ser negociar una tarea adecuada para la etapa de la terapia de acuerdo con la conceptualización. Para asegurar que el paciente entienda la razón de ser de la tarea: Probar ideas, probar nuevas experiencias, predecir y lidiar con posibles obstáculos, y experimentar nuevas formas de responder.
- Se deben establecer metas claras y precisas;
- La tarea debe derivarse del material discutido en la sesión, de manera que se comprenda claramente lo que se aprenderá de la realización de la tarea.
- La tarea debe ser establecida conjuntamente, y se debe permitir tiempo suficiente para que se explique con claridad (por ejemplo, explicar, discutir la relevancia, predecir los obstáculos, etc.)



Item 12: Calificación General

- En este ítem se tiene que asignar una calificación de la ejecución general, tal y como se percibe la ejecución del que se está calificando.

0	Pobre
1	Inadecuado
2	Apropiado
3	Competente
4	Buena
5	Muy buena
6	Excelente

20

Item 13: Nivel de Competencia

- Se le pide indicar el nivel de competencia (que es diferente a la calificación general del ítem 12) en el que se encuentra el terapeuta que usted está evaluando.

0	Incompetente
1	Novato
2	Principiante avanzado
3	Competente
4	Competente avanzado
5	Experto

21

Item 14 y 15: Identificación de Problemas

- Con este par de ítems se busca identificar como es que el terapeuta reaccionó y se desempeño ante la eventual aparición posibles 'problemas especiales' durante la sesión.
- Por ejemplo: Al inicio de la sesión el paciente presenta una crisis de ansiedad, por lo que el terapeuta no tiene oportunidad para establecer la agenda.
- En este caso el ítem 15 recabaría la descripción del evento especial y el 14 evaluaría el desempeño del terapeuta ante el evento.
- Con la información de este par de ítems se puede determinar hasta que punto la escala puede arrojar datos válidos si se presentan problemas especiales.



Item 16

- Para contestar este ítem se debe asumir que la sesión que ve es una muestra del desempeño usual del terapeuta.

Item 17

- El ítem ayuda a tener en cuenta la variable dificultad sobre el desempeño del terapeuta.

23

Item 18

- Se trata de brindar comentarios para que el terapeuta pueda mejorar su desempeño. Puede guiarse por puntos como:
- Qué fue lo que hizo bien
- Qué no hizo bien
- Qué podría mejorar
- Fortalezas
- Debilidades
- Áreas de Oportunidad
- Etc., o bien los puntos que usted considere, de acuerdo a su experiencia como psicólogo clínico cognitivo conductual.

24

Manual disponible en

