



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID

Proyecto de Innovación

Convocatoria 2020/2021

Proyecto Nº 214

Programas de entrenamiento para la práctica de la psicoterapia: desarrollo de
protocolos y estándares de medida basados en pruebas.

Francisco José Estupiñá Puig

Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica

1. Objetivos propuestos en la presentación del proyecto

PsiCall UCM, el servicio de atención psicológica por vía telemática a estudiantes de la UCM, es desde sus inicios centro de prácticas del estudiantado del Máster Oficial en Psicología General Sanitaria (MPGS). PsiCall UCM recibe y forma a un porcentaje importante de cada promoción del MPGS, en un sistema de práctica clínica supervisada que recibe excelentes valoraciones. Sin embargo, hay espacio para la mejora de este sistema de supervisión, incorporando recomendaciones internacionales (Klevac, 2012) y de expertos (Bennet-Levy, 2019; Milne, 1999), que recomiendan la incorporación de valoraciones objetivas de competencias clínicas mediante la observación directa. Para este fin, existen determinadas escalas desarrolladas en el contexto anglosajón, como la Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale (CTACS; Barber, Liese y Abrams, 2010) y Cognitive Therapy Self-rating Scale (CTSS; Bennet-Levy y Beedie, 2007).

El objetivo de este proyecto ha sido traducir al castellano y adaptar las escalas al contexto práctico de PsiCall UCM, para proceder a la hetero- y auto-observación sistemática de las competencias del estudiantado que se forma en PsiCall, antes, durante, y al final de sus prácticas. Se pretende emplear estas observaciones para diversos fines, entre ellos, mejorar el proceso formativo del estudiantado ofreciendo un *feedback* más preciso y específico de las competencias a potenciar, y estructurando y guiando los procesos de auto reflexión del estudiantado a propósito del ejercicio profesional de la psicología sanitaria en el ámbito de la intervención telemática; y ofreciendo información global sobre la cantidad de progreso, los indicadores del mismo, su relación con la cantidad de práctica y supervisión desarrollada con el estudiantado, etc.

Adicionalmente, el presente proyecto forma parte de un esfuerzo más ambicioso que pretende desarrollar un estándar objetivo de valoración de competencias adquiridas por el estudiantado en formación en la práctica profesional de la Psicología Sanitaria a partir de escalas publicadas, pero no adaptadas, validadas ni empleadas en el contexto hispanoparlante.

El núcleo del proyecto ha sido realizar ese proceso de adaptación y validación, para, posteriormente, emplear las mismas escalas para medir y potenciar la efectividad de los procesos formativos y de supervisión desarrollados en el PsiCall UCM con estudiantes del MPGS. Además, se pretendía estudiar los efectos de la cantidad de supervisión y

de actividad clínica en el ritmo de adquisición de competencias a diferentes niveles (valoración externa, autovaloración, resultados clínicos obtenidos).

Por tanto, de manera más específica, los objetivos del presente proyecto han sido:

1. Objetivo principal: Sistematizar el conjunto de competencias a desarrollar mediante la adaptación de las escalas identificadas en el marco de un proceso de reflexión.
 - 1.1. Desarrollar una versión heteroaplicada de la escala de competencias
 - 1.2. Desarrollar una versión autoaplicada de la escala de competencias.
2. Objetivos secundarios:
 - 2.1. Realizar una valoración objetiva de la progresión de las habilidades del estudiantado a lo largo de las practicas, y de los niveles de competencia alcanzados al final de las practicas, mediante la aplicación de las escalas.
 - 2.1.1. Una valoración objetiva del efecto de la cantidad de práctica sobre las competencias, a partir del numero de interacciones terapéuticas llevadas a cabo por el estudiantado, su tipo (presencial / online) y duración.
 - 2.1.2. Una valoración del desarrollo de acciones de entrenamiento y corrección específicas de las necesidades de cada estudiante, a partir del numero de casos supervisados de manera pormenorizada en sesiones de supervisión individuales y grupales, y su impacto en la competencia.
 - 2.1.3. Una valoración objetiva del proceso de reflexión y deliberación del estudiantado que cursa las practicas, mediante la aplicación de la escala CTSS, y su impacto en la competencia.
 - 2.2. Difundir los resultados del proyecto mediante publicaciones en revistas y comunicaciones en congresos para los que el contenido del proyecto resulte relevante.

2. Objetivos alcanzados

En cuanto al objetivo 1, podemos considerar que ha sido alcanzado por completo; se ha desarrollado una “Escala de Competencias Clínicas” a partir del estudio de referencias fundamentales en lengua inglesa, como la CTS-R y la CTACS. Estas escalas han sido traducidas y adaptadas en el marco de un proceso de reflexión en el que se han implicado diferentes agentes (equipo de dirección de la Clínica Universitaria de Psicología y el PsiCall UCM; equipo de becarios supervisores del PsiCall UCM; profesionales en la práctica privada de reconocida trayectoria).

Este proceso ha culminado con el desarrollo de una escala de 12 elementos, en versiones auto y hetero aplicadas. Además de su validación mediante la consulta y las aportaciones del conjunto de profesionales implicados, la escala, en su versión hetero aplicada ha sido estudiada psicométricamente en cuanto a su fiabilidad interjueces, encontrado valores muy adecuados de acuerdo al índice de correlación intraclassa en un modelo mixto de acuerdo absoluto. Las escalas, por tanto, están desarrolladas y listas para su uso en el contexto asistencial y docente del PsiCall UCM. Se dispone de un manual, de una guía de respuestas, y de formularios de recogida de información implementados en la plataforma Google Drive que permiten la recogida de datos de manera automatizada y totalmente pseudoanonimizada.

Respecto al objetivo 2, este se encuentra alcanzado parcialmente y todavía en desarrollo. A partir del proceso de estudio psicométrico de la escala se han derivado observaciones acerca del proceso formativo idóneo para que los supervisores del PsiCall UMC hagan uso de la misma. Estas observaciones han servido para establecer un protocolo dinámico de formación de los supervisores en el uso de la escala para asegurar el establecimiento de un criterio clínico adecuado. El protocolo incluye un proceso de formación y un proceso de calibrado periódico para evitar efectos de deriva del observador y consolidar las habilidades adquiridas para el manejo de las escalas, y su desarrollo ha supuesto retrasos en la recogida de datos. Tras la implementación de este protocolo para asegurar un adecuado manejo de las escalas por los supervisores, se ha procedido a su aplicación sistemática en todas las interacciones terapéuticas desarrolladas por los operadores en formación en PsiCall UCM. Por lo tanto, los objetivos 2.1.1, 2.1.2 y 2.1.3 se encuentran actualmente en proceso. Se espera adquirir una muestra suficiente de observaciones a lo largo del próximo semestre. En relación al objetivo 2.2, se encuentra igualmente alcanzado parcialmente y todavía en proceso. Actualmente se encuentra aceptada para su presentación una comunicación de

simposio invitado que se va a realizar del 9 al 11 de julio de 2021 en el V Congreso Nacional de Psicología, organizado *online* por el Consejo General de la Psicología de España. Se espera que las publicaciones escritas derivadas de este trabajo susciten el mismo interés.

En relación a los objetivos de la convocatoria Innova – Docencia 2020/2021, se entiende que el proyecto ha redundado satisfactoriamente en los mismos. En primer lugar, toda la actividad del proyecto se ha desarrollado online: tanto la actividad de desarrollo, como el entrenamiento de los supervisores, como la aplicación de las escalas, se han realizado telemáticamente. Esto ha supuesto el uso de múltiples herramientas digitales, su adecuación a los objetivos del proyecto y la adquisición de competencias por parte de todo el equipo en un contexto de enseñanza virtual a distancia, de modo que el proyecto se ha relacionado satisfactoriamente los objetivos 1. Formación del profesorado universitario en competencia digitales; y 2. Innovación en recursos educativos en abierto y enseñanza virtual. En relación al objetivo 3. Fomento de la inserción laboral y el emprendimiento entre los estudiantes; el presente proyecto supone un avance en la adquisición de competencias profesionales para el estudiantado del MPGS que cursa prácticas en PsiCall. Las valoraciones de la experiencia docente realizadas por el estudiantado durante este periodo han sido excelentes, con múltiples comentarios señalando la utilidad del modelo docente de PsiCall para que se identifiquen los propios puntos fuertes y débiles, así como la adquisición de competencias en el ámbito de la Telepsicología. Se espera que esto redunde positivamente en la empleabilidad de los egresados del PsiCall UCM.

Adicionalmente, el presente proyecto tiene también afinidad con las líneas prioritarias Innova – calidad, como el desarrollo de herramientas de apoyo a la enseñanza y evaluación en un sistema híbrido de docencia presencial - virtual; el desarrollo de herramientas e iniciativas para el diseño, aprobación, implementación, revisión y mejora de programas formativos, así como la difusión de los mismos; o el desarrollo de experiencias innovadoras de evaluación de las prácticas externas y de formación de tutores académicos y de entidades.

3. Metodología empleada en el proyecto

Se atendió a los principios de buenas prácticas para el proceso de traducción y adaptación cultural de medidas de la ISPOR (Wild et al., 2005). Se estimó que, dado que el equipo del proyecto optó por la elaboración de una medida nueva basada en otras, incluyendo adaptaciones extensas y la creación de nuevos contenidos, la práctica de una doble traducción (*forward translation / reconciliation / back translation*) no era necesaria.

La traducción y adaptación fueron realizadas por el director del proyecto, que posee un nivel C1 de inglés. El texto traducido y adaptado fue revisado después por el resto del equipo para corregir elementos de la redacción, erratas, etc. y obtener un texto definitivo. En la redacción de nuevos elementos se respetó la estructura de la CTS-R original, y se adoptó el modelo de competencia de Dreyfuss (1989) adaptado por James, Blackburn y Reichelt (2001), que establece seis niveles de competencia desde el nivel incompetente (“el terapeuta comete errores y muestra un comportamiento deficiente e inaceptable, lo que lleva a consecuencias terapéuticas negativas”) hasta el nivel experto (“El terapeuta ya no usa reglas, pautas o máximas. Tiene una comprensión tacita y profunda de los problemas, y es capaz de utilizar técnicas novedosas de resolución de problemas. Las habilidades se demuestran incluso frente a dificultades (por ejemplo, evitación excesiva”). Se desarrolló una Guía de Respuesta específica a partir del modelo de Dreyfuss adaptado para cada uno de los 12 elementos de la Escala de Competencia Clínica en su versión final.

Para la validación psicométrica de la escala se buscó obtener una medida de acuerdo interjueces como estimación de la fiabilidad de la escala. Para ello, se adoptó la aplicación de un coeficiente de correlación intraclase, con un modelo aleatorio de acuerdo absoluto, para garantizar una adecuada generalización de las conclusiones del proceso de validación a todo el universo de evaluadores y casos evaluados. Para valorar los índices de acuerdo obtenidos en el proceso se tomaron como referencia los valores normativos de Fleiss (1986)¹, en los que se establece que un coeficiente inferior a 0,40 corresponde a un mal acuerdo, entre 0,41 y 0,75 un buen acuerdo, y por encima de 0,76 un muy buen acuerdo. Adicionalmente, el coeficiente de correlación intraclase fue empleado para valorar la adecuación del criterio de cada supervisor del PsiCall UCM en relación al criterio experto definido, al final del proceso de evaluación. Con este fin se empleó un coeficiente de correlación intraclase, con un modelo mixto de acuerdo absoluto, para fijar la estimación a las valoraciones estimadas por el supervisor y el criterio.

4. Recursos humanos

Los profesionales implicados en el presente proyecto incluyen a la totalidad de la plantilla del PsiCall y a parte del equipo de la Clínica Universitaria de Psicología. Específicamente:

a) Francisco José Estupiñá, Coordinador del PsiCall UCM, se ha ocupado de la coordinación del proyecto en sus diferentes etapas, de la elaboración de la memoria de la solicitud y de la elaboración de la memoria final. Ha desarrollado el procedimiento y el proceso de análisis de la escala y su validación psicométrica, presentando el trabajo científico derivado de este proyecto en coautoría con la Directora de la Clínica Universitaria de Psicología y del PsiCall, la Dra. Cristina Larroy.

b) El equipo directivo de la Clínica Universitaria de Psicología (Drs. Cristina Larroy, Carmen Valiente, Gonzalo Hervás Torres, María Ángeles Quiroga e Ignacio Fernández-Arias) ha participado activamente en el proceso de reflexión y de desarrollo de la Escala de Competencias Clínicas, así como aportando contribuciones a la memoria de solicitud y a la memoria final.

c) El equipo de 6 supervisores del PsiCall UCM ha participado en el proceso de reflexión y desarrollo de la Escala de Competencias. Adicionalmente, han desarrollado los formularios *online* para la aplicación de las escalas, han completado el proceso de entrenamiento en el manejo de las escalas y han realizado las aplicaciones de la escala de competencias en formato hetero aplicado sobre las interacciones clínicas desarrolladas por los operadores en formación del PsiCall UCM.

d) El equipo de 10 becarios de la Clínica Universitaria de Psicología ha participado en el proceso de reflexión y desarrollo de las escalas.

e) Diversos profesionales en el ámbito de la práctica privada de la Psicología Sanitaria (Dña. Carmen Blanco, Dña. Laura Leal, D. Enrique Chacón y Dña. Paloma Díez) han participado en el proceso de reflexión y desarrollo de las escalas.

5. Desarrollo de las actividades

En el inicio del proyecto se partió de la traducción de las escalas CTS-R y CTACS. Una vez traducidas las escalas, se desarrolló un proceso de reflexión en varias rondas para señalar la adecuación de las diferentes competencias incluidas en las mismas al contexto de la Clínica Universitaria de Psicología UCM y el PsiCall UCM. Se desarrollaron dos rondas de revisión con el equipo de directivo de la Clínica Universitaria de Psicología y el PsiCall UCM. Tras estas reuniones se delimitó una primera lista de las competencias objetivo de evaluación, y se adoptó la escala CTS-R y su modelo teórico subyacente. De este proceso se derivó una primera propuesta de escala que fue debatida y refinada por el equipo directivo.

Posteriormente, se desarrolló una ronda de revisión con los equipos de becarios de ambos servicios, y con los profesionales externos. Todos ellos estudiaron el borrador de la escala y aportaron sugerencias que dieron lugar a modificaciones menores (cambios en la redacción del manual) o mayores (cambios en la estructura de la escala). Finalmente, se han mantenido, con adaptaciones, los elementos considerados “generales” en la CTS- R (aquellos referidos al marco de la sesión) y algunos de los específicos, en la medida en que gozan de una buena continuidad a través de diferentes enfoques y modelos de terapia (como, por ejemplo, el uso de tareas para casa). Las habilidades más relacionadas con una aplicación estricta de la terapia cognitiva han sido omitidas o adaptadas para resaltar su carácter general (por ejemplo, la integración conceptual). Adicionalmente, se han incorporado dos elementos, con un formato análogo a los anteriores, para reflejar aspectos trascendentes de la provisión de tratamientos psicológicos, aunque poco considerados debido a cuestiones de novedad u otras, como el uso de canales telemáticos y el respeto a normativas y procedimientos. Por último, se ha incorporado una valoración de la dificultad del caso, a partir de la sugerencia incluida en la CTACS (Liese, Barber y Beck, 1995), pero realizando una reformulación completa del constructo a valorar.

Una vez alcanzada una versión final de la Escala de Competencias Clínicas, se derivaron versiones auto y hetero aplicadas mediante formularios en la suite de formularios de Google Drive. Estos formularios no recogen en ningún caso información clínica ni confidencial de ningún tipo. A partir del formulario de recogida de datos en formato heteroaplicado se derivaron varias versiones adaptadas como cuestionario. Se seleccionaron al azar una serie de interacciones de atención que fueron valoradas por el Coordinador del servicio, cuya valoración de las mismas mediante la escala se estableció como criterio experto. Posteriormente, los supervisores del PsiCall

accedieron a las grabaciones ya valoradas, en primer lugar, a modo de demostración, teniendo disponibles las valoraciones del Coordinador, en segundo lugar, a modo de ensayo, pudiendo comparar sus valoraciones con las del Coordinador tras emitirlas mediante un formulario adaptado como cuestionario, y finalmente a modo de prueba de competencia con la escala. A partir de las valoraciones de esta última ronda se calculó el Índice de Correlación Intraclass mediante un modelo mixto de acuerdo absoluto, con un intervalo de confianza del 95%. Se observó un buen índice de correlación intraclass de acuerdo con los valores convencionales de Fleiss (1986) ($ICC_A = 0,704$; $IC95\% [0,391 - 0,897]$; $F_{vv0}(11,66) = 4,052$, $p < ,001$). Se comprobó también que el entrenamiento se había traducido en una ganancia promedio de 0,29 puntos en el índice de correlación intraclass referido a criterio experto y también que dos de los evaluadores no habían alcanzado el umbral de un buen índice correlación intraclass; excluyendo a estos dos evaluadores el índice de correlación intraclass se situaba en la categoría excelente o muy buena (Fleiss, 1986) ($ICC_A = 0,812$; $IC95\% [0,555 - 0,938]$; $F_{vv0}(11,44) = 8,038$, $p < ,001$). A partir de estos datos se reformuló el proceso de entrenamiento para incluir un criterio dinámico basado en un número variable de ensayos hasta alcanzar el umbral de un buen acuerdo y se ofreció feedback específico a los supervisores. Los resultados de este proceso de entrenamiento resultaron en una comunicación de Simposio Invitado, ya aceptada, que se producirá entre el 9 y el 11 de julio en V Congreso Nacional de Psicología.

A partir del fin del periodo de entrenamiento, se instruyó a los supervisores para que la Escala de Competencias Clínicas fuera completada en relación a cada operador en formación tras cada interacción clínica que tuvieran ocasión de monitorizar, a través del formulario online desarrollado a tal efecto. Se estableció la obligatoriedad de realizar al menos una monitorización semanal con cada operador a lo largo del proceso formativo y se inició la recogida de información.

Adicionalmente, se derivó, de la versión heteroaplicada de la Escala de Competencias Clínicas, una versión autoaplicada para ser usada por cada operador de manera individual, con los mismos tiempos definidos para la escala heteroaplicada. Ambos formularios recogían información sobre la interacción registrada con el fin de facilitar poner en relación la evaluación del supervisor y la autoevaluación del operador.

6. Anexos

Se incluyen los siguientes anexos:

- Manual de la Escala de Competencias Clínicas: Anexo I
- Guía de respuesta de la Escala de Competencias Clínicas: Anexo II
- Capturas de pantalla de los formularios de recogida de información de la Escala de Competencias Clínicas: Anexo III.

ANEXO I: ESCALA DE COMPETENCIAS CLÍNICAS – MANUAL DEL EVALUADOR

ESCALA DE COMPETENCIAS CLÍNICAS

MANUAL DE APLICACIÓN PARA EVALUADORES

La presente escala supone una adaptación parcial de la escala CTS-R de James, Blackburn, y Reichelt, 2001 que, a su vez, es la versión revisada de la escala CTS de Young y Beck (1980). Para esta escala se han mantenido, con adaptaciones, los ítems considerados “generales” en la CTS-R (aquellos referidos al marco de la sesión) y algunos de los específicos, en la medida en que gozan de una buena continuidad a través de diferentes enfoques y modelos de terapia (como por ejemplo, el uso de tareas para casa). Las habilidades más relacionadas con una aplicación estricta de la terapia cognitiva han sido omitidas o adaptadas para resaltar su carácter general (por ejemplo, la integración conceptual). Adicionalmente, se han incorporado dos elementos, con un formato análogo a los anteriores, para reflejar aspectos trascendentes de la provisión de tratamientos psicológicos, aunque poco considerados debido a cuestiones de novedad u otras, como el uso de canales telemáticos y el respeto a normativas y procedimientos. Por último, se ha incorporado una valoración de la dificultad del caso, a partir de la sugerencia incluida en la CTACS (Liese, Barber y Beck, 1995), pero realizando una formulación completa del constructo a valorar.

Modelo de competencia de Dreyfus: El modelo de Dreyfus (1989) es la base para la valoración de las diferentes competencias. Está diseñado para evaluar el nivel de competencia mostrado por el terapeuta (ver Tabla 2). Siguiendo el criterio de la escala CTS-R (James, Blackburn, y Reichelt, 2001), a la escala de Dreyfus original de cinco niveles se le ha agregado un nivel más para denotar 'incompetencia', como se describe a continuación.

Tabla 1: Nivel de competencia adaptado de Dreyfus

Incompetente: el terapeuta comete errores y muestra un comportamiento deficiente e inaceptable, lo que lleva a consecuencias terapéuticas negativas.

Principiante: en este nivel, el terapeuta muestra una adherencia rígida a las reglas enseñadas y es incapaz de tener en cuenta los factores situacionales. Aún no muestra ningún juicio discrecional.

Principiante avanzado: el terapeuta trata todos los aspectos de la tarea por separado y les da la misma importancia. Hay evidencia de perspectiva situacional y juicio discrecional.

Competente: el terapeuta es capaz de ver las tareas vinculadas dentro de un marco conceptual. Hace planes dentro de este marco y utiliza procedimientos estandarizados y rutinarios.

Avanzado: el terapeuta ve los problemas del paciente de manera integral, prioriza las tareas y es capaz de tomar decisiones rápidas. El terapeuta es claramente hábil y capaz.

Experto: El terapeuta ya no usa reglas, pautas o máximas. Tiene una comprensión tácita y profunda de los problemas, y es capaz de utilizar técnicas novedosas de resolución de problemas. Las habilidades se demuestran incluso frente a dificultades (por ejemplo, evitación excesiva).

Tomado de James, Blackburn, & Reichelt, 2001, p. 2

Sistema de puntuación:

Siguiendo la escala CTS-R, cada elemento se califica en una escala Likert de 7 puntos, que va de 0 a 6. Cada nivel se define en detalle para ajustarse a los niveles de competencia (ver Tabla 1).

Ejemplo de diseño de puntuación:

Características clave: esta es una descripción operativa del elemento.

Valore del 0 al 6 el nivel en el que cree que el terapeuta ha cumplido con las características clave. Las características descriptivas presentadas están diseñadas para guiar su decisión.

<i>Nivel de competencia</i>	<i>Ejemplos</i>
Incompetente	0 Ausencia de funciones o rendimiento muy inapropiado
Principiante	1 Rendimiento inadecuado, con problemas importantes evidentes
Principiante avanzado	2 Evidencia de competencia, pero numerosos problemas y falta de coherencia
Competente	3 Competente, pero con algunos problemas y / o inconsistencias
Avanzado	4 Buenas características, pero problemas menores y / o inconsistencias
Experto	5 muy buenas características, problemas mínimos y / o inconsistencias
	6 Excelente rendimiento, o muy bueno incluso frente a las dificultades del paciente.

Debe tenerse en cuenta que las calificaciones más altas (es decir, cerca del extremo “experto” del continuo) están reservadas para aquellos terapeutas que demuestren habilidades altamente efectivas, particularmente frente a dificultades (es decir, pacientes muy agresivos o evitativos; altos niveles de descarga emocional de los pacientes y varios factores situacionales).

La puntuación máxima en la escala es 60 (10 x 6). Se considera que un estándar mínimo de competencia es de 30, lo que sería un promedio de 3 puntos por ítem.

Ítem 1 - Establecimiento y cumplimiento de la agenda

Introducción: La agenda ayuda a garantizar que los problemas más importantes se aborden de manera eficiente. Terapeuta y paciente deben establecer estos problemas de manera conjunta. La agenda debe revisar los puntos de las interacciones anteriores, si las hubiera, en particular las tareas asignadas, si las hubiere, e incluir uno o dos puntos para la sesión. Una vez establecida, debe adherirse adecuadamente. Sin embargo, si los cambios son necesarios, debido a que surge un tema nuevo importante, la desviación de la agenda debe hacerse explícita. En un sentido amplio, la agenda incluye también el hecho de mantener sesiones, periódicas o puntuales, establecer las citas y trabajar para que se produzcan.

Las características clave de la 'agenda' se describen en la escala de calificación de la siguiente manera:

Características clave: Abordar adecuadamente los temas acordados y planteados de forma adecuada. Esto implica el establecimiento de objetivos discretos y realistas, de forma colaborativa. El formato para establecer la agenda puede variar según el tipo y canal de contacto, y según el estado del caso.

Se deben considerar tres características al calificar este elemento:

- I. presencia / ausencia de una agenda explícita, consensuada, priorizada y factible en el tiempo disponible;
- II. adecuación del contenido de la agenda (a la etapa de la terapia, preocupaciones actuales, etc.), siendo un tema permanente una revisión de la tarea establecida previamente;
- III. adecuada adherencia a la agenda.

NB: El establecimiento de la agenda requiere colaboración y el crédito por esto debe darse aquí, y solo aquí. La colaboración que se produzca en cualquier otra fase de la sesión debe puntuarse en el ítem 3 (Colaboración).

La terapia a corto plazo requiere que los temas importantes se discutan con sensibilidad pero se manejen de una manera empresarial. Para cubrir una gran cantidad de material de manera adecuada en un espacio de tiempo relativamente corto, se deben establecer objetivos específicos y realistas de manera colaborativa, y se deben cumplir de manera apropiada. De hecho, es de utilidad limitada establecer una buena agenda y luego no dejarse guiar por ella.

Al establecer la agenda, el terapeuta debe asegurarse de que los elementos sean apropiados. Deben ser adecuados para la etapa de la terapia, susceptibles de una justificación teórica, coherentes con la formulación o hipótesis de trabajo, y concebidos para hacer avanzar la terapia. Además, los elementos deben ser claros y discretos. Si los elementos son demasiado vagos, esto puede generar confusión y también dar lugar a que se discuta material divergente y tangencial. Sin embargo, es importante señalar que el terapeuta debe ser consciente de no permitir que el paciente entre en demasiados detalles sobre un tema en particular en esta etapa, ya que esto interrumpirá el proceso

de establecimiento de la agenda. El terapeuta debe tener cuidado de no incluir demasiados elementos, ya que esto puede hacer que se pierdan elementos importantes o que la terapia se apresure.

La lista de elementos debe incluir material tanto del paciente como del terapeuta. Una discusión sobre una tarea que se estableció previamente debe ser un elemento "permanente". Incluso cuando no se establecieron tareas en la sesión anterior (por el motivo que sea), se debe discutir el valor de tales asignaciones para reafirmar la importancia de este aspecto de la terapia. A menos que se haga esto, el paciente puede llegar a pensar que no es necesario completar la tarea con cuidado.

Parte de la socialización del paciente con el modelo de terapia pasa por establecer la expectativa de que deberá acudir a cada sesión habiendo reflexionado sobre los temas clave para el trabajo terapéutico de ese día. Esto incluye hacer consciente al paciente de la necesidad de un trabajo continuado en el tiempo, según sea preciso, y de adquirir un compromiso con el proceso asumiendo su parte de responsabilidad en el establecimiento y mantenimiento de las citas.

Después del establecimiento de la agenda, se le debe pedir al paciente que priorice su lista de elementos. La priorización le permite al terapeuta planificar la sesión y asignar el tiempo apropiado para el material. La priorización eficiente facilita el ritmo de la terapia.

LISTA DE VERIFICACIÓN - PREGUNTAS PARA LOS EVALUADORES:

1. ¿El terapeuta estableció una agenda con metas claras, discretas y realistas, y se adhirió a ella?
2. ¿Puedes identificar al menos dos puntos específicos de la agenda?
3. ¿Se animó al paciente a participar en el establecimiento de la agenda?
4. ¿Crees que el usuario entendió claramente lo que iba a cubrir la interacción terapéutica?
5. ¿Te pareció apropiada la agenda?
6. ¿Se dio prioridad a los elementos?
7. ¿Se configuró la sesión de manera sensata?
8. ¿Escuchaste algo de lo siguiente?
 - ¿Qué te gustaría obtener de la sesión de hoy?
 - Como es habitual al comienzo de la sesión, debemos establecer un plan.
 - ¿Qué beneficios crees que obtenemos al establecer la agenda?
 - Quizás debamos dedicar algo de tiempo a X.
 - ¿Qué es lo más importante a tratar hoy? ... ¿Hay otras cosas que incluir?
 - ¿Hay algo que te haya estado preocupando esta semana que pueda ayudar a ilustrar tus problemas?
 - Has mencionado X, Y y Z. ¿De cuál de estos temas te gustaría hablar primero?
 - Si discutiéramos este tema, ¿cómo ayudaría a llevar adelante la terapia?
 - ¿Qué sería más útil discutir hoy, teniendo en cuenta la etapa en la que nos encontramos en la terapia?
 - Al discutir X, ¿cómo nos ayudará esto a avanzar?
 - ¿Cuándo te parece que podemos retomar este tema?
 - ¿Podemos vernos la próxima semana a la misma hora?

Ítem 2 - Feedback

Introducción: El terapeuta debe proporcionar y obtener retroalimentación a lo largo de cada sesión. La retroalimentación del terapeuta debe ocurrir a intervalos regulares y es particularmente importante al final de la sesión de terapia. Esta retroalimentación ayuda a enfocar al paciente en los principales problemas terapéuticos y ayuda a reducir los problemas vagos o amorfos en unidades manejables. También ayuda tanto al terapeuta como al paciente a determinar si tienen una comprensión compartida de los problemas y preocupaciones.

Obtener retroalimentación asegura que el paciente comprenda las intervenciones, formulaciones y líneas de razonamiento del terapeuta. También permite que el individuo exprese reacciones positivas y negativas con respecto a la interacción terapéutica.

Las características clave de la 'retroalimentación' se describen en la escala de calificación de la siguiente manera:

Características clave: la comprensión del paciente y del terapeuta de los problemas clave debe mejorarse mediante el uso de retroalimentación bidireccional. Las dos formas principales de retroalimentar la información son a través del resumen general y la agrupación de unidades importantes de información. El uso de la retroalimentación adecuada ayuda tanto al terapeuta a comprender la situación del paciente, como al paciente a sintetizar el material que le permita obtener una comprensión importante y realizar cambios terapéuticos. También ayuda a mantener al paciente concentrado.

Se deben considerar tres características al calificar este elemento:

- I. Presencia y frecuencia, o ausencia, de retroalimentación. La retroalimentación debe proporcionarse / solicitarse a lo largo de la interacción, con resúmenes importantes tanto al principio (revisión de la semana) como al final (resumen de la sesión), mientras que las revisiones de los temas (es decir, fragmentos) deben ocurrir durante toda la sesión;
- II. Adecuación del contenido de la retroalimentación;
- III. Forma de presentación y obtención (NB: puede escribirse).

Este elemento enfatiza la importancia de la **retroalimentación bidireccional**. Al 'resumir' y agrupar la información a intervalos regulares, el terapeuta puede enfatizar las características principales, **sintetizar** material nuevo y resaltar temas que requieren mayor aclaración. Al obtener la retroalimentación del paciente (pensamientos y sentimientos) con respecto a la terapia, el terapeuta puede verificar la actitud, la base de conocimientos y la comprensión del paciente.

La fragmentación de la información y la obtención de comentarios deben **ocurrir con frecuencia**. En ocasiones, cuando se discute material particularmente importante o confuso, la retroalimentación debe ocurrir después de cada punto importante; esto también puede ayudar a "contener" problemas angustiantes. Durante la TC normal a corto plazo, la retroalimentación bidireccional debe ocurrir al menos cada 10 minutos.

Deben producirse resúmenes importantes al principio y al final de cada sesión, para ayudar a reforzar y consolidar el material terapéutico.

Es importante que la retroalimentación sea **apropiada**. Por ejemplo, al proporcionar retroalimentación, el terapeuta debe elegir el material destacado que se le presenta y luego resumir estas características de una manera que aclare y resalte los problemas clave. Esta forma de resumir y retroalimentar es la base de muchas formas de técnicas cognitivas (por ejemplo, el cuestionamiento socrático). Al obtener retroalimentación, el terapeuta debe ser consciente de que los pacientes (especialmente las personas que sufren de depresión) a menudo indican comprensión simplemente por incumplimiento. Por lo tanto, es vital que el terapeuta explore detenidamente la comprensión y la actitud del paciente hacia la terapia.

La **forma** en que se obtiene y se entrega la retroalimentación también es importante. Por ejemplo, el terapeuta debe ser sensible a las reacciones negativas y encubiertas expresadas tanto verbalmente como no verbalmente por el paciente, y también debe preguntar por los pensamientos del paciente cuando se den cuenta de tales pistas. Siempre que sea apropiado, el terapeuta debe pedirle al paciente sugerencias sobre cómo proceder o elegir entre cursos de acción alternativos.

Al dar retroalimentación, el terapeuta debe entregarla de una manera constructiva y que ayude a hacer avanzar la terapia. Esto implicará anticipar cómo se puede recibir la información (por ejemplo, percibida como crítica) y evitar actitudes prescriptivas o directivas en exceso que puedan convertir la retroalimentación en un mandato.

LISTA DE VERIFICACIÓN - PREGUNTAS PARA LOS EVALUADORES:

1. ¿Crees que la retroalimentación fue apropiada? ¿Crees que la retroalimentación fue suficientemente frecuente?
2. ¿El terapeuta agrupó los elementos de información importantes para proporcionar una base para una nueva interpretación?
3. ¿Se animó al paciente a proporcionar comentarios durante la sesión?
4. ¿Crees que la retroalimentación se utilizó de manera eficaz para ayudar a la comprensión del paciente?
5. ¿Escuchaste algo de lo siguiente?
 - ¿Podrías decirme los tres temas más importantes que hemos discutido hoy?
 - Solo para resumir, al comienzo de la sesión hablamos sobre X y el efecto que tuvo en tus sentimientos. Luego hablamos de Y, etc., etc.
 - Creo que he entendido lo que acabas de decir, déjame ver si puedo repetir los puntos principales.
 - ¿Podrías decirme si lo entendí bien?
 - ¿Hay algo de lo que he dicho que no tenga sentido?
 - ¿Qué fue lo más / menos útil de lo que discutimos hoy?

Ítem 3 - Colaboración

Introducción: El buen trabajo en equipo terapéutico es una característica fundamental de la terapia cognitiva. La colaboración debe ser constante durante toda la sesión, aunque a veces pueden ser necesarios enfoques didácticos (por ejemplo, educar al paciente sobre los efectos físicos de la ansiedad).

Las características clave de la 'colaboración' se describen en la escala de calificación de la siguiente manera:

Características clave: Se debe alentar al paciente a que esté activo en la sesión. Debe haber evidencia clara de trabajo en equipo productivo, con el terapeuta alentando hábilmente al paciente a participar plenamente (por ejemplo, mediante técnicas de entrevista, resolución de problemas compartida y toma de decisiones) y asumir la responsabilidad. Sin embargo, el terapeuta no debe permitir que el paciente divague de forma desestructurada.

Deben tenerse en cuenta tres características: el estilo del terapeuta debe fomentar el trabajo en equipo eficaz mediante el uso de:

- I. habilidades verbales (por ejemplo, no dirigir);
- II. habilidades no verbales (por ejemplo, atención y uso de actividades conjuntas);
- III. intercambio de resúmenes escritos.

NB: Las preguntas son una característica central con respecto a este ítem, pero las preguntas diseñadas para facilitar la reflexión y el autodescubrimiento deben puntuarse en el ítem 9 (Descubrimiento guiado).

Como se mencionó anteriormente, la colaboración se utilizará durante el establecimiento de la agenda (elemento 1) y debe acreditarse en consecuencia dentro de este elemento. Por lo tanto, el crédito en este tema sólo debe otorgarse por evidencia de colaboración que ocurre fuera del establecimiento de la agenda.

El terapeuta debe adoptar un estilo que promueva una relación igualitaria, en la que terapeuta y paciente trabajen **activamente** hacia objetivos compartidos. Esto se logra mediante el desarrollo de un enfoque de "**trabajo en equipo**". Por lo tanto, el terapeuta debe evitar ser demasiado directivo, demasiado intelectual, controlador o pasivo.

El terapeuta debe encontrar un equilibrio entre estar estructurado por un lado y permitir al paciente tomar decisiones y asumir la responsabilidad por el otro. Para lograr una buena alianza terapéutica, el terapeuta debe evaluar las necesidades del paciente y, en particular, sus modos de aprendizaje preferidos. Por ejemplo, Beck (1983) sugiere que los individuos que muestran rasgos sociotrópicos responden mejor a relaciones terapéuticas cálidas de apoyo, mientras que aquellos con rasgos autónomos prefieren asumir un alto nivel de responsabilidad dentro de la terapia y responder mejor a un enfoque más orientado a las tareas.

La buena colaboración también implicará lograr un equilibrio entre las características **verbales** y **no verbales**. Por ejemplo, decidir cuándo hablar y cuándo escuchar; cuándo confrontar y cuándo retroceder; cuándo ofrecer sugerencias y cuándo esperar a que el paciente elabore las suyas propias.

Otro elemento importante de la colaboración es que el terapeuta sea abierto sobre el proceso y el estado de la terapia. Esto incluye que el terapeuta explique el fundamento de las intervenciones, admita confusión; **comparta resúmenes tanto verbalmente como por escrito.**

LISTA DE VERIFICACIÓN - PREGUNTAS PARA LOS EVALUADORES:

1. ¿Se animó al paciente a participar plenamente como miembro del equipo?
2. ¿Pudo el terapeuta establecer una relación de colaboración?
3. ¿Le dio el terapeuta al paciente suficiente espacio y tiempo para pensar?
4. ¿El terapeuta fue demasiado directivo o demasiado controlador?
5. ¿Escuchó algo de lo siguiente?:
 - ¿Cómo podemos poner eso a prueba?
 - Quizás podríamos idear juntos una forma alternativa de abordar este tema.
 - Antes de establecer esta tarea de comportamiento, examinemos los posibles obstáculos que podrían impedir que aprendamos algo de ella.
 - Eso es difícil, así que démosle una vuelta entre los dos e intentemos pensarlo detenidamente.
 - ¿Podrías ayudarme a darle sentido a esto?
 - Estoy seguro de que juntos podemos resolver este problema.
 - Veamos esto juntos.
 - Tú eres el experto con respecto a tu problema, entonces, ¿podrías ayudarme a entenderlo?
 - Tienes tu tarea, ¿te gustaría que hiciera algo para la próxima semana?

Ítem 4 - Ritmo y uso eficiente del tiempo

Introducción: El terapeuta debe hacer un uso óptimo del tiempo de acuerdo con los puntos establecidos en la agenda. Debe mantener suficiente control, limitar la discusión de temas periféricos, interrumpir la discusión improductiva y organizar la sesión de manera apropiada. Sin embargo, el terapeuta debe evitar apresurar la sesión para alcanzar objetivos cruciales.

Las características clave de 'Ritmo y uso eficiente del tiempo' se describen en la escala de calificación de la siguiente manera:

Características clave: La sesión debe estar bien "administrada en tiempo" en relación con la agenda, y la sesión debe fluir sin problemas a través de fases discretas de inicio, desarrollo y conclusión. El trabajo debe realizarse a un buen ritmo en relación con las necesidades del paciente y, si bien es necesario seguir los temas importantes, se debe lidiar con las digresiones improductivas con tacto. La sesión no debe alargar su duración sin una buena razón.

Deben considerarse tres características:

- I. El grado en que la sesión fluye sin problemas a través de las diferentes fases;
- II. la idoneidad del ritmo a lo largo de la sesión;
- III. El grado de adaptación a la velocidad de aprendizaje del paciente.

El tiempo en la sesión debe **gestionarse bien**, de manera que esta no sea ni demasiado lenta ni demasiado rápida. Por ejemplo, el terapeuta puede insistir inconscientemente en un punto después de que el paciente ya ha captado el mensaje, o puede recopilar muchos más datos de los necesarios antes de formular una estrategia de cambio. En estos casos, las sesiones pueden parecer dolorosamente lentas e ineficaces. Por otro lado, el terapeuta puede pasar de un tema a otro con demasiada rapidez, lo que no permite que el paciente integre suficientemente el nuevo contenido. El terapeuta también puede intervenir antes de haber reunido suficientes datos para conceptualizar el problema. En resumen, si la terapia se lleva a cabo con demasiada lentitud o demasiada rapidez, puede impedir el cambio terapéutico y podría desmotivar al paciente.

El ritmo del contenido siempre debe adaptarse a **las necesidades del paciente y a su velocidad de aprendizaje**. Por ejemplo, cuando hay evidencia de dificultades (por ejemplo, dificultades emocionales o cognitivas), es posible que sea necesario dedicar más tiempo y atención. En tales circunstancias, los puntos del orden del día se pueden cambiar o adaptar en consecuencia. En algunas circunstancias extremas (por ejemplo, revelación de pensamientos suicidas), la estructura y el ritmo de la sesión deberán cambiar drásticamente de acuerdo con las necesidades de la situación.

La terapia debe pasar por **fases diferenciadas**. Al principio, debería haber una agenda estructurada. Luego, el plan acordado de la sesión debe manejarse de manera eficiente durante la fase principal.

Es importante que el terapeuta mantenga una visión general de la sesión para conseguir el ritmo correcto **durante todo el proceso**. Esto puede implicar que el terapeuta

interrumpa cortésmente una discusión periférica y dirija al paciente de regreso a la agenda.

Una sesión a buen ritmo no debería exceder el tiempo asignado para la misma y debería cubrir los puntos establecidos en la agenda acordada. También permitirá que haya suficiente tiempo para que la tarea se establezca adecuadamente, y no se apresure sin necesidad.

LISTA DE VERIFICACIÓN - PREGUNTAS PARA LOS EVALUADORES:

1. ¿Pudo el terapeuta reconocer las necesidades del paciente y adaptar la sesión en consecuencia?
2. ¿Hubo algún momento en el que la sesión se desarrolló con demasiada lentitud o rapidez (por ejemplo en la fase de establecimiento de la agenda)?
3. ¿Crees que la sesión transcurrió bien en general?
4. ¿Pudo el terapeuta evitar digresiones improductivas?
5. ¿Quedó suficiente tiempo para asignar la tarea?
6. ¿Se adaptó bien el ritmo de la sesión a las necesidades del paciente?
7. ¿El paciente pareció apresurado?
8. ¿Escuchó algo de lo siguiente?
 - ¿Cuánto tiempo deberíamos dedicar a ese tema?
 - ¿Te importaría detenerte un segundo? Ya me has dado mucha información. Solo para asegurarme de que yo he entendido completamente, veamos los puntos principales que has planteado.
 - Es posible que nos hayamos desviado un poco del tema, ¿volvemos y nos enfocamos en los temas principales que habías planteado?
 - Ahora nos quedan 20 minutos antes del final de la sesión. ¿Hay algo que creas que debemos cubrir antes de terminar, teniendo en cuenta que también tendremos que establecer la asignación de tareas?
 - ¿Crees que deberíamos dejar este tema ahora?

Ítem 5 - Efectividad interpersonal

Introducción: La capacidad del terapeuta para entablar una buena relación con el paciente se considera crucial para la terapia. De hecho, para que el paciente pueda revelar material difícil, debe haber confianza en el terapeuta. Rogers sugiere que los factores no específicos de "empatía, autenticidad y calidez" son características clave de una terapia eficaz.

Las características clave de la 'eficacia interpersonal' se describen en la escala de calificación de la siguiente manera:

Características clave: el paciente se siente cómodo con el comportamiento verbal y no verbal del terapeuta (por ejemplo, habilidades para escuchar). El paciente debe sentir que las condiciones centrales (es decir, calidez, autenticidad, empatía y comprensión) están presentes. Sin embargo, es importante mantener los límites profesionales.

En situaciones en las que el terapeuta es extremadamente eficaz interpersonalmente, es creativo, perspicaz e inspirador.

Deben considerarse tres características:

- I. Empatía: el terapeuta es capaz de comprender y entrar en los sentimientos del paciente de manera imaginativa y utiliza esta comprensión para promover el cambio;
- II. Autenticidad: el terapeuta ha establecido una relación de trabajo de confianza;
- III. Calidez: el paciente parece sentirse querido y aceptado por el terapeuta.

Para que se transmitan los niveles apropiados de las tres características, se requiere un juicio cuidadoso por parte del terapeuta. Deben tenerse en cuenta las necesidades personales y contextuales. Por ejemplo, hacia el final de la terapia se pueden usar niveles más bajos de calidez, en comparación con el comienzo, para promover la desconexión del paciente.

La **empatía** se refiere a la capacidad del terapeuta para hacer que el paciente sea consciente de que sus dificultades se reconocen y comprenden tanto a nivel emocional como cognitivo. El terapeuta debe demostrar que comparte los sentimientos del paciente de manera imaginativa. Por ejemplo, la promoción de un sistema de valores compartidos entre el terapeuta y el paciente ayudará a mejorar este aspecto de la relación. El terapeuta debe evitar parecer distante, frío o crítico.

Un buen terapeuta debe adoptar un estilo terapéutico **genuino** y sencillo. Un estilo sincero y abierto promoverá una relación de trabajo colaborativa y de confianza. El terapeuta debe evitar parecer condescendiente o con actitud de superioridad.

También es importante que el terapeuta transmita **calidez** y preocupación a través de su comportamiento verbal y no verbal. El terapeuta debe evitar ser crítico,

desaprobador, impaciente o frío. Debe transmitir una actitud de aceptación de la persona, pero no por supuesto con respecto a su forma de pensar.

Es importante destacar que el uso adecuado del humor a menudo puede ayudar a establecer y mantener una buena relación terapéutica.

LISTA DE VERIFICACIÓN - PREGUNTAS PARA LOS EVALUADORES:

1. ¿Consideras que la relación fue positiva?
2. ¿El terapeuta mostró empatía, comprensión, calidez y autenticidad adecuadas?
3. ¿Pareció apropiadamente genuino, ayudando a facilitar la confianza terapéutica?
4. ¿Crees que mostró aceptación y agrado por el individuo, sin romper los límites profesionales?
5. ¿El terapeuta parecía seguro?
6. ¿El terapeuta sintió empatía por la angustia del paciente?
7. ¿Reconoció el terapeuta alguna dificultad?
8. ¿Escuchaste algo de lo siguiente?:
 - Entiendo que X fue difícil para ti.
 - Risa compartida.
 - Eso debe haberte hecho sentir mal.
 - Has hecho un gran esfuerzo aquí. Gracias.
 - A pesar de las enormes dificultades, lo hiciste realmente bien.
 - Mucha gente se sentiría así, pero tú has decidido hacer algo al respecto.

Ítem 6 – Recogida de información

Introducción: Tanto en las fases iniciales del contacto con el caso, habitualmente dedicadas a la evaluación, como en fases más avanzadas de la intervención, la recogida de información válida, fiable y completa es crucial para el desarrollo de una intervención adecuada. La recogida de información es condición necesaria para la conceptualización del caso, si bien se distingue de ella en la medida en la que se centra en los procesos para elicitar datos útiles al proceso de conceptualización, y otros. Es fundamental que el resto de procesos terapéuticos estén fundados en datos recogidos de manera activa y adecuada.

La recogida de información adecuada requiere habilidades interpersonales específicas (el uso de la clarificación, reflejo, paráfrasis, síntesis, etc.), habilidades cognitivas (estrategias de indagación, establecimiento y puesta a prueba de hipótesis, etc.) y debe contextualizarse en áreas específicas de intervención, que pueden requerir adaptaciones técnicas y conceptuales significativas (intervención con determinadas patologías o poblaciones). En todo momento, la recogida de información debe de estar adaptada al momento del proceso terapéutico, aunque es pertinente señalar que la evaluación debe de estar presente a lo largo de todo el mismo.

Las características clave de la 'Recogida de información' se describen en la escala de calificación de la siguiente manera:

Características clave: La recogida de información debe ser un proceso continuado a lo largo de la intervención, lo que requiere de un compromiso con el mismo por parte del profesional, así como de la capacidad para detectar cuándo es pertinente detenerse para evaluar en detalla un aspecto o situación relevante para el proceso. La recogida de una información libre de sesgos y con capacidad para responder a las dudas y cuestiones del profesional requiere de pericia técnica y cognitiva

Deben considerarse tres características:

- I. la búsqueda activa de información mediante estrategias que resulten fiables y válidas, y que eviten la inducción de respuestas o la puesta a prueba de hipótesis desde una perspectiva confirmatoria;
- II. el mantenimiento de la indagación hasta que se obtiene una cantidad de información suficiente para los objetivos actuales, sin precipitarse o excederse ante la recogida de información;
- III. la regularidad en la recogida de información, como expresión de que el profesional comprende la naturaleza dinámica de los procesos del paciente y del propio proceso terapéutico.

NB: otros elementos de la presente escala también comprenden la recogida de información, como la colaboración, el feedback o el uso eficiente del tiempo. Debe distinguirse el uso de la recogida de información en estas áreas, donde su papel está subordinado a esos objetivos, frente a las dinámicas de recogida de información a las que se refiere este elemento.

El profesional debe ser el garante de la continuidad del proceso de recogida de información o evaluación, es decir, debe adoptar un **rol activo** a la hora de preguntar e

indagar; sin embargo, no debe caer en un exceso de **directividad** que comprometería la fiabilidad del proceso de recogida de información mediante la producción de la aquiescencia del paciente, la realización de preguntas que prefiguren la respuesta esperada o “correcta” desde la perspectiva del profesional.

La temporalidad es crucial en la recogida de información, y ya sea en un proceso de tratamiento psicológico o en un consejo psicológico puntual, la interacción debe primar la recogida de información en los primeros momentos del proceso. Sin embargo, el proceso de recogida de información no debe cesar a lo largo del plazo. Esto supone reconocer la naturaleza **dinámica y cambiante** de las realidades evaluadas, por un lado, lo que requiere de un compromiso con la recogida periódica de información; y por otro, reconocer que los procesos terapéuticos son **autocorrectivos** y dependen de una observación continua del proceso y sus resultados, sin que se puedan prefigurar o anticipar procesos o desenlaces, sin, al menos, comprometerse con su **contrastación empírica**. En este sentido, la recogida de información debe tener preeminencia sobre las opiniones, la intuición o los pronósticos del profesional.

La evaluación debe orientarse, además, a los diferentes aspectos de la conducta problema, es decir, las **emociones, cogniciones y conductas** del paciente. Así, el profesional debe buscar elicitación de información sobre los diferentes aspectos de la conducta problema, sin primar ninguno de ellos. También es fundamental la consideración cuidadosa del **contexto** en el que se inscribe el problema.

La recogida de información es una actividad con **diferentes facetas y aspectos técnicos** que deben de ser manejados armónica y complementariamente por el profesional; la entrevista (libre, semi- o estructurada), el uso de cuestionarios, el uso de registros y otros procedimientos (como la observación sistemática). La excelencia profesional requiere competencia en los diferentes procesos de recogida de información, tanto en su aplicación, como en la toma de decisiones sobre la conveniencia o no de su aplicación, y de la elección entre diferentes variantes, en su caso.

LISTA DE VERIFICACIÓN - PREGUNTAS PARA LOS EVALUADORES:

1. ¿Ha reconocido el profesional la necesidad de recoger información cuando se ha presentado dentro del proceso? ¿Ha tomado la iniciativa o se ha dejado llevar por la necesidad de compartir información del paciente?
2. ¿Se ha recogido suficiente información antes de pasar a la conceptualización o a la aplicación de procedimientos de cambio?
3. ¿Se ha recogido información sobre las diferentes facetas de la conducta problema y del contexto?
4. ¿La manera en la que se ha planteado la recogida de información ha sido neutra y objetiva? ¿Se han presentado alternativas o respuestas como más adecuadas o deseables, sesgando las respuestas del paciente?
5. ¿Se han contrastado las informaciones recogidas mediante el retest u otras estrategias complementarias de evaluación?
6. ¿Se han manejado diferentes alternativas de evaluación conforme resultaba necesario? ¿Se han integrado adecuadamente en la recogida de información?

7. ¿Las elecciones realizadas sobre la estrategia de evaluación han sido adecuadas a los objetivos de evaluación del momento?
8. ¿Has escuchado algo de lo siguiente?
 - Cuéntamelo como si fuera una película.
 - ¿Qué te pasaba por la cabeza en ese momento? ¿Y justo antes?
 - ¿Qué hacías tú en ese momento?
 - ¿Qué sensaciones notabas en tu cuerpo en ese momento?
 - ¿Siendo 0 nada en absoluto y 10 totalmente, ¿cómo de intenso es X?
 - Antes / hace un tiempo me hablabas de X. ¿Cómo lo ves ahora?
 - Me gustaría que nos detengamos un poco para hablar de esto que me comentas.
 - Hay algunas cosas que me gustaría que hicieras para ayudarme a entender X.
 - ¿Cómo crees que podríamos estar seguros de cuánto / cuándo / cómo ocurre lo que me cuentas?
 - ¿Qué te dicen otras personas sobre estas situaciones?

Ítem 7– Integración conceptual

Introducción: La conceptualización se refiere a la provisión de una base de conocimientos adecuada que promueva la comprensión y facilite el cambio terapéutico. Abarca tanto el fundamento de la terapia como la formulación. A través de la conceptualización, el paciente obtendrá una comprensión del fundamento de su problema, sus características subyacentes y de mantenimiento, y los desencadenantes relevantes. Es importante destacar que el paciente también debe comprender la eficacia relativa de las estrategias de afrontamiento que se utilizan actualmente para abordar el problema.

El proceso de conceptualización implica inicialmente socializar al paciente con la justificación terapéutica (por ejemplo, establecer los vínculos entre "pensamientos → emociones → comportamientos"). Esta justificación variará con respecto a los diferentes trastornos y enfoques del problema.

Después de la fase de evaluación inicial, el proceso implica el desarrollo de una comprensión adecuada del problema. Esto se denomina **formulación** y es una descripción personalizada del problema en términos tanto de su génesis como de sus características de mantenimiento. La formulación implica establecer los vínculos laterales (es decir, situacionales y de mantenimiento) y verticales (es decir, históricos) que sustentan el problema.

Después de la formulación, el paciente debe adquirir el conocimiento de lo que debe cambiarse y las estrategias de cambio más adecuadas (es decir, los mecanismos de cambio). Cuando se trabaja con eficacia, tanto el terapeuta como el paciente tendrán una comprensión teórica compartida de los objetivos, el modelo y el estado actual de la terapia con respecto a los objetivos terapéuticos.

Ha de tenerse en cuenta que, en este contexto, el término "conceptualización" se usa de modo amplio, sin abogar por la aplicación de un modelo concreto de formulación del problema. Qué conceptualización del problema sea adecuada es función del contexto de la intervención, y no puede ser igual para una terapia individual cara a cara que para un seguimiento periódico por vía telefónica. No obstante, es imprescindible que alguna forma de conceptualización del problema esté presente de fondo en todo contacto terapéutico.

Las características clave de la 'conceptualización' se describen en la escala de calificación de la siguiente manera:

Características clave: Se debe ayudar al paciente a obtener un reconocimiento de la historia, los factores desencadenantes y las variables mantenedoras de su problema a fin de generar cambios en el presente y el futuro. El terapeuta debe ayudar al paciente a comprender cómo sus percepciones e interpretaciones, creencias, actitudes y reglas se relacionan con su problema. Una buena conceptualización examinará las cogniciones y las estrategias de afrontamiento antecedentes, así como las actuales. Esta comprensión basada en la teoría debe integrarse bien y utilizarse para guiar la terapia hacia adelante.

Deben considerarse dos características:

- IV. la presencia / ausencia de una conceptualización adecuada que esté en línea con los objetivos de la terapia;
- V. la forma en que se utiliza la conceptualización (por ejemplo, como plataforma para las intervenciones, tareas, etc.).

La conceptualización es uno de los procesos clave de la terapia a través del cual se produce el cambio. Proporciona la descripción teórica del trabajo. Su **ausencia** puede conducir a una terapia inconexa, lo que podría impedir que el paciente adquiera una mayor comprensión. Cuando no está adecuadamente integrada dentro de la terapia, el trabajo puede perder su enfoque y solo consistir en un conjunto de técnicas no relacionadas.

Para que se produzca una terapia eficaz, la conceptualización debe ser **adecuada**. Para llegar a un fundamento apropiado es necesario realizar una evaluación exhaustiva, en la que tanto el terapeuta como el paciente recopilen información para aumentar su comprensión del problema. A través de este proceso de recopilación de datos, el paciente aprende a monitorear las características importantes de su trastorno (cogniciones, emociones, conductas, comportamientos de seguridad, sesgos cognitivos, etc.) y, por lo tanto, obtiene una mayor comprensión. Para instigar este proceso de manera efectiva, el terapeuta debe tener una buena comprensión teórica del modelo subyacente a la terapia empleada y los aspectos específicos del trastorno del paciente (es decir, los modelos clínicos de depresión, pánico, TOC, TEPT, etc.).

Durante este período, los pacientes aprenden a desglosar situaciones utilizando la lógica. En esencia, comienzan a convertirse en su propio terapeuta. Este proceso a menudo se facilita en gran medida mediante el uso de material escrito adecuado. Normalmente, el terapeuta ilustrará las relaciones mediante diagramas o mediante el uso de ejemplos, historias y metáforas. Si no se realiza adecuadamente, el paciente puede sentirse incomprendido y alienado. Él / ella puede volverse menos activo tanto dentro como fuera de las sesiones.

Una buena relación de colaboración suele ser esencial para desarrollar una formulación integral. El terapeuta también debe ser sensible, especialmente cuando trabaja en el nivel de las creencias fundamentales. Sin embargo, es importante recordar que estas características deben clasificarse en los elementos relevantes (por ejemplo, colaboración y efectividad interpersonal, respectivamente).

Uno de los principales propósitos de establecer la justificación de la terapia es socializar al paciente con el modelo y generar evidencia hacia la formulación. La formulación **apropiadamente** construida debe poder explicar la mayoría de las características de los trastornos del paciente (históricos y presentes, incluyendo: miedos, vulnerabilidades, estrategias de evitación, mantenimiento y compensación, estrategias de afrontamiento efectivas y disfuncionales, etc.). El objetivo final de la formulación es llegar a un conjunto acordado de variables clave que, basadas en la evidencia empírica, hacen una contribución importante a la comprensión del paciente de sus dificultades actuales. Por tanto, la formulación proporciona la base para el cambio. Este "marco de referencia" compartido conduce luego a la elección de técnicas de tratamiento que ayudan a informar los posibles mecanismos de cambio.

Una buena conceptualización proporcionará una conciencia de los ciclos efectivos y disfuncionales de pensamientos, emociones y comportamiento y, por lo tanto, sugerirá posibles mecanismos de cambio.

Es importante señalar que la autoconceptualización del paciente no será del todo negativa y disfuncional. Por lo tanto, es vital, al ayudar a definirse a sí mismo, que el terapeuta también resalte las fortalezas del paciente. Esta conceptualización más equilibrada también puede ayudar a aclarar áreas que podrían usarse de manera efectiva para promover el cambio.

LISTA DE VERIFICACIÓN - PREGUNTAS PARA LOS EVALUADORES:

1. ¿Ha socializado el terapeuta al paciente con el fundamento de la terapia?
2. ¿El terapeuta demuestra un buen conocimiento de la terapia?
3. ¿El terapeuta demuestra una buena comprensión de la justificación de la terapia para el problema específico?
4. ¿Tiene el paciente una comprensión teórica adecuada del problema?
5. Si se le preguntara al paciente sobre sus problemas, ¿sería capaz de producir una conceptualización que fuera ampliamente coherente con la perspectiva teórica empleada?
6. ¿Se ha integrado verdaderamente la conceptualización (es decir, se ha utilizado para guiar la terapia)?
7. ¿Escuchaste algo de lo siguiente?
 - Veamos cómo encajan las diversas cosas de las que hemos hablado.
 - Lo que hemos hecho hasta ahora es observar la forma en que tus pensamientos afectan la forma en que te sientes y lo que haces. Sería útil para nosotros hoy ver algunas reglas y actitudes generales que están contenidas en estos pensamientos. La razón para hacer esto es que intentemos comprender de dónde vienen. ¿Te parece bien?
 - ¿Recuerdas que alguien te dijera esto: "No eres bueno"?
 - Veamos momentos en tu vida en los que has estado deprimido antes.
 - ¿Hay momentos en su vida en los que te has sentido bien contigo mismo?
 - ¿Tiene sentido para ti esta forma de entender tu problema?

Ítem 8 - Aplicación de métodos de cambio

Introducción: Las metodologías de cambio son estrategias cognitivas y conductuales empleadas por el terapeuta que son consistentes con el fundamento y / o formulación cognitiva y están diseñadas para promover el cambio terapéutico. La potencia de las técnicas dependerá de si se aplican en la etapa apropiada de la terapia y del grado en que se implementen con destreza. Es importante señalar que durante algunas sesiones puede que no sea apropiado utilizar una amplia gama de métodos; un evaluador debe tener esto en cuenta al calificar este elemento.

Las características clave de la 'Aplicación de métodos de cambio' se describen en la escala de calificación de la siguiente manera:

Características clave: El terapeuta utiliza hábilmente y ayuda al paciente a utilizar técnicas cognitivas y conductuales adecuadas, de acuerdo con la formulación. El terapeuta ayuda al paciente a diseñar métodos cognitivos apropiados para evaluar las cogniciones clave asociadas con las emociones angustiantes, lo que lleva a nuevas perspectivas importantes y cambios en las emociones. El terapeuta también ayuda al paciente a aplicar técnicas conductuales de acuerdo con la formulación. El terapeuta ayuda al paciente a identificar las dificultades potenciales y a pensar en los fundamentos cognitivos para realizar las tareas. Los métodos proporcionan formas útiles para que el paciente ponga a prueba las cogniciones de manera práctica y gane experiencia en el manejo de altos niveles de emoción. Los métodos también permiten al terapeuta obtener retroalimentación sobre el nivel de comprensión del paciente de posibles asignaciones prácticas (es decir, al realizar el paciente la tarea durante la sesión).

Deben considerarse tres características:

- I. la idoneidad y el alcance tanto de métodos cognitivos (por ejemplo, diarios de cambio cognitivo, continuos, distanciamiento, gráficos de responsabilidad, evaluación de alternativas, examen de pros y contras, determinación de significados, reestructuración con imágenes, etc.) como métodos conductuales (por ejemplo, diarios de conducta, ensayos conductuales, juegos de roles, asignaciones de tareas graduadas, prevención de respuesta, refuerzo del trabajo del paciente, modelado, relajación aplicada, respiración controlada, etc.);
- II. la habilidad en la aplicación de los métodos; sin embargo, las habilidades como la retroalimentación, la eficacia interpersonal, etc. deben clasificarse por separado en los ítems correspondientes;
- III. la adecuación de los métodos para las necesidades del paciente (es decir, ni demasiado difíciles ni complejos).

NB: Este ítem no tiene que ver con acceder o identificar pensamientos, sino con su reevaluación.

Al decidir la **idoneidad** de un método, es importante determinar si la técnica es una estrategia coherente para el cambio, siguiendo la lógica de la formulación del paciente.

Se requiere juicio clínico para evaluar el grado de **habilidad** con el que se aplica una metodología particular. Esta característica va más allá de la mera adherencia (es decir, la precisión con la que se aplica una técnica). De hecho, el evaluador debe preocuparse por la forma de aplicación, es decir, el terapeuta debe ser articulado, comprensible, sensible y sistemático al discutir e implementar la técnica. El terapeuta también debe ser creativo e ingenioso en su selección de métodos. Debería poder recurrir a una amplia **gama** de metodologías cognitivas y conductuales adecuadas.

Es importante recordar que una misma técnica puede tener una función diferente según la etapa de la terapia. Por ejemplo, un diario puede actuar como una herramienta de evaluación al principio de la terapia, pero luego puede servir como una forma efectiva de promover la reevaluación de los procesos de pensamiento. El momento de la intervención es vital y debe **adaptarse a las necesidades del paciente**. Por ejemplo, si un terapeuta desafía los supuestos básicos o las creencias fundamentales demasiado pronto en la terapia, antes de que tenga una comprensión clara de la visión del mundo del paciente, el paciente podría sentirse incomprendido y alienado. Solo después de una socialización suficiente, el terapeuta debe hacer que el paciente comience a reevaluar ese nivel de cognición. La evaluación de los pensamientos automáticos comienza antes, primero como parte de la socialización en el modelo cognitivo y luego como un método de cambio para mejorar el estado de ánimo y el comportamiento de afrontamiento.

Al igual que con la aplicación de técnicas cognitivas, el terapeuta debe demostrar habilidad para aplicar metodologías conductuales. Se debe explorar cuidadosamente la razón fundamental para emplear las tareas y establecer objetivos de aprendizaje claros. Es importante recordar que las tareas conductuales juegan un papel clave con respecto al refuerzo de nuevos aprendizajes. Por ejemplo, al involucrar a un paciente en un juego de roles, se puede evaluar si la información teórica ha sido realmente aprendida e integrada en su repertorio conductual. El juego de roles también permitirá a la persona practicar nuevas habilidades. Las tareas conductuales también son metodologías útiles que se pueden emplear antes de pedirle al paciente que utilice la actividad en una tarea. Por ejemplo, es útil que el paciente complete las hojas de seguimiento dentro de la sesión en orden para asegurar que la tarea se entienda correctamente. De esta manera, las metodologías conductuales son importantes actividades de retroalimentación y refuerzo.

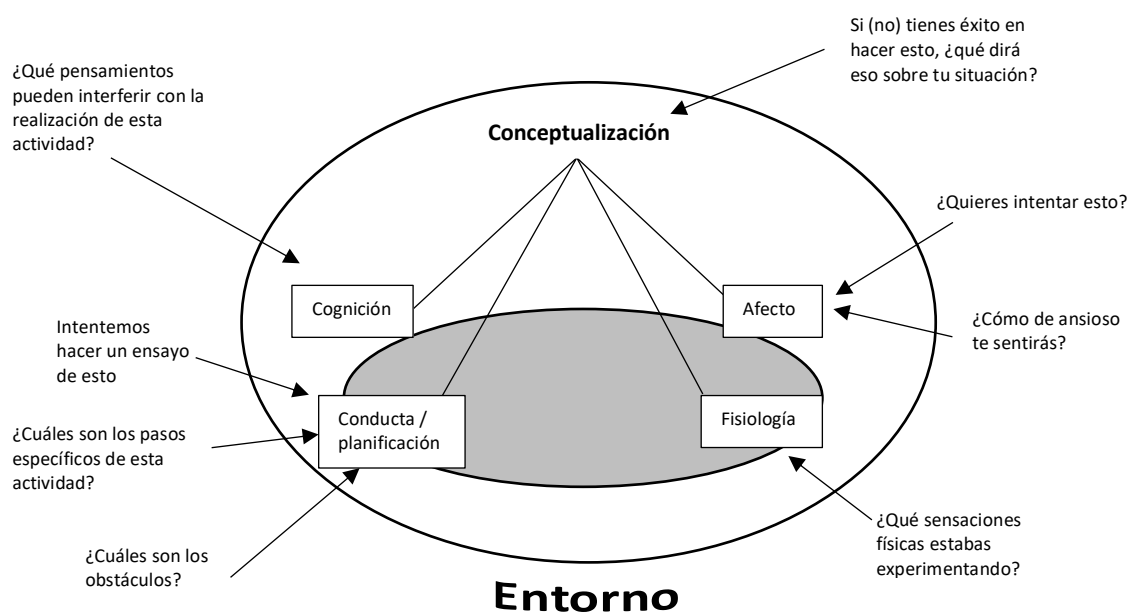
Además, el terapeuta debe obtener y desarrollar planes prácticos con el paciente para que se produzca un cambio efectivo (por ejemplo, dónde, qué, cuándo y cómo de un programa de desensibilización). De hecho, parte del proceso de producir un cambio de comportamiento efectivo es el desarrollo de planes que ayuden a probar hipótesis y romper patrones de comportamiento inútiles. Por ejemplo, al establecer una tarea conductual, el terapeuta debe hacer que el paciente:

- piense en la relevancia de la tarea
- tenga confianza en su capacidad para realizarlo y esté lo suficientemente motivado.
- compruebe el nivel de activación que anticipa
- planifique lo que se debe hacer cuidadosamente y sea consciente de los posibles obstáculos

- practique la conducta
- sea capaz de relacionar el éxito o el fracaso con un cambio de perspectiva.

Al planificar la tarea, se deben hacer preguntas relevantes sobre los conceptos, cogniciones, estados afectivos y fisiológicos y repertorio conductual de la persona. Consulte la Figura 8.1 a continuación.

Figura 8.1: ejemplos de preguntas utilizadas al planificar la intervención conductual



Es importante señalar que a veces no es apropiado utilizar muchas metodologías dentro de una sesión en particular. No se debe penalizar al la terapeuta en tales casos, cuando lo hace por razones adecuadas.

LISTA DE VERIFICACIÓN - PREGUNTAS PARA LOS EVALUADORES:

1. ¿Se ha asegurado el terapeuta de que el paciente comprenda la lógica que sustenta el método?
2. ¿Se llevó a cabo el método con destreza?
3. ¿Se alcanzaron los objetivos de aprendizaje?
4. ¿Se utilizaron demasiadas / pocas técnicas en la sesión?
5. ¿Fueron las técnicas adecuadas y apropiadas para el paciente (es decir, ni demasiado complicadas ni demasiado exigentes)?
6. ¿Fue la técnica consistente con la formulación?
7. ¿Se administraron las técnicas con habilidad?
8. Antes de utilizar las técnicas, ¿se establecieron claramente los objetivos de aprendizaje?
9. Cuando fue necesario, ¿se dio una explicación competente de la justificación de la técnica?
10. ¿Se perdieron oportunidades valiosas en las que técnicas apropiadas se podrían haber administrado?

11. ¿Escuchaste algo de lo siguiente?

- ¿Cuáles son los beneficios de pensar de esta manera. . . y hay algún problema con ella?
- ¿De qué otra manera podrías haber visto esta situación? ¿Existen visiones alternativas?
- ¿Qué le dirías a tu mejor amigo?
- ¿Alguna vez has tenido la misma experiencia en el pasado y reaccionaste de manera diferente?
- ¿Tendrían otras personas la misma opinión de ti?
- ¿Cuáles son las desventajas de pensar de esa manera? ¿Cuáles son las ventajas?
- Veamos si hay eventos / situaciones / experiencias que refutan esta creencia sobre ti mismo.
- ¿Podemos probar esta suposición en esta próxima semana? ¿Qué podrías intentar hacer de manera diferente para ver si tus predicciones son correctas?
- Vea las preguntas descritas en la Figura 8.1

Ítem 9 – Asignación de tareas para casa

Introducción: Es más probable que se produzca progreso cuando los pacientes son capaces de aplicar los conceptos aprendidos en las sesiones de terapia a sus vidas cotidianas; la asignación de tareas para casa es el puente entre la terapia y el mundo real. El ítem actual califica la competencia del terapeuta para establecer tareas relevantes para la casa. Las tareas deben "hacerse a medida" de las necesidades del paciente. Idealmente, deberían probar hipótesis, incorporar nuevas perspectivas y alentar al paciente a experimentar con nuevos comportamientos fuera de la sesión. El terapeuta siempre debe explicar el fundamento de las posibles asignaciones y elicitare reacciones a la tarea. La justificación de la tarea debe seguir lógicamente el contenido de la sesión y ser coherente con la formulación.

Características clave: este aspecto se refiere al establecimiento de una tarea adecuada, una con objetivos claros y precisos. Los objetivos deben ser negociar una tarea adecuada para la etapa de la terapia de acuerdo con la conceptualización; asegurarse de que el paciente comprenda la razón fundamental para emprender la tarea; para probar ideas, probar nuevas experiencias, predecir y lidiar con obstáculos potenciales y experimentar con nuevas formas de responder. Este elemento garantiza que el contenido de la sesión de terapia sea relevante y esté integrado con el entorno del paciente.

Hay tres aspectos de este ítem:

- I. presencia / ausencia de una tarea en la que se han establecido metas claras y precisas;
- II. la tarea debe derivarse del material discutido en la sesión, de modo que haya una clara comprensión de lo que se aprenderá al realizar la tarea;
- III. la tarea debe establecerse de manera conjunta, y se debe permitir el tiempo suficiente para que se explique claramente (es decir, explicar, discutir la relevancia, predecir obstáculos, etc.).

NB: La revisión de la tarea de la sesión anterior debe clasificarse en el Ítem 1 (Establecimiento y cumplimiento de la agenda).

La tarea ayuda a transferir el aprendizaje dentro de la sesión a entornos de la vida real. En otras palabras, este elemento cierra la brecha entre el trabajo durante la sesión y la actividad del paciente fuera de la sesión de terapia. Para facilitar la transferencia, el material de la tarea generalmente se basa en el **material discutido en la sesión**.

La tarea también proporciona una estructura para ayudar a los pacientes a recopilar datos y probar hipótesis. También fomenta la autonomía en lugar de la confianza en el terapeuta y, por lo tanto, juega un papel importante en la prevención de recaídas. Para ayudar a empoderar al paciente y fomentar el cumplimiento, las asignaciones deben **negociarse**. También es importante explorar las **posibles dificultades** y cómo superarlas. Para mitigar problemas potenciales, a menudo es útil para el terapeuta sugerir que el paciente visualice la realización de la tarea para identificar problemas futuros.

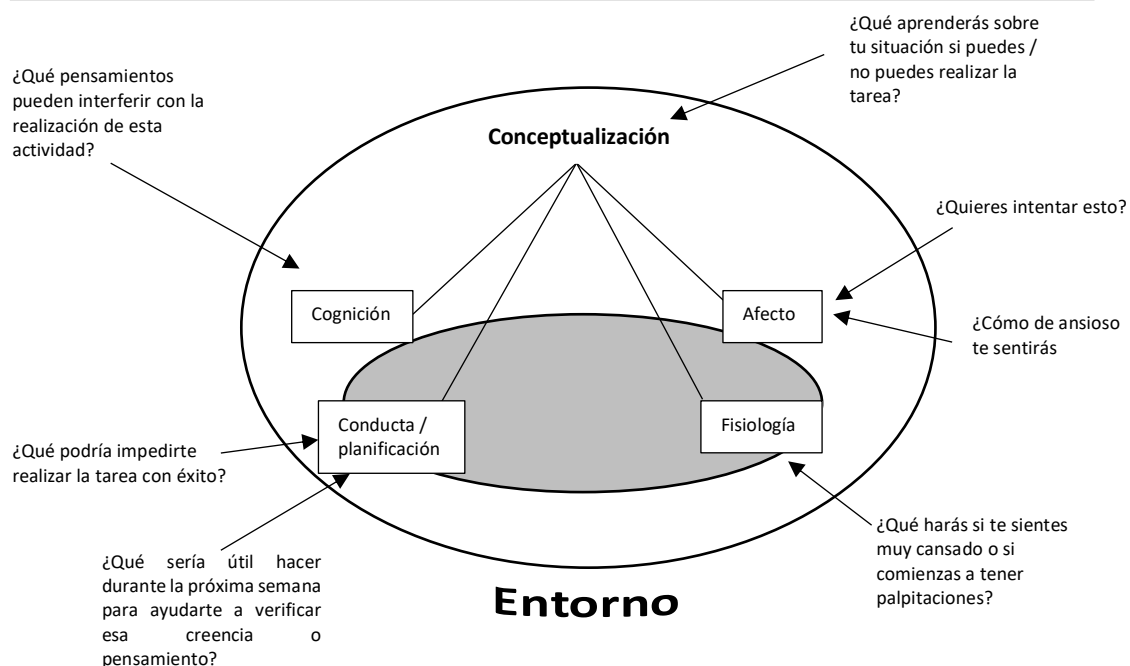
Además, es deseable obtener la retroalimentación del paciente con respecto a una tarea específica ("¿Suena útil?", "¿Parece manejable?", "¿Está clara la tarea?", "¿Qué se aprenderá de la realización / no realización de la tarea?"). Estas preguntas ayudarán a determinar si el paciente **tiene clara la tarea y comprende el fundamento cognitivo** que la sustenta. Es vital que el paciente sea consciente de los aspectos cognitivos de la tarea y cómo los resultados impactarán en sus interpretaciones. De hecho, una de las características importantes de las tareas para casa es que provocan un cambio cognitivo, por lo que deben verse como algo más que simples asignaciones conductuales aisladas.

Debido a que la preparación de la tarea tiende a ocurrir hacia el final de la sesión, a veces hay una tendencia a apresurar el proceso. Esta tendencia debe evitarse, ya que puede llevar a que se establezcan tareas poco claras y mal preparadas. Por lo tanto, es una buena práctica dejar **suficiente tiempo** para preparar la tarea de manera adecuada.

LISTA DE VERIFICACIÓN - PREGUNTAS PARA LOS EVALUADORES:

1. ¿El terapeuta explicó adecuadamente el fundamento que sustenta la tarea?
2. ¿Verificó el terapeuta que el paciente tenía confianza en realizar la tarea correctamente?
3. ¿El paciente vio la relevancia de la asignación?
4. ¿Se planificó adecuadamente la tarea durante la sesión?
5. ¿Se discutieron los obstáculos para llevar a cabo el plan?
6. ¿Se establecieron suficientemente los objetivos de aprendizaje?
7. ¿El terapeuta estableció la tarea para casa más apropiada?
8. ¿El material de la tarea fue coherente con los temas de la sesión?
9. ¿Se explicó suficientemente la tarea?
10. ¿Aprenderá el paciente algo útil al participar en esta tarea?
11. ¿Escuchaste alguna de las preguntas resaltadas en la Figura 9.1?

Figura 9.1: ejemplos de preguntas utilizadas durante la asignación de tareas



Ítem 10 - Procedimiento

Introducción: El desarrollo de la actividad en entornos sanitarios requiere no sólo la excelencia clínica, sino también la atención cuidadosa a otros aspectos básicos de la intervención psicológica, como el respeto a la confidencialidad y la protección de datos, los procedimientos del servicio y el establecimiento de una adecuada relación entre las personas usuarias y el servicio en sí.

Características clave: el entorno clínico es un entorno regulado, tanto a nivel de normativas con rango de Ley, como de procedimientos internos de servicios y centros sanitarios. Esta regulación sirve para proteger los intereses y derechos de los y las pacientes, pero también contribuyen a que los servicios pueden llevar adelante sus objetivos de investigación y relación con pacientes.

Deben considerarse tres características:

- I. Respeto a la normativa legal, especialmente la Ley de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales (LOP-GDD) y la Ley de autonomía del paciente;
- II. Registro adecuado, en términos de historia clínica y de bases de datos de investigación, así como de notas o informes que se emitan;
- III. Promoción de una relación adecuada de la persona usuaria con el servicio, fomentando la identificación con el centro.

Para que se pueda funcionar adecuadamente en el marco regulado de la intervención psicológica, es fundamental un **conocimiento preciso y suficiente de las normas**, tanto propias como legales. No es necesario un conocimiento literal del articulado, pero sí una comprensión del espíritu de las normas. Además, es fundamental el **reconocimiento** de las situaciones que se producen en la práctica clínica, como situaciones que atañen a los derechos y libertades de los pacientes, o que determinan pautas de actuación concretas en situaciones con usuarios del servicio. Si no se dan ambos elementos, es muy posible que se produzcan incumplimientos de la normativa, bien por desconocimiento o bien por falta de aplicación de pautas y procedimientos.

Adicionalmente, una aplicación concreta de la Ley de Autonomía del paciente supone el mantenimiento de una **historia clínica completa e informativa** acerca del estado de las personas atendidas y de las actividades de evaluación y tratamiento desarrolladas. Una excesiva confianza en la propia memoria para el mantenimiento de los detalles puede dar lugar a sesgos, olvidos, y dificultades para dar cuenta del proceso transcurrido un tiempo, lo que puede contribuir a que la intervención pierda foco. Adicionalmente, con fines de investigación, es habitual que se desarrollen procedimientos de recogida de información con fines de investigación (que pueden tener requisitos éticos y de consentimiento adicionales a los que supone la terapia). La adecuada recogida de esta información requiere un compromiso con las tareas investigadoras, que se perciba como una tarea personal, bien valorada y para la que el o la profesional perciba un compromiso y un retorno.

Así mismo, esta información debe plasmarse de forma adecuada en informes o notas informativas emitidas, con respeto a la normativa, por un lado, y de una manera que de respuesta adecuada a las preguntas o cuestiones que se puedan plantear y que motiven el informe.

Por último, en el caso de que la intervención se desarrolle en el marco de un centro sanitario o gabinete clínico, puede ser relevante para el mismo que se promueva **la identificación con la marca o nombre del centro, y no sólo con el profesional concreto**. Lejos de motivarse por intereses comerciales, en el caso de las intervenciones telemáticas en entornos de Call Center reactivo, puede darse la posibilidad de que sea muy difícil que una persona sea atendida siempre por un mismo profesional, por lo que puede resultar necesario que la relación se establezca a nivel de servicio y no de terapeuta; en el caso de entornos multidisciplinarios o con niveles importantes de rotación de plantilla, esta necesidad es igualmente importante. Una adecuada vinculación con el servicio puede contribuir al desarrollo exitosos de acciones de derivación interna al servicio que se puedan requerir en momentos de la terapia.

LISTA DE VERIFICACIÓN - PREGUNTAS PARA LOS EVALUADORES:

1. ¿Consideras que se respetó la intimidad de la persona atendida? ¿Se indagaron cuestiones personales de forma poco justificada?
2. ¿Se promueve el consentimiento informado o se toma una actitud paternalista hacia la persona atendida?
3. ¿El terapeuta expresó los límites y alcances de la confidencialidad de una forma clara y útil a la persona atendida?
4. ¿Se compartieron datos del caso u otros casos que implicaban a terceros sin autorización de los mismos?
5. ¿Existe una historia clínica completa que refleje las actividades de la sesión?
6. ¿Se menciona el servicio cuando resulta adecuado, dentro de fórmulas de contacto y cortesía con la persona atendida?
7. ¿En el caso de intervenciones de Call Center, se da el propio nombre del operador o se promueve la identificación con el servicio?

Ítem 11 – Uso adecuado de canales telemáticos (*si aplica*)

Introducción: Con una frecuencia creciente, la terapia se provee por medio de canales telemáticos, ya sean sincrónicos (como el teléfono o la videoconferencia) o asincrónicos (como el correo electrónico). Existen particularidades importantes para el uso de cada uno de estos canales, que suponen adaptaciones, comprobaciones y ajustes a la comunicación, la indagación, etc.

Características clave: Las adaptaciones a los canales telemáticos son específicas de los mismos; por ejemplo, acordar los tiempos esperables de respuesta y los usos adecuados del correo electrónico; o ser capaz de ofrecer una imagen adecuada en términos de enfoque, encuadre y contraste en una videoconferencia. No obstante, todos los ajustes necesarios tendrán un sustrato ético, técnico o bien comunicativo.

Deben considerarse tres características:

- I. Aspectos éticos: es necesario ser sensible a los problemas éticos que plantea la intervención telemática, como la identificación del usuario, la confidencialidad, el riesgo de desconocer la ubicación de la persona usuaria, la generación de expectativas inadecuadas en cuanto a la comunicación y la mayor vulnerabilidad de personas con menos cultura digital o restricciones de acceso al canal empleado.
- II. Aspectos técnicos: se debe manejar correctamente el canal, con un nivel de competencia que permita actuar con celeridad, ofrecer consejos precisos a otros usuarios, resolver y prever problemas (incluyendo la previsión de un plan B si la comunicación falla en el canal principal) y asegurar una adecuada emisión y recepción de la comunicación, dentro.
- III. Ajustes en la comunicación: los canales telemáticos más habituales implican una pérdida de información no verbal y, en algunos casos, paralingüística. Por ello, es preciso suplementar la propia comunicación (exagerando inflexiones de la voz y la gestualidad, indagando explícitamente por información emocional, etc.)

NB: este ítem valora sólo el ajuste al canal de la comunicación. El uso de la empatía, la genuinidad y la calidez se debe valorar en el ítem 5. *Eficacia de la comunicación interpersonal.*

En el caso del **contacto telefónico** es relevante que se realicen comprobaciones sobre el entorno desde el que la persona usuaria establece la comunicación. Este entorno puede ser poco privado, excesivamente ruidoso, o interferir en la comunicación de diversas maneras. La inmediatez de la llamada telefónica puede suponer también que se realice un contacto en un momento o con una disponibilidad temporal que no permita su adecuada resolución. Es necesario dirigir a quien llama a un lugar o un momento en el que la comunicación pueda ser eficaz. En otras ocasiones, el problema vendrá por nuestra dificultad para ubicar a quien llama, con el fin de dirigir servicios de ayuda a su localización (por ejemplo, ante una crisis suicida) o adecuar nuestras recomendaciones a su ubicación (servicios de ayuda, salud, u otros). En la comunicación, es importante remarcar la expresividad de la voz y evitar la “sensación de línea cortada” empleando interjecciones, asentimientos, etc. para trasladar la sensación de presencia

al interlocutor. Así mismo, es preciso hacer una indagación explícita de los estados emocionales de quien llama cuando no sean evidentes o resulten ambiguos a partir de la información disponible.

En el caso de la **videoconferencia**, es relevante elegir un canal seguro y confidencialidad (mediante el uso de encriptado y otras garantías apropiadas). Al igual que en el caso del teléfono, es necesario asegurar la adecuación del contexto para la videoconferencia (atendiendo a sus efectos en la conectividad, calidad de audio e imagen, privacidad y actitud de la persona usuaria). También es relevante que se ofrezca una imagen adecuada en términos de encuadre, contraste, etc. y un audio claro y sin interferencias, por ejemplo mediante el uso de un equipo adecuado de entrada / salida de audio. Es recomendable asegurar la calidad de la conectividad restringiendo la actividad de los dos equipos a la videoconferencia, y tener disponible un plan B en caso de que la videollamada sea difícil o imposible. También es preciso considerar la pérdida de información no verbal asociada a la gestualidad de las manos, la posición corporal, etc.

En el caso del **correo electrónico** y la **mensajería instantánea**, es necesario generar expectativas adecuadas sobre los tiempos de respuesta, y clarificar si el tipo de contenido abordado es adecuado para el canal empleado. Existen también consideraciones específicas sobre la privacidad del correo y los mensajes de chat que deben trasladarse a quien las usa. En el caso de chats, debería evitarse un uso accidental de los mismos, que impida una comunicación fluida (por ejemplo, quien escribe comprueba su móvil periódicamente y envía comunicaciones que luego ignora durante un periodo de minutos u horas). En estos canales, la pérdida de información paralingüística y no verbal es casi total, por lo que debe indagarse especialmente y suplementarse mediante descripciones escritas de nuestras reacciones y estados emocionales, o incluso el uso de emoticonos que resulten apropiados al registro establecido con quien escribe. Las consideraciones sobre la ubicación de quien escribe son similares a las que se hacían más arriba sobre el correo electrónico. En último término, debe considerarse la adecuación del canal y derivar a otro más idóneo.

En todos casos, debe considerarse si el contacto se está haciendo con carácter coadyuvante a una terapia presencial, o bien si es el canal fundamental por el que se desarrolla la terapia.

LISTA DE VERIFICACIÓN - PREGUNTAS PARA LOS EVALUADORES:

1. ¿Consideras que se indagó acerca de la idoneidad del canal para resolver la demanda, y las características del entorno desde el que se realizó la comunicación?
2. ¿Se estableció un plan B en caso de problemas con la comunicación?
3. ¿Resultó adecuada la calidad de la comunicación (sonido, imagen, conectividad)?
4. ¿Se realizaron esfuerzos para suplementar la comunicación no verbal o paralingüística, tanto expresiva como receptiva?
5. ¿Se ofreció una imagen competente y profesional en el uso del canal?
6. ¿Se ofrecieron indicaciones a quien contacta para que mejorase la calidad de la comunicación?
7. ¿Escuchaste algo como lo siguiente?:

- a. ¿Es este un buen momento para hablar?
- b. ¿Estás en un lugar tranquilo y en el que te sientas cómodo?
- c. ¿Durante cuánto tiempo puedes dedicarme tu atención?

Ítem 12 - Dificultad del caso

Aunque este ítem no se computa en la valoración de la escala, es una medida útil para contextualizar los resultados obtenidos por el terapeuta y realizar una valoración más adecuada de la competencia. La verdadera maestría sólo se revela ante la aparición de dificultades, y, a la inversa, un paciente que facilite enormemente el trabajo terapéutico puede dar la impresión de un nivel de competencia más elevado del que en realidad le corresponde al terapeuta.

Características clave: La dificultad del caso puede venir dada por diversas cuestiones, como la complejidad de la formulación del mismo, la presencia de múltiples quejas o problemas de conducta, la existencia de demandas que trascienden la capacidad de control o abordaje del terapeuta, o el desarrollo de una actitud hostil, carente de motivación o implicación en el proceso terapéutico.

Específicamente, debe considerarse:

- I. Clínica: Casos graves con múltiples problemas de conducta, problemas muy severos, y comorbilidades importantes.
- II. Actitud hacia la terapia y alianza terapéutica: casos en los que el paciente mantiene una actitud hostil, confrontativa o pasiva con el profesional. Esto puede oscilar entre la animadversión a la simple carencia de interés y motivación en la terapia.
- III. Margen de actuación: Casos en los que existan cuestiones que se sitúan fuera del control de la terapia (relaciones con terceros, necesidades vitales insatisfechas y de difícil solución, especialmente si actúan como mantenedoras de la patología, por ejemplo, incapacidad de salir de la casa familiar cuando la familia es un contexto de mantenimiento de problemas, agresiones, etc.) y que resulta complicado reformular.

La valoración de la dificultad del caso es compleja y debe separarse de la competencia del terapeuta, lo que puede resultar complicado. Los casos más difíciles pueden presentar problemas y dificultades que los terapeutas más competentes pueden llegar a abordar sólo parcialmente y con complicaciones. A su vez, un terapeuta competente puede gestionar con aparente facilidad un caso que se convertiría en un atolladero para un terapeuta menos eficaz.

La **dificultad de la clínica** del caso debería valorarse con independencia del grado de conocimiento que el profesional tenga de los tratamientos con apoyo empírico y los modelos clínicos del trastorno (por ejemplo, depresión severa vs. leve; trastornos de la personalidad vs. problemas adaptativos).

La actitud debe valorarse siempre desde la consistencia de la misma con la actitud desplegada por el terapeuta, es decir, si una actitud inadecuada es una **respuesta más o menos proporcionada** a una conducta del terapeuta que se ha percibido como insultante, desmoralizante, etc. En este caso, la valoración adecuada sería en otro apartado del cuestionario y no tanto en la dificultad del caso.

En cuanto al margen de actuación, es preciso considerar que un terapeuta competente siempre intentará centrar el foco de la intervención en aspectos que se puedan abordar o modificar, sin centrar los esfuerzos en “**callejones sin salida**”. No obstante, pueden existir circunstancias que obstaculicen de forma persistente la mejoría del caso y que sea complicado reformular (la persona recibe un trato humillante y desconsiderado de manera continuada por parte de las personas con quienes convive y de quienes depende económicamente) y que vayan más allá del alcance de la terapia, como aquellas situaciones en las que el paciente necesite un trabajo social, médico o de otra índole.

Un caso excesivamente difícil puede requerir la derivación a profesionales o unidades que estén en disposición de ofrecer una atención especializada. También puede encontrarse más allá de lo abordable.

LISTA DE VERIFICACIÓN - PREGUNTAS PARA LOS EVALUADORES:

1. ¿Consideras que el nivel de respuesta del paciente ha sido inferior al esperable dado el comportamiento del terapeuta?
2. ¿El caso resultaba complejo de conceptualizar o tratar, debido a factores difícilmente controlables?
3. ¿La actitud del paciente ha sido adecuada a los esfuerzos del terapeuta?
4. ¿Existen variables de mantenimiento del problema que están condicionadas, o condicionan, el estado del paciente, sus condiciones socioeconómicas u otros aspectos relevantes para el problema? (por ejemplo: paro, dependencia de familia cuando la relación es mala, discapacidad o enfermedad crónica, etc.)
5. ¿Se han completado las tareas, y se ha participado adecuadamente cuando el terapeuta lo ha requerido de manera apropiada?
6. ¿Ha interferido la conducta del paciente de forma grave con la sesión? Por ejemplo, paciente verbigerante que no deja espacio material para que el terapeuta intervenga o gestione la sesión.
7. ¿Ha emitido el paciente juicios o atribuciones hostiles no justificadas hacia el terapeuta, sus intenciones, o la psicología como disciplina sanitaria? (por ejemplo: “el psicólogo es para los locos, y yo no estoy loco”)
8. ¿El paciente ha parecido inflexible o enrocado en sus posiciones, sin responder a cuestionamientos, cambios de foco u otras maneras adecuadas de abordar su problema?
9. ¿Ha realizado el paciente demandas poco razonables? Por ejemplo, en cuanto a plazos temporales, exigencia de garantías o resultados, sobre todo en presencia de una baja implicación por parte del propio paciente.
10. ¿Ha roto el paciente los límites adecuados para la participación en la sesión? (respeto, conductas inapropiadas, amenazas, agresión).

ANEXO II: ESCALA DE COMPETENCIAS CLÍNICAS – GUÍA DE RESPUESTA

Ítem 1 - Establecimiento y cumplimiento de la agenda

Nivel de competencia	Ejemplos NB: ¡Puntúa según las características, no los ejemplos!
0	No se establece agenda, se establece de manera muy inapropiada, o una agenda no cumplida.
1	Establecimiento de una agenda inadecuada (por ejemplo, falta de enfoque, poco realista, sin relato de la presentación del paciente, tarea no revisada).
2	Se hizo un intento de agenda, pero se evidenciaron dificultades importantes (por ejemplo, establecido unilateralmente). Mala adherencia.
3	Agenda apropiada, bien establecida, pero con algunas dificultades evidentes (por ejemplo, mala colaboración). Alguna adherencia.
4	Agenda apropiada, dificultades menores evidentes (por ejemplo, sin priorización), pero se cubren las características apropiadas (por ejemplo, revisión de la tarea). Adherencia moderada.
5	Programa apropiado establecido con objetivos discretos y priorizados - revisar al final. Agenda adherida. Problemas mínimos.
6	Excelente establecimiento de agenda, o agenda altamente efectiva frente a las dificultades.

Ítem 2 - Feedback

Nivel de competencia	Ejemplos NB: ¡Puntúa según las características, no los ejemplos!
0	Ausencia de comentarios de retroalimentación o comentarios de retroalimentación muy inapropiados.
1	Retroalimentación mínima apropiada (verbal y / o escrita)
2	Retroalimentación apropiada, pero no dada con suficiente frecuencia por el terapeuta, con intentos insuficientes para obtener y dar retroalimentación, ej. la retroalimentación es demasiado vaga para brindar oportunidades de comprensión y cambio.
3	Retroalimentación apropiada dada y obtenida con frecuencia, aunque algunas dificultades son evidentes en términos de contenido o método de entrega.
4	Retroalimentación apropiada dada y obtenida con frecuencia, facilitando ganancias terapéuticas moderadas. Problemas menores evidentes (por ejemplo, inconsistencia).
5	Retroalimentación muy apropiada, proporcionada y obtenida con regularidad, lo que facilita la comprensión compartida y permite importantes beneficios terapéuticos. Problemas mínimos.
6	Excelente uso de la retroalimentación, o retroalimentación altamente efectiva dada y obtenida regularmente ante las dificultades.

Ítem 3 - Colaboración

Nivel de competencia		Ejemplos
		NB: ¡Puntúa según las características, no los ejemplos!
0		Se impide o desalienta activamente al paciente a colaborar.
1		El terapeuta es demasiado controlador, dominante o pasivo.
2		Algún intento ocasional de colaboración, pero el estilo didáctico o la pasividad del terapeuta fomenta la pasividad u otros problemas en la relación terapéutica.
3		Es evidente el trabajo en equipo, pero hay algunos problemas con el conjunto colaborativo (p. ej., no se deja suficiente tiempo para que el paciente reflexione y participe activamente).
4		El trabajo en equipo efectivo es evidente, pero no consistente. Problemas menores evidentes.
5		El trabajo en equipo efectivo es evidente durante la mayor parte de la sesión, tanto en términos de contenido verbal como en el uso de resúmenes escritos. Problemas mínimos.
6		Excelente trabajo en equipo, o trabajo en equipo altamente efectivo ante las dificultades.

Ítem 4 - Ritmo y uso eficiente del tiempo

Nivel de competencia		Ejemplos
		NB: ¡Puntúa según las características, no los ejemplos!
0		La mala gestión del tiempo conduce a una sesión sin objetivo o demasiado rígida.
1		La sesión es demasiado lenta o demasiado rápida para las necesidades y la capacidad actuales del paciente.
2		Ritmo razonable, pero la digresión o las repeticiones del terapeuta y / o el paciente conducen a un uso ineficaz del tiempo; Asignación desequilibrada del tiempo a lo largo del tiempo.
3		El buen ritmo es evidente algunas veces, pero difuso a veces. Algunos problemas evidentes.
4		Es evidente la distribución equilibrada del tiempo con fases iniciales, intermedias y finales discretas. Problemas menores evidentes.
5		Es evidente la buena gestión del tiempo, la sesión funciona sin problemas. El terapeuta trabaja eficazmente en el control del flujo dentro de la sesión. Problemas mínimos.
6		Excelente gestión del tiempo, o gestión altamente eficaz evidente ante las dificultades.

Ítem 5 - Efectividad interpersonal

Nivel de competencia	Ejemplos NB: ¡Puntúa según las características, no los ejemplos!
0	El estilo e intervenciones del terapeuta hacen que el paciente se desconecte y se vuelva desconfiado y / u hostil (ausencia de / o excesiva empatía, autenticidad o calidez).
1	Dificultad para mostrar empatía, autenticidad y calidez
2	El estilo del terapeuta (por ejemplo, intelectualización) a veces impide su comprensión empática de las comunicaciones del paciente.
3	El terapeuta es capaz de comprender los significados explícitos de las comunicaciones del paciente, lo que resulta en el desarrollo de cierta confianza. Alguna evidencia de inconsistencias en el mantenimiento de una relación.
4	El terapeuta es capaz de comprender los significados implícitos y explícitos de las comunicaciones del paciente y lo demuestra a su manera. Problemas menores evidentes (por ejemplo, inconsistencia).
5	El terapeuta demuestra una muy buena efectividad interpersonal. El paciente parece estar seguro de que lo están entendiendo, lo que facilita la revelación acerca de sí mismo. Problemas mínimos.
6	Altamente eficaz interpersonalmente, incluso ante las dificultades.

Ítem 6 – Recogida de información

Nivel de competencia	Ejemplos NB: ¡Puntúa según las características, no los ejemplos!
0	Ausencia de una recogida de información adecuada.
1	La ausencia, falta de propiedad o mala aplicación de la recogida de información conduce a un impacto negativo (por ejemplo, pérdida de tiempo, afectación a la relación terapéutica, asunción de hipótesis erradas).
2	Se recoge información, pero de manera fragmentaria o inadecuadamente contrastada. La recogida de información es dirigista y se arriesga a introducir sesgos.
3	La recogida de información se desarrolló adecuadamente, pero se pasaron por alto estrategias adecuadas, ocasiones para su aplicación o fuentes de sesgo.
4	La recogida de información se usa de manera adecuada, atendiendo a la contrastabilidad y a diferentes aspectos del problema. Problemas menores evidentes.
5	La recogida de información está muy bien desarrollada e integrada dentro de la sesión: existe un manejo de diferentes técnicas con objetividad y sin pasar por alto temas relevantes. Problemas mínimos.
6	Excelente recogida de información, ante temas pertinentes, mediante diferentes canales que se emplean de manera complementaria y contrastada, sin introducir sesgos.

Ítem 7 – Integración conceptual

Nivel de competencia		Ejemplos
		NB: ¡Puntúa según las características, no los ejemplos!
0		Ausencia de una conceptualización adecuada.
1		La ausencia, falta de propiedad o mala aplicación de una conceptualización conduce a un impacto neutral (por ejemplo, interfiere con el progreso o conduce a la aplicación sin objetivo de los procedimientos).
2		Se llegó a una conceptualización rudimentaria, pero no bien integrada con los objetivos de la terapia. No conduce a una justificación clara de las intervenciones.
3		La conceptualización se desarrolló parcialmente con cierta integración, pero con algunas dificultades evidentes (por ejemplo, en sintetizarla y compartirla con el paciente). Conduce a intervenciones coherentes.
4		La conceptualización está moderadamente desarrollada e integrada dentro de la intervención. Problemas menores evidentes.
5		La conceptualización está muy bien desarrollada e integrada dentro de la sesión: existe una comprensión creíble que conduce a cambios terapéuticos importantes. Problemas mínimos.
6		Excelente desarrollo e integración evidente, o muy eficaz ante las dificultades.

Ítem 8 - Aplicación de métodos de cambio

Nivel de competencia		Ejemplos
		NB: ¡Puntúa según las características, no los ejemplos!
0		El terapeuta no usa, o hace mal uso, de los métodos cognitivos y conductuales apropiados.
1		El terapeuta aplica métodos insuficientes o inapropiados y / o con habilidad o flexibilidad limitadas.
2		El terapeuta aplica métodos apropiados, pero con evidentes e importantes dificultades.
3		El terapeuta aplica varios métodos de manera competente, aunque algunos problemas son evidentes (por ejemplo, las intervenciones son incompletas).
4		El terapeuta aplica una variedad de métodos con habilidad y flexibilidad, lo que permite al paciente desarrollar nuevas perspectivas. Problemas menores evidentes.
5		El terapeuta aplica sistemáticamente una gama apropiada de métodos de una manera creativa, ingeniosa y eficaz. Problemas mínimos.
6		Excelente alcance y aplicación, o aplicación exitosa ante las dificultades.

Ítem 9 – Asignación de tareas para casa

Nivel de competencia	Ejemplos NB: ¡Puntúa según las características, no los ejemplos!
0	El terapeuta no establece la tarea, o establece una tarea inapropiada.
1	El terapeuta no negocia la tarea. No se ha asignado suficiente tiempo para una explicación adecuada, lo que lleva a que se establezca una tarea ineficaz.
2	El terapeuta negocia la tarea de forma unilateral y rutinaria, sin explicar la razón de ser de una nueva tarea.
3	El terapeuta ha establecido una nueva tarea apropiada, pero algunos problemas son evidentes (por ejemplo, no se explica lo suficiente y / o no se desarrolla en conjunto).
4	Nueva tarea apropiada negociada conjuntamente con objetivos y fundamentos claros. Sin embargo, con evidentes problemas menores.
5	Tareas apropiadas negociadas en conjunto y bien explicadas, incluida una exploración de posibles obstáculos. Problemas mínimos.
6	Excelente tarea negociada o adecuada frente a las dificultades.

Ítem 10 – Procedimiento

Nivel de competencia	Ejemplos NB: ¡Puntúa según las características, no los ejemplos!
0	El terapeuta no sigue los procedimientos, y se producen fallos importantes de confidencialidad, registro o relación con el centro.
1	El terapeuta no se adecúa a los procedimientos de registro de forma adecuada. La historia o registro es fragmentario e incompleto. O bien, la confidencialidad de la sesión se emplea erróneamente por exceso o defecto.
2	El terapeuta registra de manera superficial y poco útil. La normativa se respeta pero no se ofrece al paciente garantía o información al respecto
3	El terapeuta sigue el procedimiento de forma apropiada, pero algunos problemas son evidentes (por ejemplo, omisiones en la historia, información inexacta sobre protección de datos).
4	Adecuación general a la normativa y procedimiento. Sin embargo, con evidentes problemas menores.
5	Explicación detallada de cuestiones de confidencialidad. Conocimiento práctico de los procedimientos y manera de trabajar del centro de cara a procesos (derivaciones, consultas, etc.) Problemas mínimos.
6	Excelente manejo de la normativa y los procedimientos, incluso ante la aparición de dificultades

Ítem 11 – Uso adecuado de canales telemáticos (si aplica)

Nivel de competencia		Ejemplos
		NB: ¡Puntúa según las características, no los ejemplos!
0		El terapeuta no es capaz de establecer la sesión adecuadamente, o usa el canal con gran dificultad.
1		El terapeuta maneja el canal de manera muy pobre, tanto para la emisión, como la recepción. Escasa reflexión sobre elementos éticos y desconocimiento de medios técnicos.
2		El terapeuta hace un uso limitado del canal, rudimentario. Mantiene la comunicación con problemas frecuentes, o bien no es capaz de resolver los que sobrevienen.
3		El terapeuta ha establecido una comunicación apropiada, pero algunos problemas son evidentes (por ejemplo, la imagen del terapeuta es inadecuada, no se hacen sugerencias útiles al usuario).
4		Manejo adecuado del canal en sus diferentes dimensiones. Sin embargo, con evidentes problemas menores.
5		Manejo apropiado del canal, incluyendo aspectos técnicos, comunicativos y éticos. Problemas mínimos.
6		Excelente manejo del canal elegido, o adecuado frente a las dificultades.

Ítem 12 – Dificultad del caso

Nivel de dificultad		Ejemplos
		NB: ¡Puntúa según las características, no los ejemplos!
0		El caso no presentaba problemas de entidad, y la sesión no requería de un trabajo terapéutico activo.
1		El caso tenía requerimientos mínimos, que han podido solucionarse con acciones mínimas (por ejemplo, información) o bien el paciente ya ha realizado esfuerzos significativos para la solución de su problema.
2		El caso tiene problemas, pero estos son asequibles y el paciente colabora de un modo positivo para abordarlos.
3		El caso tiene dificultades y existen riesgos específicos para que pueda culminar con éxito, pero estos son de índole general (por ejemplo, motivación inestable).
4		El caso tiene dificultades importantes en algún ámbito y requiere de acciones apropiadas y bien medidas para que tenga éxito.
5		El caso presenta dificultades importantes varios ámbitos (clínica, actitud o margen de acción) pero no son inamovibles.
6		El caso es extremadamente difícil, y un reto incluso para profesionales competentes y experimentados.

ANEXO III: CAPTURAS DE PANTALLA DEL FORMULARIO DE RECOGIDA DE VALORACIONES

Evaluación de operadores con Escala de competencias

Apoya las valoraciones en el Manual y la guía de respuesta de la Escala

***Obligatorio**

Tipo de monitorización *

☐ Simultánea

☐ Diferida

☐ Calibrado

☐ Otro: _____

Operador a evaluar *

Tu respuesta

Contando esta, ¿cuántas interacciones de esta operadora se han monitorizado? *

Tu respuesta

Caso a evaluar *

Tu respuesta

Persona que evalúa *

☐ Silvia González

☐ Adela Jiménez

☐ Ignacio Peña

☐ Sara Lorenzo

☐ Teresa Pousada

☐ Rocío Arnaiz

☐ Francisco Estupiñá

☐ Cristina Larroy

☐ Otro: _____

Fecha de la interacción *

Fecha

dd/mm/aaaa 

Hora de la interacción *

Evaluación de operadores con Escala de competencias

*Obligatorio

Escala de competencias

¡Puntúa según las características, no los ejemplos!

Ítem 1 - Establecimiento y cumplimiento de la agenda *

- ☐ 0 = No se establece agenda, se establece de manera muy inapropiada, o una agenda no cumplida.
- ☐ 1 = Establecimiento de una agenda inadecuada (por ejemplo, falta de enfoque, poco realista, sin relato de la presentación del paciente, tarea no revisada).
- ☐ 2 = Se hizo un intento de agenda, pero se evidenciaron dificultades importantes (por ejemplo, establecido unilateralmente). Mala adherencia.
- ☐ 3 = Agenda apropiada, bien establecida, pero con algunas dificultades evidentes (por ejemplo, mala colaboración). Alguna adherencia.
- ☐ 4 = Agenda apropiada, dificultades menores evidentes (por ejemplo, sin priorización), pero se cubren las características apropiadas (por ejemplo, revisión de la tarea). Adherencia moderada.
- ☐ 5 = Programa apropiado establecido con objetivos discretos y priorizados - revisar al final. Agenda adherida. Problemas mínimos.
- ☐ 6 = Excelente establecimiento de agenda, o agenda altamente efectiva frente a las dificultades.

- ☐ Problemas mínimos.
- ☐ 6=Excelente manejo del canal elegido, o adecuado frente a las dificultades.

Ítem 12 – Dificultad del caso *

- ☐ 0=El caso no presentaba problemas de entidad, y la sesión no requería de un trabajo terapéutico activo.
- ☐ 1=El caso tenía requerimientos mínimos, que han podido solucionarse con acciones mínimas (por ejemplo, información) o bien el paciente ya ha realizado esfuerzos significativos para la solución de su problema.
- ☐ 2=El caso tiene problemas, pero estos son asequibles y el paciente colabora de un modo positivo para abordarlos.
- ☐ 3=El caso tiene dificultades y existen riesgos específicos para que pueda culminar con éxito, pero estos son de índole general (por ejemplo, motivación inestable).
- ☐ 4=El caso tiene dificultades importantes en algún ámbito y requiere de acciones apropiadas y bien medidas para que tenga éxito.
- ☐ 5=El caso presenta dificultades importantes varios ámbitos (clínica, actitud o margen de acción) pero no son inamovibles.
- ☐ 6=El caso es extremadamente difícil, y un reto incluso para profesionales competentes experimentados.

[Atrás](#)

[Enviar](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este formulario se creó en Universidad Complutense de Madrid. [Notificar uso inadecuado](#)