

## Historia de caso, Formulación, y Plan de tratamiento

### I. Historia de caso (Número sugerido de palabras: 750)

**Instrucciones generales:** Debe ser breve y resumir los datos más importantes que usted ha recolectado en la evaluación diagnóstica de este paciente. Sea concreto y específico al realizarla.

**A. Datos Generales.**

Utilice un nombre ficticio para proteger la confidencialidad del paciente. Use este nombre ficticio a través de toda la historia de caso y su formulación. Describa la edad del paciente, sexo, etnia o raza, estado civil y ocupación.

**B. Motivo de consulta.**

Describa la queja principal del paciente en sus propias palabras.

**C. Historia de la enfermedad actual.**

Describa la enfermedad actual, incluyendo los síntomas emocionales, cognitivos y fisiológicos. Mencione los eventos disparadores de estrés. Realice una revisión breve de los tratamientos (en caso hayan sido utilizados) para la enfermedad actual.

**D. Antecedentes Psiquiátricos o Psicopatológicos.**

Describa brevemente cualquier trastorno psiquiátrico, incluyendo el abuso de sustancias.

**E. Historia personal y social.**

Describa las experiencias más importantes, tales como trauma, personas de apoyo, intereses y relaciones con los demás. Indique problemas por abuso de sustancias.

**F. Historial Médico**

Mencione cualquier problema médico (Enfermedades hormonales, cardiovasculares, cáncer, enfermedades crónicas o dolor crónico) que pudiera tener una influencia en el funcionamiento psicológico o en el tratamiento.

**G. Estado mental**

Describa 3 ó 5 observaciones más relevantes del examen mental en el momento que se inicia el tratamiento. Incluya la descripción de la apariencia general, afecto y ánimo. No describa todo el examen mental.

**H. Diagnóstico según DSM IV**

Desarrolle los 5 ejes del DSM IV.

## II. Formulación de caso (Número sugerido de palabras: 500)

**Instrucciones generales:** Describa los aspectos principales de la formulación de su caso utilizando la presente guía.

### A. Agentes precipitantes:

Los agentes precipitantes son eventos de gran escala que podrían jugar un papel en el desarrollo de la enfermedad. Un ejemplo característico puede ser un episodio depresivo que ha sido precipitado por diversos estresores, tales como, el fracaso en un ascenso laboral, la muerte de un amigo cercano o un fracaso matrimonial. En algunos casos (ej: Trastorno bipolar, episodios depresivos recurrentes con alto componente biológico) pueden no existir precipitantes psicosociales muy claros. Si no se identifican estresores psicosociales, puede mencionar cualquier aspecto importante de la historia personal del paciente, que pudiera estar asociada al desarrollo de la enfermedad.

El término de *situaciones activadoras*, se utiliza en la siguiente parte de la formulación de caso, para referirse a eventos de menor escala y situaciones que estimulan conductas, emociones y pensamientos maladaptativos. Por ejemplo, el paciente que está sufriendo de depresión, puede experimentar un empeoramiento de sus síntomas cuando está en el trabajo, al estar con su esposo; o al asistir a una clase donde iba con su amigo, ya fallecido.

Que precipitantes se utilicen, juega un papel muy importante en la explicación del desarrollo de los síntomas y problemas del paciente.

### B. Análisis transversal de las cogniciones y conductas actuales:

Incluye observaciones de las cogniciones, conductas y emociones predominantes (así como las sensaciones fisiológicas, si fuera relevante) que el paciente muestra en el “aquí y ahora” (o demostraba previamente de tener una mejoría en la terapia). Característicamente, se enfoca más en las cogniciones superficiales (pensamientos automáticos), que en los esquemas, creencias nucleares o presunciones; que son el punto principal del análisis longitudinal descrito posteriormente.

El *análisis transversal* debiera brindarnos una conceptualización de cómo aplica el modelo cognitivo al paciente, en las etapas tempranas de tratamiento. Hay que describir hasta tres situaciones activadoras. Mencionar los pensamientos automáticos, emociones y conductas (más los síntomas fisiológicos en caso sean relevantes), en cada una de las situaciones.

### C. Análisis longitudinal de las cogniciones y conductas:

Esta porción de la conceptualización de caso se enfoca en una perspectiva longitudinal del funcionamiento cognitivo y conductual. La visión longitudinal se desarrolla conforme a la terapia y al descubrir los esquemas subyacentes (Creencias nucleares, reglas y presunciones) y los patrones de conducta en respuesta a ellos (estrategias compensatorias).

¿Cuáles son los esquemas y conductas claves? Para aquellos pacientes cuya historia premórbida no sea significativa (por ej: Un paciente bipolar, sin historia de aspectos que tengan influencia en el desarrollo de creencias o esquemas maladaptativos); indique los patrones más importantes de creencias y conductas disfuncionales del presente episodio únicamente. Realice un reporte de todos los antecedentes relevantes para el origen y mantenimiento de las estrategias cognitivas y conductuales del paciente; o provea de datos objetivos que prueben la hipótesis que la historia personal del paciente no es relevante para los problemas actuales del mismo.

**D. Fortalezas y apoyo.**

Describa en pocas palabras todas las fortalezas del paciente (ej: salud física, inteligencia, habilidades sociales, red de apoyo, historial laboral, etc.).

**E. Hipótesis de trabajo (Resumen de la conceptualización)**

Resuma las características principales de la hipótesis de trabajo que manejará las intervenciones en el tratamiento. Asocie su hipótesis de trabajo con el modelo cognitivo de los trastornos del paciente.

### **III. Plan de tratamiento (# sugerido de palabras: 250)**

*Instrucciones generales:* Describa las características principales del tratamiento usando la siguiente guía:

**A. Lista de problemas**

Todos aquellos problemas que sean significativos para el paciente. Usualmente se pueden listar los problemas en varios dominios (ej: Psicológicos/psiquiátricos, interpersonales, ocupacionales, médicos, financieros, vivienda, legales o de las áreas de ocio y descanso). La lista de problemas generalmente tiene de 2 a 6 ítems, y algunas veces puede llegar a 9. Describa brevemente los problemas, o si fueron descritos en la sección de la historia, sólo haga mención de ellos.

**B. Metas del tratamiento**

Indique los objetivos del tratamiento que han sido establecidos en forma colaborativa con el paciente.

**C. Plan de tratamiento**

Tomando en cuenta los objetivos, la historia del caso, y la hipótesis de trabajo, estructure brevemente el plan de tratamiento para este paciente.

#### **IV. Curso del tratamiento (# sugerido de palabras: 500)**

*Instrucciones generales:* Describa los aspectos principales del curso de tratamiento usando la siguiente guía:

- A. Relación terapéutica.**  
Detalle la naturaleza y calidad de la alianza terapéutica, cualquier problema encontrado, cómo se conceptualizó y resolvió.
- B. Intervenciones/Procedimientos**  
Describa las tres técnicas cognitivas más importantes que utilizó, junto con las bases racionales de su uso en base a los objetivos de la terapia y la hipótesis de trabajo.
- C. Obstáculos**  
Presente un ejemplo de cómo resolvió un obstáculo en la terapia. Describa la conceptualización de por qué el obstáculo apareció y que se hizo acerca de ello. Si no se hubiera encontrado ningún obstáculo significativo en la terapia; describa un ejemplo de cómo fue capaz de utilizar las fortalezas del paciente dentro del proceso terapéutico.
- D. Resultado**  
Reporte brevemente el resultado de la terapia. Si el tratamiento no ha sido completado; describa el progreso del paciente hasta la fecha actual.

(Traducción al español por Dr. See-King Emilio Quinto)

## EJEMPLO DE CASO CLINICO

Diciembre 2, 1998

**I. HISTORIA DEL CASO [Conteo de palabras: 774] (# sugerido de palabras: 750)**

- A. Datos Generales:** Ana es una mujer de 44 años de edad, divorciada dos veces, caucásica, sin hijos, que vive sola y ha estado trabajando tiempo completo como maestro de español en los últimos 22 años.
- B. Motivo de consulta:** Ana buscó tratamiento debido a un aumento en su depresión que inició en el mes de Octubre de 1996. Reportaba que también estaba teniendo atracones y usaba laxantes por lo menos una vez a la semana, aunque ella estaba más preocupada por el problema depresivo que el trastorno alimentario.
- C. Historia de la enfermedad actual:** En el mes de octubre de 1996, Ana se divorció de su Segundo esposo y comenzó a desarrollar síntomas depresivos (tristeza, llanto, aislamiento social, autocrítica severa). La depresión empeoró hasta alcanzar su nivel más grave en Marzo del 1997. En la cita inicial (Mayo 1997), los síntomas incluían:
- emocionales: Tristeza, ansiedad y pérdida de interés en sus actividades.
  - cognitivos: dificultad en la concentración, pensamientos de desvalorización y desamor.

Síntomas conductuales: Llanto y aislamiento social.

Síntomas fisiológicos: Insomnio y cansancio.

Desarrolló síntomas subclínicos de bulimia nerviosa en Abril de 1997. En la primera cita, reportó que había tenido atracones, que se sentía que no los controlaba y abusó de laxantes una vez por semana, también se preocupaba de manera intermitente con la percepción de que es gorda y es muy autocrítica.

Los mayores estresores en la vida de Ana eran los sociales. Desde su divorcio, se había aislado de amigos, familia y compañeros de trabajo. Había tenido varias citas desde su último divorcio, pero cada una significaba tener relaciones sexuales por “una sola noche”, lo que le dejaba la sensación de rechazo y sentirse defectuosa. Buscaba encontrar satisfacción en las relaciones, pero se había aislado en el presente y se sentía triste, solitaria y rechazada por los demás. Aunque ella encontraba que era más difícil realizar su trabajo, éste no constituía un estresor importante.

Ana volvió a tomar Prozac hace dos semanas (prescrito por su médico familiar), pero hasta el momento no ha observado cambio en sus síntomas depresivos.

- D. Historia Psiquiátrica:** El primer episodio depresivo ocurrió en 1997 cuando su primer esposo se divorció de ella. Fue hospitalizada por tres semanas y se le prescribió Elavil. Descontinuó el medicamento (en contra de la opinión médica) al momento de su egreso, pero inició tratamiento psicológico (terapia cognitiva)

por primera vez en su vida. La depresión alcanzó remisión después de 4 meses de tratamiento de psicoterapia y continuó en forma bisemanal por otro año más, para tratar aspectos del eje II (Personalidad).

En 1989, Ana y su segundo esposo recibieron seis sesiones de terapia de pareja (de orientación psicodinámica), la cual ella describió como levemente útil.

En Octubre de 1996, el médico familiar de Ana le prescribió Prozac, que le ayudó inicialmente para reducir sus síntomas depresivos. La depresión empeoró en Diciembre de 1997, y ella decidió discontinuar el medicamento por su propia decisión.

**E. Historia personal y social:** Es la segunda hija de tres. Sus padres eran inmigrantes italianos y su madre no hablaba inglés. Se consideraba a sí misma como el “patito feo de la familia”. Su hermana mayor era vista como delgada y bonita, mientras Ana como regordeta y de nariz grande. Se sentía como una carga extra a la familia, ya que ellos querían un hijo varón cuando ella nació. Su hermano menor nació 18 meses después y recibió prácticamente toda la atención familiar. Describe a su padre como alguien estricto, controlador, demandante y que le importaba mucho la opinión de los demás acerca de él. Su madre la ve como tranquila, infeliz, poco cariñosa y “chapada a la antigua”. Ana se sentía no amada e incapaz de compararse con sus hermanos.

Asistió a una escuela católica donde reportó haber sido entrenada para ser la soldado perfecta. Se casó por primera vez cuando tenía 18 años de edad.

Reportaba haber sido abusada y controlada por su primer esposo, quién fue

violento en ocasiones. Ella creía que merecía el maltrato y asumió una actitud sumisa. Cuando finalmente tuvo el coraje para separarse, no obtuvo la aprobación de su familia y ella resiente esto hasta el día de hoy. Se casó nuevamente en 1989. Su segundo esposo pasaba una gran cantidad de tiempo con hombres jóvenes y ella sospechaba de que fuera bisexual. El dejó de tener cualquier tipo de relación conyugal con ella, después de tres años de matrimonio. Aunque trataron de tener algunas sesiones de terapia de pareja, su esposo no estaba dispuesto a modificar la situación y se divorciaron en Octubre de 1996.

**F. Historia médica:** No tenía ningún problema médico que tuviera influencia en su funcionamiento psicológico o en el proceso de tratamiento.

**G. Examen del estado mental:** Se encontraba orientada, con un ánimo depresivo.

**H. DSM IV Diagnóstico:**

I: Episodio depresivo mayor, recurrente, severo

Descartar Bulimia nerviosa

II: Trastorno de personalidad evitativo.

III: Ninguno

IV: Divorcio, fracaso en relaciones de pareja.

V: GAF Actual—68. Mejor en el año pasado—80.

**II. FORMULACION DE CASO: [Conteo actual de palabras: 403] (# sugerido de palabras: 500)**

**A. Precipitantes:** El segundo divorcio de Ana probablemente fue un predisponerte para la recurrencia de depresión. Aunque fue ella la que inició el proceso de divorcio, se sintió rechazada, pensando que si fuera digna de ser querida, su esposo hubiera peleado más por salvar la relación. Teniendo el sentimiento de no ser amada en general, ella se aisló. No obtenía atención positiva de parte de sus amigos, familiares y compañeros de trabajo, debido a la falta de contacto con ellos; de la misma manera que su divorcio, este hecho lo percibía como rechazo, en lugar de advertir que era por su alejamiento. Su tristeza y soledad se incrementaron y otros síntomas depresivos empezaron a aparecer.

**B. Análisis transversal de los pensamientos y conductas actuales:**

Una situación problemática actual común es que Ana tuvo relaciones sexuales en la primera cita con un muchacho. Cuando estaba en la cama con él ella tenía los siguientes pensamientos automáticos, “Yo soy tan fea, no se que me mira, él nunca me llamará, me debería levantar e irme en este momento”.

Emocionalmente se sentía triste y su conducta era irse de manera abrupta (dando probablemente la imagen de poco amistosa para su cita, en el mejor de los casos).

Una segunda situación es la siguiente, ella se encuentra reflexionando sobre el hecho de que un muchacho no la ha llamado después de una cita. Sus pensamientos automáticos son “Soy tan gorda. Nadie me quiere.” Luego se sentía triste, tenía atracones y usaba laxantes. Una tercera es asistir a una cena familiar, donde percibe a su padre como crítico hacia ella y su madre como poco cariñosa. Ella piensa, “A nadie le importo; debe de haber algo malo conmigo, no

soy valiosa” Se sentía triste y dejaba de participar en la conversación, respondiendo solo sí o no; cuando se le hablaba.

**C. Visión longitudinal de las conductas y cogniciones:**

Ana creció en una familia de inmigrantes italianos que no hablaban inglés: Un padre que era demandante y crítico y una madre que era emocionalmente distante. De manera temprana, desarrolló las creencias de que era defectuosa y no querida, las cuales fueron reforzadas por el hecho de la atención que se le daba a su hermano, el aumento de las expectativas de su rendimiento académico por su padre, las críticas de sus profesores y sus propias comparaciones con su hermana mayor, quién era más atractiva que ella. Ella desarrolló las siguientes presunciones clave: “Si soy perfecta, no causo problemas y siempre trato de complacer a los demás, entonces me aceptarán.”; “Si no lo soy, entonces no me querrán”. Sus estrategias conductuales compensatorias incluían ser muy sumisa, obediente, “perfecta” y evitar cualquier clase de conflictos.

**D. Fortalezas**

Ana había tenido mucho éxito en su vida profesional. En su rol como profesora, era muy apreciada por sus estudiantes y alabada por sus colegas.

**E. Hipótesis de trabajo (Resumen de la conceptualización)**

Podemos entender que Ana se ve a sí misma como no querida o defectuosa por las circunstancias de su infancia. Siendo la hija de padres europeos muy exigentes y críticos, su educación conservadora y sus parejas abusadoras, establecieron las

bases y reforzaron la visión negativa de sí misma. Esta visión negativa se activa en situaciones de relación interpersonal donde ella perciba rechazo.

Ella estableció reglas rígidas de su funcionamiento en el mundo:

“Tengo que ser perfecta o las personas me rechazarán,” “Tengo que complacer a los demás o no seré aceptada.”

Para ejecutar estas reglas, se han desarrollado las siguientes estrategias conductuales compensatorias: sumisión, evitación, y subyugación.

**III. PLAN DE TRATAMIENTO: [conteo actual de palabras: 195] (número sugerido de palabras: 250)**

**A. Lista de problemas:**

1. Desvalorización de Ana. (Sentirse desagradable y no querida)
2. Depresión; especialmente soledad, tristeza y llanto.
3. Aislamiento y evitación: Queriendo ser amada pero temiendo el rechazo.
4. Ansiedad: Temiendo consecuencias serias de una depresión crónica.
5. Atracones y abuso de laxantes.
6. Resentimiento hacia los padres por la falta de afecto y amor.

**B. Metas del tratamiento:**

1. Reducir las conductas disfuncionales: Desvalorizarse verbalmente.  
Atracones y conductas purgativas.  
Aislamiento.
2. Reducir los pensamientos negativos.
3. Incrementar la autoestima, autovalorización y la autoimagen. (Modificar los esquemas de no ser querida o sentirse defectuosa).

4. Encontrar maneras más sanas de divertirse.
5. Ganar confianza en estar sola y tomar riesgos adecuados en relaciones interpersonales.
6. Reducir la subyugación y enseñar habilidades de asertividad.

**C. Planificación del tratamiento:**

El plan de tratamiento era reducir la depresión de Ana a través de ayudarla a responder a sus pensamientos automáticos (especialmente aquellos conectados con el esquema de no ser querida) y la agenda de actividades (especialmente para aumentar la socialización). Se trabajó también en conductas alternas a los atracones cuando ella estaba molesta. Posteriormente, se puso a prueba sus reglas acerca de ser rechazada si no complacía a las personas y se trabajaron habilidades de asertividad. Actualmente se está trabajando al nivel de creencias nucleares, modificando su visión de defectuosa y no querida.

**IV. CURSO DEL TRATAMIENTO [conteo actual de palabras: 300] (# sugerido de palabras: 500)**

- A. Alianza terapéutica:** Se facilitó el tratamiento por la tendencia de Ana a complacer (“Si complazco a los demás, me aceptarán”) pero la contraparte a esa regla (“Si no estoy de acuerdo con los demás, no les agradaré”) interfirió levemente. Ana estaba muy pendiente de complacer en la terapia; rápidamente aceptaba las sugerencias, algunas veces sin realmente reflexionar en las hipótesis o alternativas que se le presentaban. Usando una creencia como disparador (“Si le

digo a alguien que no estoy de acuerdo, entonces lo tomarán como una crítica”), se le ayudó a poner a prueba esas creencias en el terapeuta, corregir su pensamiento y luego fue más capaz de decir cuando no había comprendido plenamente o estaba de acuerdo con lo que se le había dicho.

**B. Intervenciones/Procedimientos:**

1. Enseñar al paciente herramientas cognitivas típicas de examinar y responder a los pensamientos automáticos (lo cual permitió a la paciente a descubrir las distorsiones en la lógica y redujo de manera significativa sus síntomas depresivos y ansiosos.)
2. Que Ana condujera experimentos conductuales para poner a prueba sus reglas (por ejemplo, sí yo no accedo a tener relaciones sexuales en la primera cita con un hombre, él se enojará y no me volverá a llamar). Esto resultó en una reducción de la evitación y aumentó su asertividad. Que recopilara pruebas de que es una persona digna de ser amada, lo cual ayudaba a modificar su creencia nuclear.

**C. Obstáculos:** Cuando Ana tenía una mala semana, se volvía perdiendo esperanza en la terapia. Se reestructuraba, explicando el incidente desafortunado de una cita, como una reactivación de sus esquemas y se aprovechaba la oportunidad para practicar las respuestas alternativas a los pensamientos automáticos y el desarrollo de una creencia nueva y más sana.

**D. Curso:** La depresión de Ana gradualmente se redujo durante un período de 4 meses luego de iniciada la terapia, hasta alcanzar la remisión total. Actualmente permanece en terapia para tratar los problemas de relaciones con el sexo masculino y su auto imagen.

**(Traducción al español por Dr. See King Quinto).**

# Academia de Terapia Cognitiva

## Escala de revisión de caso

Nombre del evaluado: \_\_\_\_\_

Identificación de caso: \_\_\_\_\_

Evaluador: \_\_\_\_\_

Fecha de la evaluación: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Por favor revise la información de caso que le ha sido otorgada, y califique observando las siguientes dimensiones. Para cada ítem, evalúe de la siguiente manera:

- ( 0 ) - No presente
- ( 1 ) - Presente pero inadecuado
- ( 2 ) - Presente y adecuado

### Historia del caso

- ( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) 1. Datos generales y lista de problemas (quejas principales, diagnósticos, etc.)
- ( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) 2. Historia (personal y social, problemas, diagnósticos, enfermedades médicas)

### Formulación de caso

- ( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) 1. Precipitantes del problema actual y otros agentes-
- ( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) 2. Cogniciones o conductas que contribuyen a los problemas.
- ( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) 3. Revisión histórica de las cogniciones y conductas (desarrollo de ellas).
- ( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) 4. Revisión de las fortalezas actuales.
- ( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) 5. Hipótesis de trabajo (Resumen de la conceptualización de caso cognitiva)

### Plan de tratamiento y curso

- ( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) 1. Objetivos y plan de tratamiento
- ( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) 2. Planificación y utilización de técnicas y procedimientos.
- ( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) 3. Relación terapéutica.
- ( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) 4. Obstáculos al plan de tratamiento.
- ( 0 ) ( 1 ) ( 2 ) 5. Resultados

Comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para uso administrativo:

\_\_\_\_\_ Nota total [   ] Aprobado [   ] Reprobado (Nota de aprobación = 20/24)

(Traducción al español por Dr. See King Quinto)

## ESCALA DE TERAPIA COGNITIVA

Terapeuta: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de la sesión: \_\_\_\_\_ Fecha de la escala: \_\_\_\_\_

ID de Grabación: \_\_\_\_\_ Evaluador: \_\_\_\_\_

Sesión #: \_\_\_\_\_ ( ) Video ( ) Audiocassette ( ) Supervisión en vivo.

**Instrucciones:** Para cada uno de los ítems, evalúe al terapeuta en una escala del 0 al 6, y escriba la calificación en la línea de la izquierda de la numeración del ítem evaluado. Se le dan descripciones para los números pares. Si usted cree que el terapeuta puede ser calificado entre dos descripciones, elija el número impar (1,3,5). Por ejemplo, si el terapeuta estableció una buena agenda, pero no llevo a cabo las prioridades, asigne 5 en lugar de 4 ó 6.

Si las descripciones para un ítem en particular no parecieran aplicar a la sesión que usted está evaluando, siéntase libre de usar la escala general siguiente:

- 0 Pobre, 1 Apenas adecuado, 2 Mediocre o regular, 3 Satisfactorio, 4 Bueno, 5 Muy bueno, 6 Excelente.

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

### PARTE I HABILIDADES TERAPEUTICAS GENERALES

#### \_\_\_\_ 1. AGENDA

- 0 El terapeuta no estableció la agenda.
- 2 El terapeuta estableció una agenda vaga e incompleta.
- 4 El terapeuta trabajó con el paciente para establecer colaborativamente una agenda que incluía problemas específicos (ej.: Ansiedad en el trabajo, problemas maritales).
- 6 El terapeuta trabajó con el paciente para establecer una agenda apropiada con problemas específicos, adecuada al tiempo disponible. Se establecieron prioridades y se siguió con los puntos de la misma.

#### \_\_\_\_ 2. RETROALIMENTACIÓN

- 0 El terapeuta no utilizó la retroalimentación para ver la comprensión de la sesión o si existían preguntas.
- 2 El terapeuta utilizó cierta retroalimentación, pero no preguntó lo suficiente para determinar la comprensión del paciente de la sesión o si existía satisfacción acerca de la misma.
- 4 El terapeuta realizó preguntas suficientes para estar seguro que el paciente comprendió los puntos principales de la sesión y determinar las reacciones del paciente a la misma. El terapeuta ajustó su conducta en respuesta a la retroalimentación cuando era apropiado.
- 6 El terapeuta estaba comprometido a promover y responder a la retroalimentación verbal y no verbal a través de toda la sesión (EJ: Pedía retroalimentación, chequeaba la comprensión y ayuda a resumir los puntos principales de la sesión).

\_\_\_ 3. COMPRENSIÓN

- 0 El terapeuta falló en forma repetida en entender lo que el paciente le explicó en forma explícita y perdía el punto. Pocas habilidades de empatía.
- 2 El terapeuta era capaz de parafrasear y reflejar lo que el paciente explícitamente le había dicho, pero en forma repetida fallaba para responder a las formas más sutiles de comunicación. Habilidades limitadas para escuchar y tener empatía.
- 4 El terapeuta generalmente parecía darse cuenta de la realidad interna del paciente, reflejando lo que el paciente comunica de manera explícita y de manera más sutil. Buena habilidad para la empatía y escuchar.
- 6 El terapeuta entiende la realidad interna del paciente y responde comunicándose de manera verbal y no verbal con el paciente (El tono de voz del terapeuta refleja la comprensión de los problemas del paciente). Excelente empatía y escucha.

\_\_\_ 4. EFECTIVIDAD INTERPERSONAL

- 0 El terapeuta tiene pobres habilidades interpersonales. Se mira hostil, desvalorizante o destructivo para el paciente.
- 2 El terapeuta no parece destructivo, pero tiene problemas interpersonales significativos. En ocasiones luce innecesariamente impaciente, poco sincero o tiene dificultad en promover la confianza y competencia.
- 4 El terapeuta mostró un grado satisfactorio de calidez, atención hacia el paciente, confianza, autenticidad y profesionalismo. No hay problemas interpersonales significativos.
- 6 El terapeuta mostró niveles óptimos de calidez, preocupación por el paciente, confianza, autenticidad y profesionalismo, apropiados para el paciente en esta sesión.

\_\_\_ 5. COLABORACION

- 0 El terapeuta no intentó establecer colaboración con el paciente.
- 2 El terapeuta intentó colaborar con el paciente, pero tuvo dificultad en definir el problema que el paciente consideraba importante o establecer rapport.
- 4 El terapeuta fue capaz de colaborar con el paciente, se enfocó en el problema en que ambos, terapeuta y paciente, consideraban importante; y se estableció rapport.
- 6 Excelente colaboración, el terapeuta estimuló al paciente para que tomara un rol activo durante la sesión (ej.: ofreciendo opciones.), funcionando como un equipo.

\_\_\_ 6. USO EFECTIVO DEL TIEMPO

- 0 El terapeuta no intentó estructurar el tiempo de la terapia. La sesión no pareció útil.
- 2 La sesión tenía cierta dirección, pero el terapeuta tenía problemas significativos con el orden o la estructura. (Ej.: Poca estructura, inflexibilidad en el orden, sesión muy lenta o muy rápida).

- 4 El terapeuta tuvo un éxito razonable en la utilización del tiempo. Mantuvo un control apropiado de la discusión y el ritmo de la sesión.
- 6 El terapeuta usó el tiempo de manera eficiente, limitando con tacto las discusiones no productivas y que se desviaban del tema central; manteniendo un ritmo apropiado de la sesión para el paciente.

## PARTE II: CONCEPTUALIZACION, ESTRATEGIAS Y TECNICAS

### \_\_\_7. DESCUBRIMIENTO GUIADO

- 0 El terapeuta se basó primariamente en debates, la persuasión o en dar instrucciones o sugerencias. Parecía examinar de manera cruzada al paciente, por lo que el paciente tomaba una postura a la defensiva; forzando el punto de vista del paciente.
- 2 El terapeuta se basó más en la persuasión y el debate, que en el descubrimiento guiado. Sin embargo, el estilo fue de apoyo, por lo que el paciente no se sintió atacado ni se puso a la defensiva.
- 4 El terapeuta en la mayoría de la sesión, ayudó a que el paciente viera nuevas perspectivas a través del descubrimiento guiado, (Ej.: Examinando evidencias, considerando alternativas, evaluando ventajas y desventajas) más que el debate. Usó las preguntas apropiadas.
- 6 El terapeuta estaba comprometido a usar el descubrimiento guiado a través de la sesión, para explorar problemas y que el paciente sacara sus propias conclusiones. Alcanzó un excelente balance entre las preguntas y otras técnicas.

### \_\_\_8. ENFOQUE EN COGNICIONES O CONDUCTAS CLAVE.

- 0 El terapeuta no intentó descubrir pensamientos específicos, presunciones, imágenes, significados o conductas.
- 2 El terapeuta usó las técnicas apropiadas para descubrir pensamientos o conductas; sin embargo, tuvo dificultades en mantenerse enfocado en las conductas o pensamientos relevantes para el problema del paciente.
- 4 El terapeuta se enfocó en pensamientos o conductas relevantes para el problema principal. Sin embargo, pudiera haber enfocado más en los pensamientos o creencias nucleares y conductas que mostraban más oportunidad para el cambio y progreso.
- 6 El terapeuta fue muy habilidoso en enfocarse en los pensamientos clave, presunciones y conductas, que eran más relevantes para las áreas del problema y ofrecían mayor oportunidad de cambio.

### \_\_\_9. ESTRATEGIA PARA EL CAMBIO. (Nota: para este item, ponga atención en la calidad de la estrategia del cambio del terapeuta, no en qué tan efectivamente la estrategia fue implementada o si el cambio ocurrió).

- 0 El terapeuta no seleccionó técnicas cognitivas-conductuales.
- 2 El terapeuta seleccionó técnicas cognitivas-conductuales; sin embargo, la estrategia en general para promover un cambio fué vaga o no promisoría en ayudar al paciente.

- 4 El terapeuta parece tener una estrategia coherente para el cambio, que se mostraba promisorio y utilizaba técnicas cognitivas-conductuales.
- 6 El terapeuta siguió una estrategia consistente para el cambio que parece muy promisorio e incorpora técnicas cognitivas-conductuales muy apropiadas.

\_\_\_\_10. APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES. (Nota: Para este ítem, enfocarse en la habilidad para aplicar las técnicas, no en qué tan apropiadas eran para el problema o si el cambio ocurrió).

- 0 El terapeuta no aplicó técnicas cognitivas-conductuales.
- 2 El terapeuta utilizó técnicas cognitivas-conductuales, pero existían errores significativos en la manera en que se aplicaron.
- 4 Aplicó técnicas cognitivas-conductuales con una habilidad moderada.
- 6 El terapeuta fue muy habilidoso y tenía una amplia variedad de técnicas cognitivas-conductuales.

\_\_\_\_11. TAREA

- 0 El terapeuta no intentó incorporar tarea relevante a la terapia cognitiva.
- 2 El terapeuta tuvo dificultades significativas en incorporar la tarea (Ej.: No revisó la tarea anterior, no explicó con suficiente detalle, asignó tarea inapropiadamente).
- 4 El terapeuta revisó la tarea anterior y asignó tarea siguiendo los estándares de la terapia cognitiva, de manera relevante a lo tratado en la sesión. La tarea fue explicada en detalle suficiente.
- 6 El terapeuta revisó la tarea anterior y asignó cuidadosamente la tarea proveniente de la sesión de terapia cognitiva para la siguiente sesión. La tarea fue muy apropiada para ayudar al paciente a incorporar nuevas perspectivas, poner a prueba las hipótesis, experimentar con nuevas conductas que fueron discutidas en la sesión, etc.

### III CONSIDERACIONES ADICIONALES

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

SI

NO

- b. En caso de Sí:

- 0 El terapeuta no pudo manejar adecuadamente los problemas que se dieron.
- 2 El terapeuta manejó los problemas adecuadamente, pero utilizó estrategias o conceptualizaciones inconsistentes con la terapia cognitiva.
- 4 El terapeuta manejó los problemas especiales utilizando una estructura cognitiva y fue moderadamente habilidoso en aplicar las técnicas.
- 6 El terapeuta fue muy habilidoso en manejar los problemas especiales que surgieron, utilizando una estructura de terapia cognitiva.

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

SI (Favor explicar en el espacio de abajo).

NO

#### IV. CALIFICACION GENERAL Y COMENTARIOS

¿Cómo calificaría en general a la persona como terapeuta cognitivo?

- 0 Pobre.
- 1 Apenas adecuado.
- 2 Mediocre.
- 3 Satisfactorio.
- 4 Bueno
- 5 Muy bueno.
- 6 Excelente.

¿Si estuviera dirigiendo un estudio de terapia cognitiva, usted seleccionaría a este terapeuta para participar en el mismo? (Asumiendo que la sesión lo muestra como es usualmente).

- 0 Definitivamente no.
- 1 Probablemente no.
- 2 No estoy seguro.
- 3 Probablemente sí.
- 4 Definitivamente sí.

¿Qué tan difícil era esta paciente para trabajar con él?

- 0 No era difícil, muy receptivo.
- 1
- 2
- 3 Moderadamente difícil.
- 4
- 5
- 6 Extremadamente difícil.

#### 17. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS PARA LA MEJORIA DEL TERAPEUTA.

#### 18. CALIFICACION GENERAL.

- 0 inadecuado.
- 1 mediocre.
- 2 Satisfactorio.
- 3 Bueno.
- 4 Muy bueno.
- 5 Excelente.

Usando la escala de arriba, provea de una calificación general de las habilidades del terapeuta demostradas en esta cinta. Haga un círculo en el número apropiado.

Para instrucciones en el uso de esta escala: Young J.E.; Beck A.T. (Agosto 1980). Manual de calificación de la escala de Terapia Cognitiva.

Para permisos en la utilización de esta escala o copias del Manual escribir a:

University of Pennsylvania, Center for Psychotherapy Research  
Room 754, Science Center  
3600 Market Street  
Philadelphia, PA 19104-2648

(Traducción al español por Dr. See King Emilio Quinto).