



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**SUPERVISIÓN EN TERAPIA COGNITIVO  
CONDUCTUAL: CONSTRUCCIÓN DE UNA PRUEBA.**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**SILVIA MONSERRAT SÁNCHEZ RAMOS**

**DIRECTORA:**

**DRA. C. LIZETTE GÁLVEZ HERNANDEZ**

**REVISOR:**

**DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA**



**TESIS FINANCIADA POR PROYECTO PAPIME PE314319**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2021**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A la **Universidad Nacional**, mi *alma mater*, por brindarme las oportunidades para mi formación y la construcción de mi legado.

Al proyecto **PAPIME** por el interés por fomentar el desarrollo de los alumnos a través de proyectos como este.

A ud. **Dra. Lizette Gálvez** por su acompañamiento en este camino del comienzo profesional, a usted quien con su cobijo académico ha sido una guía y ejemplo inigualable. Gracias infinitas a usted que ha creído en mí y me ha apoyado a creer y potenciar mis competencias.

A ud. **Dr. Esael Pineda**, mi padre académico, por mostrarme la belleza de la disciplina y el impacto que esta puede llegar a tener. A usted quien con su praxis me ha mostrado que, como siempre le digo, los psicólogos también salvan vidas. Estaré siempre agradecida por su apoyo incondicional.

A ud. **Dr. Juan José Sánchez** por la oportunidad y su continua guía. Gracias infinitas por su ejemplo profesional y contribuciones a este y muchos proyectos.

A ud. **Dra. Nancy Caballero** por su amable acompañamiento, por su interés genuino de guiarme y resolver las dudas de este trabajo.

A ud. **Dra. Silvia Chainé** quien me guió paso a paso para la realización de esta tesis, no es fácil, pero usted me brindó información objetiva y puntual para abordar mis áreas de oportunidad y eso es muy valioso.

A ud. **Mtro. Misael Luna**, quien con su enfoque me apoyó a direccionar este trabajo, a complementarlo y al final poder tener un producto digno de la universidad.

A los jueces expertos: **Dr. Rafael Anzures, Dra. Cecilia Kissy Guzmán Tinajero y Dra. Liliana Rivera Fong** que me apoyaron desde su expertís para la retroalimentación del producto de este trabajo

**A todos ustedes estoy y estaré muy agradecida.**

## DEDICATORIAS

*En primer lugar, por supuesto, a mi familia.*

Papá, mamá, mi hermano Hugo y mi pequeña estrella, mi sobrina Regina: este trabajo es producto de su esfuerzo, de su dedicación. Esta tesis es sin duda producto de los sueños que me ayudaron a forjar, de aquellos sueños que, con su lucha diaria, contribuyeron a lograr. Gracias por su apoyo, por acompañarme y darme ánimos en mis noches de desvelo y por velar por mi felicidad. A ustedes mi razón de ser, mi motivación para ser una gran mujer, esto como el resto de mis metas, son tuyas.

*A la familia Martínez Vallejo.*

Quienes, desde hace algunos años y sobre todo durante el proceso de elaboración de este trabajo, contribuyeron con muchos momentos de alegría. Gracias por considerarme parte de su familia, por cobijarme y apoyarme en todo momento. A mi mejor amiga *Alison* por ser mi soporte, mi confidente. La amistad incondicional existe porque la he encontrado en ti, te quiero y espero seguir viéndote crecer personal y profesionalmente.

*A mis amigas Diandra y Diana.*

Mis confidentes, mis colegas a quienes admiro y quiero. Diandra, por ser mi compañera de vida profesional por guiarme, por ser mi amiga, mi hermana putativa, por tu amistad incondicional. Diana, por ser un gran ejemplo de valentía y lucha constante, por escucharme y estar conmigo. A ambas a quienes espero ver crecer, estoy segura de que serán grandes psicólogas y grandes mujeres.

*A mis amigos del INCan.*

Erica, Tona, Aby, Vero, Fernanda, Cinthia, Isabo y Dani cómo no dedicarles este trabajo a ustedes quienes fueron parte imprescindible de este. Ustedes quienes me acompañaron desde el segundo uno de este proceso y con su conocimiento me guiaron. Por su retroalimentación objetiva y precisa durante cada seminario, cada reunión. Por permitirme conocerles profesional pero también personalmente, mi completa admiración para cada uno y una de ustedes.

*A mis amigos Zuri y Gama*

A ustedes que me acompañaron durante todo el proceso universitario. Por estar conmigo en mis triunfos y por apoyarme en mis fracasos, por cantar, bailar, comer y reír. Infinitas gracias por su amistad incondicional. Los aprecio y quiero en demasía.

*A mi familia CAEPSI*

Sayu, Omar, Ernesto, Monserrat y Rebeca a ustedes quienes han creído en mí, que han apostado por mi potencial y me han guiado por este camino laboral. Omar Chavarría, gracias por tu guía profesional, porque has compartido conmigo tus conocimientos sin censura y eso es invaluable. Ernesto por motivarme y hacerme sentir segura de quien puedo llegar a ser. Sayuri, un ejemplo de mujer poderosa y profesional, gracias por tu acompañamiento y guía. Mon y Rebe, gracias por estar, por creer en mí y acompañarme.

*A mi confidente*

Javier, por acompañarme en la etapa final de este proceso. Por impulsarme, apoyarme y celebrar conmigo cada uno de mis logros personales y profesionales.

*A los usuarios del INCan*

A todas aquellas personas que atraviesan por esta enfermedad crónico-degenerativa, por permitirme acompañarles desde esta disciplina y por proveerme de mucho aprendizaje profesional no solo sino de vida.

**Este trabajo es dedicado a ustedes.**

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>CAPÍTULO I. Supervisión clínica y Cognitivo Conductual</b>       | 11 |
| Introducción  | 11 |
| 1.1 Definición  | 11 |
| 1.2 Modelos de supervisión  | 12 |
| 1.3 Evaluación de la supervisión                                    | 15 |
| <b>2. Supervisión en terapia cognitivo conductual (TCC)</b>         | 19 |
| 2.1 Características de la supervisión en TCC                        | 19 |
| 2.2 Características y competencias del supervisor en TCC            | 20 |
| 2.3 Características y competencias del supervisado en TCC           | 22 |
| 2.4 Impacto de la supervisión en TCC                                | 24 |
| <b>CAPÍTULO II. Evaluación de la supervisión y sus propiedades</b>  | 28 |
| Introducción  | 28 |
| 3.1 Evaluación de la supervisión en TCC                             | 28 |
| 3.2 Instrumentos de evaluación de la supervisión disponibles        | 32 |
| <b>CAPÍTULO III. Construcción de una prueba en TCC: fundamentos</b> | 44 |
| Introducción  | 44 |
| 3.1 Prueba de rendimiento.  | 45 |
| 3.2 Elaboración de pruebas.   | 45 |
| 3.5 Fundamentos básicos de la Terapia cognitivo conductual.         | 54 |
| 3.4.1 Antecedentes de la TCC  | 55 |
| 3.4.2 Primera generación: Surgimiento de la terapia de conducta.    | 56 |
| 3.4.3 Segunda generación  | 58 |
| Relación Terapéutica  | 63 |
| Técnicas conductuales   | 65 |
| Técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas.         | 65 |
| Regulación de la activación emocional.                              | 69 |
| <b>FUNDAMENTACIÓN</b>   | 73 |
| <b>MÉTODO</b>   | 75 |

|                      |     |
|----------------------|-----|
| <b>Procedimiento</b> | 76  |
| <b>RESULTADOS</b>    | 81  |
| <b>DISCUSIÓN</b>     | 103 |
| <b>CONCLUSIONES</b>  | 113 |
| <b>REFERENCIAS</b>   | 115 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|   |     |
|---|-----|
| Tabla 1 Evaluación de programas de supervisión de la TCC  | 25  |
| Tabla 2 Estudios y medidas de resultado de programas de supervisión de la TCC reportados                | 30  |
| Tabla 3 Evaluación de programas de supervisión de la TCC  | 33  |
| Tabla 4 Descripción de las escalas utilizadas para medir el impacto de los programas de supervisión     | 36  |
| Tabla 5<br>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación de los participantes de la segunda fase.     | 76  |
| Tabla 6<br>Definición del contenido e indicadores de la dimensión relación terapéutica                  | 85  |
| Tabla 7<br>Definición del contenido e indicadores de la dimensión conceptualización del caso.           | 87  |
| Tabla 8<br>Definición del contenido e indicadores de la dimensión intervención.                         | 89  |
| Tabla 9<br>Porcentaje de aprobación por contenido e indicador   | 91  |
| Tabla 10<br>Razón de validez de contenido (CVR) por reactivo.   | 92  |
| Tabla 11<br>Interpretación de la razón de validez de contenido.   | 93  |
| Tabla 12<br>Cambios en los reactivos 14 y 15  | 94  |
| Tabla 13<br>Causas y número de cambios realizados   | 97  |
| Tabla 14 Ejemplo de cambios en los reactivos entre la versión 1 y 2                                     | 99  |
| Tabla 15 Interpretación de los puntajes obtenidos en los índices de discriminación                      | 100 |
| Tabla 16 Índice de dificultad y total de ítems clasificados por interpretación                          | 100 |
| Tabla 17 Alfa, índice de dificultad e índice de discriminación de la dimensión de relación terapéutica. | 101 |

## RESUMEN

**Introducción.** La supervisión es considerada el medio idóneo para el desarrollo profesional del psicoterapeuta. Aunque existen instrumentos dirigidos a evaluar las competencias adquiridas a partir de este entrenamiento, el conocimiento teórico es el componente menos evaluado. **Objetivo.** Diseñar y explorar las propiedades psicométricas de una prueba de comprensión y aplicación de conceptos teóricos de la Terapia Cognitivo Conductual en psicoterapeutas en formación bajo supervisión. **Método.** Se realizó una revisión de literatura sobre los instrumentos de evaluación de la supervisión a partir de la cual se conceptualizó el objetivo de la prueba, se diseñó el contenido y un banco de reactivos, posteriormente se realizó un jueceo para la validez de contenido y, con las correcciones obtenidas, un estudio piloto para la obtención del índice de dificultad, índice de discriminación y consistencia interna **Resultados.** Con base en los resultados del jueceo, se prescindieron de dos reactivos. Aquellos reactivos cuyos puntajes oscilaran entre 0.15 - 0.39 en índice de discriminación y 0.1 - 0.7 en índice de dificultad se conservaron, obteniendo un total de 22 reactivos. **Conclusiones.** Este estudio comprueba que el diseño es una fase fundamental para el desarrollo de una prueba y que es un proceso complejo que depende de las directrices de construcción, la población a la que estará dirigida y los fines que se pretendan dar. El presente estudio proporciona la primera versión de una prueba de rendimiento que conjuga el diseño de una herramienta escrita educativa ex profeso con la evaluación de un conocimiento clínico-aplicado de la terapia cognitivo conductual.

Palabras clave: *supervisión clínica, terapia cognitivo conductual, prueba de conocimientos.*

## ABSTRACT

**Introduction.** Supervision is considered the ideal means for the professional development of psychotherapists. Although there are instruments to evaluate the competencies acquired from this training, knowledge of concepts and theories is the least evaluated component. **Objective.** To design and explore the psychometric properties of a test for understanding and applying theoretical concepts of Cognitive Behavioral Therapy in psychotherapy trainees under supervision. **Method.** Based on a systematic review of the scientific and professional research literature, we reviewed supervision assessment instruments. We developed the objective and main concepts of a test. Then we created a bank of reactivos and conducted a trial to assess content validity. Once corrected, the reactivos were used in a pilot study to obtain their difficulty and discrimination indexes and internal consistency. **Results.** The main findings led to discarding two reactivos. Reactivos whose scores ranged between 0.15 - 0.39 in discrimination index and 0.1 - 0.7 in difficulty index comprised a total of 22 reactivos. **Conclusions.** The present study illustrates that developing a test is a complex process requiring construction guidelines, analysis of the target population, and careful definition of the test's intended purposes. The present study provides the first version of a performance test that combines a written educational tool's design to evaluate clinical-applied knowledge of cognitive-behavioral therapy.

**Key words:** clinical supervision, cognitive behavioral therapy, theoretical knowledge

## INTRODUCCIÓN

La supervisión es considerada el medio idóneo para el desarrollo del futuro profesional de la salud. Su importancia radica en la adquisición de competencias clínicas para la práctica psicoterapéutica y es el medio para garantizar la provisión de servicios psicológicos adecuados que contribuyan al bienestar de las personas atendidas. Este proceso ha sido utilizado en el ámbito de la psicología indiscriminadamente, y existen tantos modelos de supervisión como enfoques psicoterapéuticos; sin embargo, su evaluación ha sido tema de constante discusión.

El panorama en México no es más prometedor. Se carece de modelos de supervisión sistematizados y evaluados; el término *supervisión* se ha utilizado en distintos ámbitos sin ser aún comprobados. Por ejemplo: el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (2013) describe, en un artículo, la aplicación de la supervisión en su maestría en Psicoterapia. En esta misma institución, cuatro años después, se describe la experiencia dentro de este proceso evidenciada a través de un cuestionario de experiencia. En el Instituto Latinoamericano de estudios de la familia A.C (2015) se ofrece supervisión clínica a partir del primer año de formación. La Universidad de las Américas proporciona un curso de supervisión en psicoterapia sistémica. El punto común de estas propuestas es su carencia de evidencia empírica que respalde su impacto en cualquier esfera de la supervisión: supervisor, supervisado o en las personas atendidas.

Como se mencionó, la supervisión es un proceso complejo cuyo fin está sujeto al entrenamiento y adquisición de las competencias necesarias para la actuación profesional. Si bien ha sido un concepto estudiado, la poca evidencia de su efecto debido a las deficiencias en su proceso de evaluación, sigue generando preguntas sobre su efectividad.

Dentro de la literatura de investigación se encuentran limitaciones de instrumentos aparentemente válidos, confiables y culturizados para medir el impacto de un programa de supervisión en las competencias clínicas esperadas.

Dentro de la búsqueda de herramientas de evaluación de la supervisión, existen revisiones como la de Milne y Reiser (2011) quienes reiteran (las conclusiones que en algún momento Ellis et al. (1997; 2008) declaraban) la falta de instrumentos válidos y confiables para evaluar el rendimiento de la supervisión en TCC. Dado que el propósito de la supervisión reside en la adquisición de competencias para la práctica de la profesión, medir su impacto a través de pruebas de percepción de efectividad o la calidad de la relación terapéutica resultaron insuficientes. Otras revisiones como la realizada por Alfonsson, Parling, Spännargard, Andersson y Lundgren (2018) encuentran que la CTS (Cognitive Therapy Scale) es la herramienta más utilizada en la supervisión TCC para evaluar su efectividad. Aunque resulta una herramienta útil para la evaluación del supervisado, dados los objetivos de la supervisión aún deja áreas de oportunidad por evaluar.

Las habilidades han sido un constructo retomado en los últimos años como medida de evaluación. Dentro de las competencias esperadas que el psicoterapeuta TCC requiere adquirir, destaca el conocimiento teórico (Beitman y Yue, 1999; Prasko, 2012), por considerarse la base sobre la cual se construye la competencia (Falender et al., 2004). Sin embargo, actualmente la evidencia sobre instrumentos que proporcionen una medida del conocimiento teórico en escenarios de supervisión clínica es escasa. Así, el objetivo del presente trabajo consistió en diseñar y explorar las propiedades psicométricas de una prueba de comprensión y aplicación de conceptos de la Terapia Cognitivo Conductual en psicoterapeutas en formación bajo supervisión.

El presente trabajo está dividido en tres capítulos de marco teórico, método, resultados, discusión, y conclusiones. El primer capítulo titulado *Supervisión clínica y cognitivo conductual* tiene como objetivo presentar los conceptos básicos de la supervisión, sus objetivos y modelos, identificar las características de la diada supervisor-supervisado y los hallazgos de la eficacia de este proceso a través de su evaluación. En el segundo capítulo, *evaluación de la supervisión y sus propiedades*, se abordan los estudios encontrados en la literatura de investigación que han buscado contribuir en la evaluación de la supervisión. El capítulo tres, *construcción de una prueba TCC: fundamentos*, aborda los pasos a seguir para la elaboración de una prueba, los análisis para evaluar su contenido y los estándares de calidad y utilidad que la literatura provee para asegurar su uso, el capítulo culmina con un marco de referencia del contenido, propósito de la elaboración de la herramienta meta: la terapia cognitivo conductual.

## **CAPÍTULO I. Supervisión clínica y Cognitivo Conductual**

### **Introducción**

La supervisión es considerada el medio idóneo para el desarrollo del futuro profesional de la salud. Su importancia radica en la adquisición de competencias clínicas para la práctica psicoterapéutica y es el medio para garantizar la provisión de servicios psicológicos adecuados que contribuyan al bienestar de las personas atendidas. El objetivo de este capítulo reside en describir los conceptos básicos de la supervisión, sus objetivos y modelos, identificar las características de la diada supervisor-supervisado y los hallazgos de la eficacia de este proceso a través de su evaluación. En primera instancia, se definirá el concepto de supervisión en la Psicología, se describen dos modelos en supervisión, la evaluación de la supervisión, sus características y algunos estudios que exponen sus contribuciones en esta área. El capítulo culmina con la exposición de las características de la supervisión en la Terapia Cognitivo Conductual.

### **1.1 Definición**

La supervisión es un proceso fundamentado en una relación evaluativa cuyo propósito es el mejoramiento profesional (American Psychological Association [APA], 2014). Se concibe como un proceso de colaboración estructurado; basado en acuerdos y objetivos establecidos entre sus participantes, cuyo fin es conseguir la preparación de competencias necesarias dirigida a la prestación de servicios profesionales. La supervisión, por lo tanto, es una herramienta que los estudiantes, pasantes y nuevos profesionales pueden usar para adquirir y perfeccionar sus habilidades de atención especializada (Pratt & Lamson, 2012).

La supervisión es un componente esencial de los sistemas eficaces en atención de salud (Kadushin, 2002; Allan, McLuckie, & Hoffercker, 2017) y en programas de capacitación para profesionales de salud mental (Berger & Mizrahi, 2001; Milne, Sheikh, Pattison y Wilkinson, 2011; Watkins, 2011; Allan et al., 2017). La supervisión en psicología contribuye a la formación de la identidad profesional con un acompañamiento estructurado en el aprendizaje sobre la aplicación de psicoterapia. Brinda al supervisado la retroalimentación necesaria de su desempeño en un escenario real, así como la orientación en tiempos de confusión y necesidad (Cooper y Witenberg, 1983; Greben, 1991, Hart, 1982; Hoffman, 1994; Scott, Boylan, y Jungers, 2015).

Durante la supervisión el entrenado tiene la oportunidad de lograr un crecimiento profesional en términos prácticos. La supervisión se aborda en escenarios reales, con casos reales. Dadas las necesidades de la disciplina, el objetivo de la supervisión es la promoción de la atención de calidad alcanzada en la práctica; por lo tanto, se busca la preparación de las competencias aplicadas para la prestación de servicios profesionales (Linehan y McGhee, 1994 en Prasko, Vyskocilova, Slepecky y Novotny, 2012).

Durante la supervisión, en el campo de la práctica terapéutica se adquieren, modifican y practican las capacidades conceptuales obtenidas teóricamente, llevándolas a un nivel mayor de perfeccionamiento (Scott et al., 2015).

## **1.2 Modelos de supervisión**

A lo largo de la historia de la atención a problemas de salud, se han desarrollado modelos de supervisión basados en literatura científica, que se extienden directamente de las teorías de la psicoterapia (Bernard y Goodyear 1998; Center for Credentialing & Education, s/f), de las

necesidades de cada programa y/o de la función de la supervisión. En psicología estos programas se agrupan con base en su naturaleza teórico-metodológica (Mora-Miranda, 2014). Por ejemplo, Watkins (2012) en su artículo *Psychotherapy Supervision in the New Millennium* hace una breve revisión del estado de la supervisión psicodinámica, cognitivo-conductual, humanista-existencial e integrativa en la actualidad; de la que a continuación se describe brevemente.

Para la supervisión psicodinámica, en descripción de Watkins (2012), existen cuatro elementos para alcanzar los objetivos terapéuticos: la relación terapéutica, la autoreflexión, el diagnóstico e intervención para la guía práctica de la supervisión y el valor de las experiencias del supervisado. El modelo psicodinámico se centra en la sintonía afectiva del terapeuta con su paciente, pero también en la relación del supervisor con el supervisado, que busca desarrollar profesionales comprometidos, reflexivos y seguros durante la intervención. La relación en la supervisión es utilizada como medio y mensaje para el aprendizaje y el ajuste individual para cada supervisado.

Para la supervisión en terapia cognitivo conductual, a pesar de estar en una *etapa temprana de desarrollo* (Watkins, 2012), es importante la estimulación del aprendizaje y retroalimentación mutua entre el supervisado y supervisor, quien busca la formación y evaluación del primero a través del desarrollo de las competencias necesarias para la ejecución de la práctica, de la participación activa del alumno (a través de experiencias de aprendizaje), de la utilización de métodos y medios de transmisión, y de la evaluación del conocimiento, con énfasis en la retroalimentación mutua.

La supervisión de psicoterapia humanista-existencial está basada en los principios fundamentales de la teoría, como los aspectos de la concepción del ser humano, la autonomía personal y responsabilidad

social, autorealización, concepción global del ser humano, entre otros (Tobías y García-Valdecasas, 2009).

La supervisión de psicoterapia integrativa pretende que los supervisados adquieran un conocimiento y comprensión de, por lo menos, cuatro enfoques: psicodinámica, cognitivo-conductual, humanista y sistemas familiares. Sacuro (2012; Watkins, 2012) destaca la necesidad de modelar la enseñanza y comprensión de una visión compleja de causalidad; de usar la conceptualización de casos en múltiples niveles como herramientas para la comprensión; de acentuar la importancia de la justificación clínica en la formación y supervisión; por último, de ayudar a los supervisados a reflexionar sobre las bases de los diferentes paradigmas teóricos y cómo estos pueden complementarse.

Los modelos mencionados son los paradigmas de supervisión más documentados. Sin embargo, se han incrementado tanto como lo requieren enfoques terapéuticos, necesidades o autores. Autores como Falender y Shafranske (2004) tomaron la perspectiva de evaluación de competencias como una oportunidad para exponer un enfoque de supervisión clínica basado en competencias. Para esta propuesta, consideran la supervisión como clave para transmitir la profesión a las futuras generaciones de psicólogos. A través de su paradigma buscaron establecer la supervisión como un modelo donde el supervisor y el supervisado son colaboradores que definen explícitamente las competencias clínicas a instaurarse (los conocimientos, habilidades y actitudes), a través de estrategias de aprendizaje específicas y evaluación continua, que el supervisor proveerá a lo largo del proceso.

Otro ejemplo de la proliferación de modelos de supervisión es el de Simpson, Waller, y Hardy (2017), quienes -a través de un análisis de contenido- encuentran 52 modelos de supervisión entre 1964 y el 2015. Estos resultados muestran que el impacto de la supervisión reside en el

aprendizaje y/o desarrollo que adquiere el supervisado (88.46% de los modelos revisados), en aspectos emocionales del trabajo (61.54%) y en las responsabilidades de gestión y/o éticas para el supervisado (57.69%). También encontraron que el 94.23% de los modelos se enfocan en el supervisado, es decir, en la evaluación de su capacitación; 80.77% en el impacto y evaluación del supervisor; el 48.08% en la persona atendida y 13.46% en el seguimiento en el tiempo a través de la evaluación del efecto de la intervención en la persona atendida.

### **1.3 Evaluación de la supervisión**

La supervisión requiere evaluarse por su función formativa, pues sus características de mejora continua y ajuste del aprendizaje (en términos prácticos) requieren sustentarse para alcanzar la función sumativa; es decir, al final del programa, determinar el logro de los objetivos previstos al inicio. A continuación, se expone la importancia de la evaluación de la supervisión clínica, las características que conlleva y las opciones de evaluación reportadas en la literatura.

Sin supervisión, el control de calidad del trabajo en salud mental depende de la capacidad de los profesionales para autoevaluar sus competencias (Hansen et al., 2006). Cuando se egresa y la experiencia profesional es poca, a menudo los profesionales primerizos sobrevaloran sus competencias (Vallance, 2005; Allan, McLuckie, y Hoffecker, 2017), lo que puede tener implicaciones negativas para la intervención, pues se corre el riesgo de tomar casos para los que no se está preparado o abordarlos de manera ineficiente.

En la literatura científica se ha encontrado que la autoevaluación resulta insuficiente como predictor de las competencias (Fronteras, 2012; Gonzalez y Crowe, 2018). El psicólogo en entrenamiento, quien no ha desarrollado un nivel de competencia suficiente, no puede ser capaz de

identificar con precisión si él o algún compañero tiene o no dichas competencias. La capacidad de evaluar el desempeño de una persona (incluyendo qué y cómo las interacciones impactan en otras) es central en la práctica y hay pocas dudas de que la supervisión concede el mejor contexto para esto (Gonzalvez y Crowe, 2018). Es por ello por lo que la autoevaluación, sumada o integrada a la evaluación por un supervisor, son un método valioso para fomentar precisión, profundidad y efectividad de las competencias.

Las herramientas para evaluar la efectividad de la supervisión difieren en cuanto a las perspectivas desde las que se ofrece el entrenamiento clínico. La supervisión involucra a todos los perfiles incluidos en el proceso psicoterapéutico, lo que proporciona más perspectivas para evaluar su impacto (Tsong y Goodyear, 2014). Estas incluyen a los participantes de la triada de la supervisión: el supervisor, el supervisado y la persona atendida.

Sin embargo, cada estrategia de evaluación tiene ventajas y desventajas. Por ejemplo, las competencias del supervisado durante su intervención pueden ser evaluadas por el supervisor y por el supervisado mismo, pero no por la persona atendida, pues desconoce las competencias específicas necesarias para una buena intervención. Aunque, la persona podría dar cuenta de la relación (terapeuta-cliente), así como de la efectividad del tratamiento. La evaluación con base en la autoevaluación (evaluación por el supervisado) puede encontrar sesgos, pues los profesionales inexpertos exageran sus competencias o son optimistas sobre sí mismos (Brosan et al., 2008, Barnfield y Beaumont, 2007).

En la literatura de investigación existen tres criterios para evaluar la efectividad de la supervisión: a) la evaluación del supervisado, b) del supervisor y c) de la persona atendida, descritos brevemente en la sección anterior. Desde la perspectiva en que la supervisión fomenta el

aprendizaje de los supervisados (Carroll, 2010; Tsong y Goodyear, 2014), el criterio resultado es el cambio en la ejecución del supervisado debido a la supervisión (Tsong y Goodyear, 2014). Estos cambios pueden incluirse en: a) asuntos personales, como: motivación, autoeficacia, autoconciencia, etc.; b) desarrollo de habilidades, por ejemplo, el *Social Skills Inventory (SSI)* (Riggio, 1992) se trata de un auto informe que mide las habilidades básicas en la comunicación emocional no verbal, así como las habilidades sociales verbales relacionadas con la competencia social, y c) capacidad para realizar intervenciones. Esta última evaluada a través de instrumentos como la versión revisada del *Cognitive Therapy Scale (CTS-R)*; Young & Beck, 1988 en James, Blackburn, Milne, et al., 2001), que valora la adherencia al método de terapia como la habilidad de profesional de la salud.

Desde del trabajo del supervisor, la finalidad de la evaluación será que los supervisados valoren la satisfacción y efectividad del supervisor como colaborador del cambio dentro de la supervisión (Gonsalvez, Hamin, Savage y Livni, 2017). Por ejemplo, la escala *Supervision Evaluation and Supervisory Competence (SE-SC)*, que se utiliza para medir la gama de competencias del supervisor a través de dimensiones como la apertura y apoyo, conocimiento y experiencia como profesional, planificación de la supervisión, supervisión dirigida por objetivos, competencias restaurativas y conocimientos de la dinámica profesional-persona atendida.

En este sentido, Falender et al. (2004) proponen que para que la supervisión sea eficaz se requiere tener en cuenta el impacto inmediato como a largo plazo en el supervisado, en las personas, en la relación con el profesional, así como en los resultados de la provisión del servicio. Sin embargo, la disponibilidad de medidas confiables y válidas de los procesos y resultados de supervisión ha sido un problema persistente

(Ellis, Ladany, Krenzel y Schult, 1996; Watkins, 2012), lo que genera un vacío para obtener información sobre el efecto de la supervisión.

Algunos estudios (Bambling, 2006; Weck, 2016) han medido los efectos del tratamiento en la persona atendida a través del *Brief Symptom Inventory (BSI)*, *inventario de Depresión Beck (BDI-II)*, entre otros, cuyos hallazgos informaron mejores efectos del tratamiento y satisfacción con la terapia en comparación con los resultados del grupo de supervisión.

A pesar de ello, existen estudios como los de Frosch, Varwani, Mitchell, Caraccioli, y Willoughby (2018), quienes evaluaron el impacto de la supervisión en la autoeficacia de los profesionales, la satisfacción laboral y el estrés relacionado con el trabajo. Un total de 33 profesionales de la salud (que trabajaban en el área infantil) recibieron nueve meses de supervisión y completaron sus evaluaciones previas y posteriores. Durante esta última fase, también informaron de la experiencia de la supervisión. En dicho estudio se utilizó una versión modificada de las escalas de autoeficacia reflexiva de supervisión (Shea, Goldberg, Weatherston, 2016) para que los supervisados evaluaran su experiencia con la supervisión.

Para examinar si el impacto informado de la supervisión difirió de acuerdo con los años de experiencia clínica de los supervisados, se dividió en: de 0-5 años, de 6-11 años, y 12 años o más. Los participantes, en general, reportaron una experiencia general satisfactoria con la supervisión, la autoeficacia aumentó entre el pre y post. Además, los participantes sin experiencia laboral reportaron mayor satisfacción con la supervisión, que los que tenían más experiencia. El 79% informó que la supervisión contribuyó positivamente en su desempeño laboral; el 91% que contribuyó positivamente a su capacidad para enfrentar el estrés y el 94% refirió que los apoyó en el manejo de su propia respuesta emocional al conflicto infantil y familiar (Frosch et al., 2018).

## **2. Supervisión en terapia cognitivo conductual (TCC)**

La supervisión clínica para la TCC (siglas referentes a la abreviación de la Terapia Cognitivo Conductual) es conocida por las siglas CBS (por su nombre en inglés Cognitive Behavior Supervision). Este enfoque terapéutico está documentado en la literatura científica y ha demostrado efectividad en el tratamiento de una gran variedad de trastornos psicológicos y de la salud (Kavanagh, Bennett-Levy y Crow, 2002).

El objetivo de la supervisión en TCC es aumentar las habilidades de evaluación, conceptualización e intervención clínica en el supervisado, así como fomentar la autoobservación y el aprendizaje continuo desde el enfoque (Johnston, 2006). Los objetivos específicos están dispuestos, desde el primer momento, en la evaluación inicial hasta la aplicación terapéutica, estableciendo áreas de oportunidad, que implican contar con el momento para modificar las conductas necesarias durante el proceso y avance del supervisado.

Para apoyar las fortalezas e identificar las áreas de oportunidad, los objetivos se proponen a partir de la evaluación de las competencias actuales del supervisado. La supervisión, por lo tanto, requiere tener en cuenta el lugar en el que se encuentra el profesional en términos de su aprendizaje, desarrollo y capacitación. A través de este supuesto se negocian las necesidades del supervisado y las posibilidades del supervisor.

### **2.1 Características de la supervisión en TCC**

Hay poco apoyo empírico para la descripción de los componentes específicos para la supervisión en la TCC (Milne et al., 2010). La supervisión se entiende como la cooperación sistemática entre el supervisor y supervisado, cuyo objetivo es mejorar las competencias

profesionales en este último (Linehan y McGhee, 1994 en Prasko et al., 2012) para asegurar la provisión adecuada del servicio a la persona atendida. La supervisión en TCC encuentra su fundamento teórico en dicha aproximación terapéutica. Por tanto, sus pautas en supervisión sugieren el uso de agendas, tareas, técnicas de resolución de problemas y retroalimentación, entre otras características derivadas de sesiones de intervención (Cummings, Ballantyne, y Scallion, 2015; Alffonson et al, 2014).

## **2.2 Características y competencias del supervisor en TCC**

Los supervisores tienen múltiples responsabilidades, ya que requieren tener en cuenta el bienestar de las personas y, al mismo tiempo, ayudar a sus supervisados a entrenar las habilidades para convertirse en profesionales independientes que brinden atención competente. Si bien no hay un perfil específico de un buen supervisor, dentro de la literatura se encuentran una serie de características que atañen a la *buena práctica* de esta labor (Johnston, 2006). Aunque puede ser evidente describirlas, resulta importante para el desarrollo del proceso de supervisión y de lo que se espera como resultado.

El supervisor requiere ser experto en su profesión, además de contar con las habilidades adecuadas para la enseñanza y evaluación de las competencias necesarias para la formación del futuro profesional de la salud. El supervisor requiere ser atento, comprensivo, con alto grado de empatía y apertura para asegurar el éxito de la relación y adecuada comunicación entre el supervisor y el supervisado (Carifio y Hess, 1987; Holloway, 1997; Watkins, 1997; Kilminster y Folly, 2000).

Particularmente, los supervisores en psicoterapia asumen múltiples niveles de responsabilidad, como docentes, mentores y evaluadores (Whitman y Jacobs, 1998; 2015). Dadas las características de

la supervisión en psicología, el rigor para ejercer la supervisión es necesaria. El supervisor, por lo tanto, requiere contar con competencias que le hagan ser un modelo para su entrenado. A pesar de la inexistencia de un consenso de las competencias específicas, en la literatura se encuentran algunas aproximaciones que buscan responder a esta necesidad. Por ejemplo, Russell y Petrie (1994) describieron tres áreas en las que los supervisores requerirían capacitarse: a) los modelos teóricos de supervisión; b) la literatura empírica sobre los procesos de supervisión, y c) los resultados esperados de un programa de supervisión, así como cuestiones éticas y legales.

En 2004, Falender et al. enfatizan que la competencia en supervisión, producto de un cúmulo de competencias combinadas, es determinante para un psicólogo experto encargado de este proceso. Se espera que el supervisor tenga vastos conocimientos de cómo llevar a cabo el proceso de supervisión, de los modelos, enfoques e investigación en la misma, de las herramientas de evaluación existentes y, en las aportaciones más recientes. Ellos destacan el conocimiento y competencia en diversidad cultural.

Su comportamiento requiere incluir ejemplos y modelos requeridos por el profesional, como: respeto, seguridad, aceptación, empatía, aliento y aprecio, congruencia, franqueza y optimismo (Geben, 1994 en Prasko et al., 2012). Esto porque el supervisor es el primer y más cercano ejemplo para el supervisado de cómo se requiere tratar a las personas, por lo tanto, su actitud sirve como modelo para el supervisado.

Además de estas características, el supervisor requiere ser capaz de realizar y equilibrar múltiples papeles dentro del proceso de supervisión, requiere apoyar, pero también evaluar objetivamente; requiere enseñar, pero también considerar la retroalimentación del

supervisado; requiere ser experto en la teoría, pero también requiere conocer e identificar sus limitaciones; esto es, si las necesidades o la situación le rebasan requiere tener la capacidad de buscar consulta externa (Prasko et al., 2012)

### **2.3 Características y competencias del supervisado en TCC**

El supervisado, como es el caso del supervisor, carece de características estandarizadas. Sin embargo, existe un consenso considerable de actitudes y comportamientos del profesional dentro del enfoque de la TCC que pueden favorecer los propósitos generales de la psicoterapia (Lambert, 1983; Scott, Boylan y Jungers, 2015). Si estos comportamientos se trasladan a la supervisión, podrían dar pauta a las características esperadas de un supervisado.

El conocimiento es la base sobre la cual se construye la competencia (Sumerall et al., 2000; Falender et al., 2004); por lo tanto, es vital en el perfil del futuro terapeuta. Bajo esta premisa, las competencias previas son parte importante de la formación en terapia y pieza clave para la supervisión; por ello su evaluación es referencia para valorar el desempeño del supervisado a lo largo del proceso de supervisión (Johnston, 2006).

La profesionalización tiene como característica vital al entrenamiento, vehículo por el cual se desarrollan las competencias. Dicho entrenamiento será resultado de un proceso de aprendizaje que requerirá garantizar la integración del conocimiento, habilidades, actitudes y responsabilidades que exigen los perfiles profesionales (Falender et al., 2004; Rodríguez, et al, 2007, Gonzalez y Gonzalez, 2008). Esta práctica no requiere ser única en la formación universitaria, requiere llevarse a cabo en otros entornos cuyo ambiente y capacitación clínica ofrezca proveedores de servicios profesionales de alta calidad.

Dentro de las competencias que requiere mostrar el profesional en TCC se suponen: el conocimiento teórico, el comportamiento de calidad hacia la persona atendida, la capacidad de utilizar estrategias terapéuticas específicas para mantener una relación, lograr el cambio y cumplir con los estándares éticos (Beitman y Yue, 1999) entre otros. Rodolfa (2005) agrega cuatro competencias necesarias para la psicoterapia: a) relación terapéutica, b) conceptualización del caso, c) intervención y d) autoconocimiento; todas como referentes de un campo de conocimientos y habilidades prácticas necesarias para la acción profesional de un psicoterapeuta orientado a la TCC.

La relación terapéutica es esencial para la terapia (Prasko et al., 2012), conlleva el establecimiento de la alianza terapéutica. Los hallazgos de la investigación concluyen que ésta es el mejor predictor de los resultados en psicoterapia (Horvath y Bedi, 2002). Esto se evidencia en que la adherencia a las técnicas ha probado ser insuficiente para asegurar buenos resultados, así como que una terapia competente requiere que las personas atendidas perciban a sus terapeutas como empáticos y con una actitud no crítica y congruente (Gómez, s/n). Adicionalmente, Watson y Geller (2005) examinaron las diferencias en la percepción sobre algunas características de la relación terapéutica entre las personas atendidas a través de la TCC y las de la terapia existencial. El resultado sugiere un valor predictivo en la percepción de ambas modalidades de terapia, es decir, entre mayor percepción positiva de la relación terapéutica, mayor era la percepción positiva a cada modalidad de terapia.

La conceptualización del caso es considerada una habilidad basada en el estudio de la teoría, pero de desarrollo a través de la experiencia práctica (Armstrong y Freeston, 2003). La competencia se manifiesta en habilidades tales como la evaluación de fenómenos, la formulación de hipótesis significativas, la capacidad de integrar

materiales, la capacidad de preguntar sin sugerir el significado, etc. (Prasko et al., 2012).

La intervención proviene de la conceptualización de caso. La competencia incluye: a) evaluar qué tan necesaria es una intervención específica en cierta situación; b) la capacidad de evaluar su efectividad y de prever las respuestas a la intervención, y c) establecer procedimientos para afrontar cualquier tipo de respuestas (Prasko et al., 2012).

El autoconocimiento responde a la capacidad del terapeuta para identificar sus áreas de oportunidad en la práctica clínica, así como saber cuándo tiene la competencia de abordar o no una situación, también engloba el reconocimiento de las propias emociones y su regulación (Prasko et al., 2012)

## **2.4 Impacto de la supervisión en TCC**

La evaluación de la supervisión es la evidencia de la eficacia y efectividad de estos programas. Alfonsson, Parling, Spännargard, Andersson y Lundgren (2018) realizaron una revisión sistemática de la literatura sobre los efectos de la supervisión en TCC de los supervisados y las personas atendidas, en la adquisición de competencias clínicas y en la satisfacción con el tratamiento, respectivamente (véase en Tabla 1.1)

Tres de los cinco estudios descritos evidencian un impacto positivo de la supervisión a través de diferentes indicadores de evaluación. Bambling (2006), describe una mayor alianza terapéutica, efectos del tratamiento y satisfacción con la terapia en comparación con el grupo que no tuvo supervisión. Rakovshik (2016) obtuvieron mayores puntajes en la escalada de terapia cognitiva en comparación con el grupo que no recibió supervisión y Carmel (2016) destaca la competencia de formulación de caso como medida de comparación entre el grupo que

tuvo supervisión y del que no (véase en Tabla 1.1). A pesar de evidenciar, en algún aspecto, el impacto de la supervisión no son resultados que puedan someterse a generalización.

Consideraron estudios publicados en inglés que investigaban los efectos de la supervisión. Para el análisis de los datos, la búsqueda se redujo a cinco estudios que cumplieron con los criterios de inclusión: 1) realizarse en un entorno clínico, 2) enfoque en TCC, 3) que tuvieran diseño experimental, cuasiexperimental o de caso único, y 4) que tuvieran una medida de resultado relacionada con los efectos en supervisados o personas atendidas. De estos cinco estudios, tanto el tratamiento como el tipo de supervisión varió: tres reportaron datos del número de supervisores, profesionales y personas atendidas. Las competencias del profesional se investigaron en los cinco estudios a través de la escala de terapia cognitiva (CTS; Rakovshik, 2016; Week, 2016), de un examen de conocimientos y habilidades, así como de la formulación del caso en la terapia dialéctica conductual (Carmel, 2016), entre otros.

Hay una necesidad continua de estudios más rigurosos del efecto de la supervisión, a pesar de que los mencionados constituyen una aproximación, no son suficientes, ni las características, ni las descripciones, para asegurar y argumentar el impacto de la supervisión.

En una revisión exhaustiva, Ellis y Ladany (1997 ) dieron cuenta de la importancia de la disponibilidad de instrumentos diseñados para medir la competencia en supervisión clínica, ya que encontraron únicamente dos cuestionarios de autoinforme que no evaluaban las competencias directamente si no que lo hacían a través de la alianza terapéutica como la escala *Supervisory Working Alliance inventory* (Efstation, Patton y Kardash, 1990 en Tangen y Borders, 2016). Situación que persistió en una revisión posterior (Ellis, D'luo y Ladany, 2008).

Tabla 1 Evaluación de programas de supervisión de la TCC

| Estudio          | Tamaño de los participantes   | Tipo de supervisión y características  | Hallazgos principales  |
|------------------|---|--|--|
| Bambling (2006)  | 40 supervisores<br>127 profesionales<br>127 personas atendidas                  | Grupo de supervisión enfocada en habilidades y grupo sin supervisión<br><br>Tratamiento en solución de problemas para la depresión   | Al final del tratamiento, las personas atendidas (en condición de supervisión) informaron una alianza de trabajo significativamente mejor (WAI: $d = 1.51$ ), efectos del tratamiento (BDI-II: $d = 0.53$ ) y satisfacción con la terapia (TES: $d = .76$ ), en comparación con aquellas en el grupo sin condición de supervisión.<br>Las condiciones supervisadas tuvieron un menor abandono de la persona atendida ( $d=.96$ ) en comparación con la condición no supervisada. |
| Carmel (2016)    | No reportan número de supervisores ni personas atendidas.<br><br>8 supervisados | Supervisión en vivo (BITE) o supervisión habitual (SAU)<br>BITE: 1h/por semana de supervisión grupal<br>SAU: 1h/ semana de supervisión individual<br>Terapia dialéctica conductual | Supervisión en vivo obtuvo puntuación más alta en la formulación del caso en comparación con la condición de supervisión habitual.<br><br>No se encontraron diferencias entre el conocimiento teórico y habilidades en terapia dialéctica conductual   |
| Rakovshik (2016) | 61 profesionales en formación, supervisores y personas atendidas no reportados  | Instrucción basada en internet con supervisión por videoconferencia (IBT-s) vs (IBT-ws) y grupo control "lista de espera"  | Los participantes en la condición de supervisión por videoconferencia obtuvieron una calificación más alta en la escala de terapia cognitiva que los participantes en la condición sin supervisión ( $d=.72$ ) y en lista de espera ( $d=1.29$ ).  |
| Tanner (2012)    | 3 supervisores/ 79 profesionales en formación/30/206 personas atendidas         | Supervisión de co-terapia en vivo y supervisión usual  | No encontraron diferencias significativas entre las condiciones del estudio, a través del cuestionario de resultados (OQ-45) contestado por las personas atendidas.  |
| Weck, (2016)     | 9 supervisores<br>23 profesionales en formación<br>42 personas atendidas        | 6 sesiones de supervisión en vivo (BITE) de aproximadamente 60 min o supervisión de video (DVB) de 50 min.   | No existieron diferencias significativas entre las condiciones a través del reporte de los inventarios de Ansiedad y depresión de Beck.  |

Recuperado de Alfonsson et al. (2018)

Partiendo de que la competencia puede identificarse, y por lo tanto evaluarse desde el conocimiento, habilidades y actitudes, entre otros, la evaluación de la eficacia de la supervisión puede apoyarse en estas particularidades. Por ejemplo, Falender y Shafranske (2004) destacaron la necesidad de evaluar competencias a través de evaluaciones de desempeño, mientras que Milne (2011) propuso que la observación directa era una técnica útil para dicho objetivo.

A pesar de las múltiples intenciones de llenar este vacío metodológico, a través de su revisión, Milne (2011) reitera las conclusiones de Ellis et al. (1997; 2008) acerca de la falta de instrumentos válidos y confiables, y de la deficiencia en diseño y de dimensiones para evaluar de rendimiento en el mundo de la supervisión en TCC.

La supervisión es un proceso complejo cuyo fin está sujeto al entrenamiento y adquisición de las competencias necesarias para la actuación profesional. Si bien ha sido un concepto estudiado, la poca evidencia de su evaluación sigue generando preguntas sobre la efectividad del proceso. La literatura científica ha documentado los tres ejes a través de los cuales se puede proporcionar información sobre su impacto: a través de la capacitación que un profesional experimentado tiene para compartir y enseñar a un aprendiz; del efecto de la intervención en la persona atendida; y, como se expresa en el objetivo, a través de la adquisición de las competencias profesionales en el supervisado. A propósito de lo cual también se encuentran deficiencias de instrumentos válidos y confiables para medir el impacto de un programa de supervisión en las competencias esperadas. Por lo tanto, su evaluación es necesaria para medir la efectividad de un programa. Sin embargo, la medición del efecto de la supervisión sigue siendo una necesidad particularmente importante (Milne, 2011).

## **CAPÍTULO II. Evaluación de la supervisión y sus propiedades**

### **Introducción**

La evaluación de la supervisión provee evidencia de la eficacia y efectividad de estos programas. Dado que el objetivo de la supervisión en TCC es la adquisición de competencias clínicas en el supervisado, se esperaría contar con herramientas adecuadas para medir este impacto. Como se vio en el capítulo anterior, existe una necesidad de instrumentos que provean el impacto de la supervisión en el supervisado. En este capítulo se abordarán las contribuciones realizadas para llenar esta no sin antes retomar las características necesarias para su elaboración y las garantías científicas para su uso reportadas en la literatura.

### **3.1 Evaluación de la supervisión en TCC**

Partiendo de que la competencia puede ser identificada, y por lo tanto evaluada desde el conocimiento, habilidades y actitudes, entre otros, la evaluación de la eficacia de la supervisión puede apoyarse en estas particularidades. Por ejemplo, Falender y Shafranske (2004) destacaron la necesidad de evaluar competencias a través de evaluaciones de desempeño, mientras que Milne (2011) propuso que la observación directa era una técnica útil.

Con el objetivo de analizar la relación entre entrenamiento y evidencia de una mayor competencia en el terapeuta o mejor resultado en el paciente, Rakovshik y McManus (2010) realizaron una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos especializadas con palabras clave como “capacitación”, “eficacia”, “terapia cognitivo conductual”, “habilidad clínica”, entre otras. Eligieron los estudios con base en los siguientes criterios: estudios de TCC en tratamiento individual con población adulta que incluyeran información sobre los profesionales en

capacitación y medidas objetivas de la competencia de estos, o medidas de resultado de la persona atendida. Los estudios encontrados se dividieron en tres categorías: a) los que arrojaron criterios de competencia del profesional o el resultado de la persona atendida comparable al punto previo a la terapia (línea base); b) aquellos con impacto positivo en la competencia del profesional o del resultado de la persona atendida, pero las medidas de resultado fueron específicas del ensayo y no se pudieron comparar con estudios similares; c) aquellos que no mostraron efectos significativos para la competencia del profesional ni para la persona atendida (en comparación con la línea base). Con base en la información obtenida de cada artículo, los autores otorgaron una clasificación en términos de cuanto había durado cada capacitación: entrenamiento extenso (más de 137 horas); intermedio (de 61 a 137 horas) y breve entrenamiento (menos de 60 horas).

Para este documento, se retomaron únicamente aquellos estudios que reportan las medidas de resultado para evidenciar el cambio en el supervisado sin importar que hayan sido positivos o no. No se mencionan las medidas ni los resultados obtenidos en las personas atendidas ya que no entran dentro de los objetivos de esta revisión. En la Tabla 2 se muestran los estudios y las medidas de resultado de cada entrenamiento en las competencias del supervisado, desde el 1989 hasta el 2008. Donde se muestra el uso de la CTS (Cognitive Therapy Scale) como medida de evaluación de la supervisión en 9 de los 13 estudios identificados, que arrojaron una puntuación positiva, y por lo tanto lo consideran como predictor de la competencia del supervisado, con un impacto positivo de la supervisión.

Alfonsson, Parling, Spännargard, Andersson y Lundgren (2018) realizaron otra revisión sistemática de la literatura sobre los efectos de la supervisión en TCC en los supervisados y en las personas atendidas, en la adquisición de competencias clínicas y en la satisfacción con el

Tabla 1 Estudios y medidas de resultado de programas de supervisión de la TCC reportados

| Estudio  | Tamaño de los participantes                  | Medidas de resultado  | Hallazgos  |
|--|--|---|--|
| Keen y Freeston, 2008  | 52 Terapeutas<br>n/e pacientes               | Cognitive Therapy Scale - Revised (CTS-R)                         | Competencia del terapeuta: mejora significativa de la primera cinta a la segunda. Primero: M = 37.3 (4.96); segundo: 40,1 (5,65).  |
| Westbrook, Sedgwick-Taylor, Bennett-Levy, Butler y McManus, 2008     | 24 terapeutas<br>2 pacientes por terapeuta   | Cognitive Therapy Scale (CTS)                                     | Muestran cambio significativo de la línea base hasta el término del entrenamiento  |
| Barnfield, Mathieson y Beaumont, 2007                                | 13 terapeutas<br>n/e pacientes               | Cognitive Therapy Scale - Revised (CTS-R)                         | Competencia del terapeuta: mejora significativamente desde la primera cinta (2 meses en entrenamiento) a segunda (6 meses) en entrenamiento. Primero: M = 38.94 (4.64); segundo: 47.54 (5.17).                     |
| Dimidjian, Hollon, Dobson, Schmaling, Kohlenberg, Addis, 2006        | 3 terapeutas<br>241 pacientes                | n/e   | Los supervisores calificaron significativamente altos a los supervisados, alcanzando criterios de competencia (M=46.86, de= 4.05)  |
| Sholomskas, Syracuse-Siewert, Rounsaville, Ball, Nuro y Carroll 2005 | 27 terapeutas<br>n/e pacientes               | Yale Adherence Competence Scale (YACS)                            | Nivel de criterio alcanzado (no se especifican puntuaciones)   |
| Davidson, Scott, Schmidt, Tata, Thornton y Tyrer, 2004               | 26 al inicio, terminaron 21<br>239 pacientes | Manual-Assisted Cognitive Behavior Therapy Rating Scale (MACT-RS) | El análisis de 49 sesiones grabadas mostró: 6 terapeutas con puntaje promedio (que sugiere un nivel de competencia bajo), 7 cumplieron los criterios medios y 8 terapeutas mostraron un alto grado de competencia. |

Continuación de tabla 2

|   |                                |   |  |
|---|--------------------------------|---|--|
| Cahill, Barkhan, Hardy, Rees, Shapiro, Stiles, 2003.            | 6 terapeutas<br>58 pacientes   | Cognitive Therapy Scale (CTS)   | Los pacientes que completan el tratamiento con los terapeutas por encima con criterios de competencia eran más propensos a mostrar niveles de sintomatología más bajos.  |
| Turkington, Kindon y Turner, 2002                               | 6 terapeutas<br>257 pacientes  | Cognitive Therapy Scale for Psychosis (CTS-Psy)   | Los resultados de la competencia superan los criterios con un M=38.85 de 30.   |
| Morgensten, Blanchard, Morgan, Labouvie, 2001                   | 29 terapeutas<br>252 pacientes | Videotape Rating Scale (MVRS)<br>Project IMPACT Tape Rating Scale (ITRS)                | El 90% de los consejeros son calificados en "Adecuado" al final del entrenamiento  |
| Milne, Baker, Blackburn, James y Reichelt, 1999                 | 20 terapeutas<br>20 pacientes  | Cognitive Therapy Scale - Revised (CTS-R)   | La competencia del terapeuta aumenta con forme el entrenamiento aumenta: Primera cinta M=30.3, segunda: 33.1 y tercera 37.0  |
| Crits-Christoph, Siqueland, Chittams, Barber, Beck, Frank, 1998 | 20 terapeutas<br>n/e pacientes | Cognitive Therapy Scale (CTS)   | La competencia del terapeuta incrementa después de tres casos de entrenamiento posterior a la fase inicial sin embargo son 15 de 20 terapeutas de logran ingresar al ensayo principal.   |
| Hollon, DeRubeis, Evans, Weimer, Garvey, Grove, 1992            | 4 terapeutas<br>50 pacientes   | Cognitive Therapy Scale (CTS)   | Consideran <i>criterio alcanzado</i> en la evaluación de cuatro sesiones grabadas por tratamiento.   |
| Elkin, Shea, Watkins, Imber, Sotsky, Collins, 1989              | 8 terapeutas<br>36 pacientes   | Cognitive Therapy Scale (CTS)<br>Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS) | Realizaron una correlación entre las puntuaciones de la competencia del terapeuta y la de sintomatología depresiva donde encontraron una reducción de esta última, el factor más relacionado fue la capacidad de darle estructura al tratamiento |

n/e= no especificada. Recuperado de Rakovshik y McManus, 2010

tratamiento, respectivamente (véase en Tabla 3.) Consideraron estudios publicados en inglés que investigaban los efectos de la supervisión. Para el análisis de los datos, la búsqueda se redujo a cinco estudios que cumplieron con los criterios de inclusión: 1) realizarse en un entorno clínico, 2) enfoque en TCC, 3) que tuvieran diseño experimental, cuasiexperimental o de caso único, y 4) que tuvieran una medida de resultado relacionada con los efectos en supervisados o personas atendidas.

Las competencias del profesional fueron investigadas en los cinco estudios a través de la escala CTS (Rakovshik, 2016; Week, 2016), de un examen de conocimientos y habilidades, así como de la formulación del caso en la terapia dialéctica conductual (Carmel, 2016), entre otros.

De los 18 estudios retomados en ambas revisiones, el 38.8% (7) utilizaron la Cognitive Therapy Scale (CTS) como instrumento de medida único de la competencia del futuro terapeuta; el 16.6% (3) utilizó la versión revisada de dicho instrumento y el 5.5% (1) su versión para psicosis.<sup>1</sup> Como podemos ver, las escalas utilizadas son una posibilidad de evidenciar el impacto de la supervisión en las competencias del supervisado, pero queda la pregunta: ¿Qué características nos indican su relevancia? ¿Qué propiedades las respaldan?, ¿Cuál es su garantía de uso? Como intento por resolver estos cuestionamientos, a continuación, se abordarán las características que, según la psicometría, requieren contener los instrumentos para asegurar su efectividad.

### **3.2 Instrumentos de evaluación de la supervisión disponibles**

En la primera parte del capítulo se mencionaron algunos de los instrumentos utilizados para evaluar el impacto de la supervisión,

---

<sup>1</sup> La escala Cognitive Therapy Scale for psychosis (CTS-Psy) es una variante de la escala original (CTS) con la diferencia de estar dirigida a los principios y acciones de la TCC retomados en el abordaje del trastorno psicótico. En suma, la escala evalúa la forma en la que el abordaje TCC es adoptado y desarrollado para su uso con clientes psicóticos (Young y Beck, 1980 citado en Haddock, Devane, Bradshaw, McGovern, Tarrier, Kinderman, Baguley, Lancashire y Harris, 2001)

Tabla 2 Evaluación de programas de supervisión de la TCC

| Estudio          | Tamaño de los participantes  | Tipo de supervisión y características  | Medidas de resultado  | Hallazgos principales  |
|------------------|--|--|---|--|
| Bambling (2006)  | 40 supervisores<br>127 profesionales<br>127 personas atendidas                 | Grupo de supervisión enfocada en habilidades y grupo de no supervisión<br>Tratamiento en solución de problemas para la depresión   | PST adherence<br>Working alliance Inventory (WAI)<br>Beck Depression Inventory (BDI-II)<br>The Social Skills inventory<br>Treatment Evaluation Scale (TES)**<br>Supervision Focus Adherence | Al final del tratamiento, las personas atendidas (en condición de supervisión) informaron una alianza de trabajo significativamente mejor (WAI: $d = 1.51$ ), efectos del tratamiento (BDI-II: $d = 0.53$ ) y satisfacción con la terapia (TES: $d = .76$ ), en comparación con aquellas en el grupo sin condición de supervisión.<br>Las condiciones supervisadas tuvieron un menor abandono de la persona atendida ( $d=.96$ ) en comparación con la condición no supervisada. |
| Carmel (2016)    | No reportan número de supervisores ni personas atendidas.<br>8 supervisados    | Supervisión en vivo (BITE) o supervisión habitual (SAU)<br>BITE: 1h/por semana de supervisión grupal<br>SAU: 1h/ semana de supervisión individual<br>Terapia dialéctica conductual | The Manchester Clinical Supervision Scale (MCSS)<br>Copenhagen Burnout Inventory (CBI)  | Supervisión en vivo obtuvo puntuación más alta en la formulación del caso en comparación con la condición de supervisión habitual.<br>No se encontraron diferencias entre el conocimiento teórico y habilidades en terapia dialéctica conductual   |
| Rakovshik (2016) | 61 profesionales en formación, supervisores y personas atendidas no reportados | Instrucción basada en internet con supervisión por videoconferencia (IBT-s) vs (IBT-ws) y grupo control "lista de espera"  | Cognitive Therapy Scale (CTS)   | Los participantes en la condición de supervisión por videoconferencia obtuvieron una calificación más alta en la escala de terapia cognitiva que los participantes en la condición sin supervisión ( $d=.72$ ) y en lista de espera ( $d=1.29$ ).  |

|                |   |  |  |   |
|----------------|---|--|--|---|
| Tanner<br>2012 | 3 supervisores/ 79<br>profesionales en<br>formación/30<br>personas<br>atendidas | Supervisión de co-terapia en<br>vivo y supervisión usual   | n/e  | No encontraron diferencias significativas entre las<br>condiciones del estudio, a través del cuestionario de<br>resultados (OQ-45) contestado por las personas atendidas. |
| Weck,<br>2016  | 9 supervisores<br>23 profesionales en<br>formación<br>42 personas<br>atendidas  | 6 sesiones de supervisión en<br>vivo (BITE) de<br>aproximadamente 60 min o<br>supervisión de video (DVB)<br>de 50 min. | Cognitive Therapy<br>Scale (CTS)<br>Helping Alliance<br>Questionnaire (HAQ)<br>Brief Symptom<br>Inventory (BSI)<br>Beck Depression<br>Inventory (BDI-II) | No existieron diferencias significativas entre las condiciones<br>a través del reporte de los inventarios de Ansiedad y<br>depresión de Beck.                             |

n/e = no especificado.

Recuperado de Alfonsson et al. (2018)

principalmente en los supervisados. En esta parte del capítulo se retoman los instrumentos antecedentes, encontrados en la literatura para describir las propiedades psicométricas reportadas en la literatura. La revisión se dividirá en dos secciones. En la primera se encuentran aquellos instrumentos de los que no se halló información más detallada de su diseño y análisis. En la segunda, se describen de los que sí existe evidencia de su diseño. En la tabla 4. se encuentran, de manera resumida, las características principales de cada instrumento.

La *Escala de Supervisión Clínica de Manchester (MCSS)* tiene como objetivo medir la percepción de los supervisados sobre la efectividad de la supervisión. Lo hace a través de una escala Likert. Está compuesto por siete sub-escalas. Las puntuaciones altas reflejan un alto grado de calidad y efectividad en cada dimensión evaluada. Winstanley (2000) evidenció un coeficiente de confiabilidad a través del Alpha de Cronbach de 0.86 y a través de un test-retest de 0.93.

El *cuestionario de alianza (HAq-II)* (Luborsky, Barber, Siqueland, Johnson, Najavits, Frank, y Daley, 1996) tiene como objetivo medir la alianza terapéutica, a través de una escala Likert. Al comparar con otra medida de alianza (ya estandarizada) CALPAS, obtuvo una correlación entre 0.75 a 0.79 validez convergente.

La *escala de terapia cognitiva (CTS)* (Young y Beck, 1980) se desarrolló para evaluar la competencia del terapeuta en la terapia cognitiva para la depresión (Vallis y Dobson, 1986). Es una escala respondida por un observador, en este caso el supervisor. Contiene once reactivos divididos en dos subescalas: de habilidades generales con elementos que evalúan agenda, comprensión del terapeuta, colaboración, tiempo de la sesión, entre otras. Las habilidades específicas se evalúan a través de las estrategias para promover el cambio y para aplicar las técnicas de la TCC. Todos los reactivos calificados en una escala Likert de 7 puntos.

Tabla 3 Descripción de las escalas utilizadas para medir el impacto de los programas de supervisión

| INTRUMENTO   | OBJETIVO   | ÍTEMS | ESCALA         | DIMENSIONES   | ESTUDIO               | MUESTRA  | PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS   |
|--|--|-------|----------------|---|-----------------------|--|---|
| <b>Escala de Supervisión Clínica de Manchester (MCSS)</b>              | medir la percepción de los supervisados sobre la efectividad de la supervisión clínica | 36    | escala Likert  | Confianza y relación<br>Asesoramiento y apoyo del supervisor<br>Habilidades mejoradas<br>Valor de la supervisión clínica<br>Tiempo<br>Problemas personales<br>Reflexión | Winstanley (2000)     | n/e  | Confiabilidad: Alfa de Cronbach: 0.86<br>Test-retest: 0.93                            |
| <b>Cuestionario de Alianza Revisado (HAQ-II)</b>                       | medir la alianza terapéutica basada en el vínculo terapeuta-paciente                   | 19    | escala Likert: | n/e   | Luborsky, 1996        | 246 pacientes ambulatorios con diagnóstico de dependencia a cocaína del Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) | Validez convergente<br>Correlaciones de 0,75 a 0.79                                   |
| <b>Escala de terapia cognitiva (CTS)</b>                               | evaluar la competencia del terapeuta en la terapia cognitiva para la depresión         | 11    | escala likert  | habilidades generales<br>Habilidades específicas  | Vallis y Dobson, 1986 | 9 psicoterapeutas  | Confiabilidad: Alfa Cronbach 0.59<br>test-retest 0.77                                 |
| <b>Escala para evaluar la competencia en terapia cognitiva Versión</b> | proveer evidencia del cumplimiento y habilidad de los métodos de la terapia cognitiva, | 13    | escala Likert  | Procedimiento de la entrevista general<br>Efectividad personal<br>Técnicas cognitivo conductuales específicas   |                       | n/e  | R Pearson 0.94<br>Interna: alfa de Cronbach 0.92, 0.95, 0.97 y 0.95 para cada experto |

|  |   |    |               |   |                    |                                |  |
|--|---|----|---------------|---|--------------------|--------------------------------|--|
| revisada (CTS-R)   | así como de las habilidades terapéuticas relacionadas con la alianza terapéutica  |    |               |   |                    |                                |  |
| <b>Escala de evaluación de supervisión y competencia de la supervisión (SE-SC)</b> | Competencias en el supervisado  | 31 | Likert        | n/e   | Gonsalvez, 2002    | 142 supervisados               | confiabilidad con base en el test-retest fueron de 0.93, 0.81 y 0.83 para uno de los tres grupos (B1-B3) |
| <b>Escala de Adherencia y Competencia de YALE (YACS)</b>                           | calificar la adherencia y competencia del terapeuta en el uso de tratamiento cognitivo conductuales para los trastornos por uso de sustancias | 55 | escala Likert | evaluación, apoyo y objetivos del tratamiento; así como tres escalas que resaltan cómo manejo clínico en adicciones como la TCC | Carol et al., 2000 | cinco terapeutas 122 pacientes | confiabilidad correlación intraclase (ICC): Adherencia: 0,80-0,95 Competencia: 0.71 y 0.97               |
| <b>Escala de resultados de supervisión (SOS)</b>                                   | perspectiva del supervisado para evaluar la efectividad de la supervisión   |    | Escala Likert | n/e   |                    | 357 estudiantes de doctorado   | Alpha de Cronbach cuyo resultado fue 0.90  |

Su confiabilidad se obtuvo a través de un coeficiente de correlación intraclase: primero se calculó un ANOVA con 10 cintas (utilizadas para la evaluación del observador al supervisado) como variable independiente, dicha comparación resultó en cuatro subgrupos: seis cintas agrupadas en la gama bajo ( $M=38$ ), uno en la gama medio bajo ( $M=45$ ); dos en la gama medio alto ( $M=54$ ) y uno en la gama alto ( $M=60.2$ ) indicando el grado de replicación. La confiabilidad obtenida a través de una correlación ítem-total para esta muestra fue de .59. En el Test-Retest, se encontró una correlación de .77.

La escala para evaluar la competencia en terapia cognitiva (CTS-R) busca dar cuenta del cumplimiento y habilidad de aplicar los métodos de la terapia cognitiva, así como de las habilidades terapéuticas relacionadas con la alianza terapéutica. La versión más reciente cuenta con 13 reactivos con una escala de siete puntos. La prueba se divide en tres dimensiones: procedimiento de la entrevista general, la efectividad personal y las TCC específicas. La prueba obtuvo un coeficiente de correlación intraclase (ICC) para un solo evaluador de 0.59. La confiabilidad para los reactivos individuales osciló de 0.27 a 0.59. Para obtener otras puntuaciones de confiabilidad, participaron cuatro expertos, obteniendo una correlación ( $r$  de Pearson) entre evaluadores de 0.94 para los puntajes totales, para los reactivos individuales varió de 0.54 a 0.87. La confiabilidad interna se calculó a través de un alfa de Cronbach para cada evaluador, que varió de 0.92-0.97.

A continuación, se describen los tres instrumentos de los que se encontraron hallazgos de su construcción y análisis psicométricos:

La conceptualización de la prueba Supervision Evaluation and Supervisory Competence Scale (SE-SC) respondió a la supervisión basada en competencias. Por tanto, se eligió un contenido de teorías sobre competencias (Gonsalvez, 2002). Los participantes para la obtención de las propiedades psicométricas estuvo compuesta por 142

supervisados con una edad media de 30.2 años. Todos los supervisados habían acreditado una licenciatura en psicología, con una inscripción a un máster (n=99) o doctorado (n=17) en una institución acreditada en Australia. Los 26 restantes estaban inscritos en un programa de pasantías de dos años. De los 142 participantes, el 80% (n=114) informaron su orientación teórica. De estos, el 81% eligieron la TCC como orientación preferida, el 13% integrativa y el 6% psicodinámico.

Este instrumento consta de 31 reactivos, su escala es tipo Likert que va desde en absoluto hasta muy de acuerdo. Sus reactivos están redactados a modo de afirmaciones, por ejemplo: *la supervisión mejoró significativamente mis competencias como terapeuta*. El procedimiento de contacto para la recolección de los participantes se llevó a cabo a través de emails donde se invitaba a los supervisados a realizar la encuesta en línea.

Cuatro ítems fueron “no aplicables” en los resultados de este análisis, por lo que se omitieron para los siguientes análisis. Los 22 ítems restantes se agruparon en seis factores: apertura, cuidado y apoyo (A1) con cinco ítems; conocimiento y experiencia del supervisor como terapeuta (A2) con dos ítems; planificación de supervisión personal (A3) con cuatro ítems; supervisión dirigida por objetivos (A4) con dos ítems; competencias restaurativas (A5) con tres ítems y reflexión de la dinámica terapeuta-cliente (A6) con cinco ítems. A su vez, los seis grupos se organizaron en tres: supervisor como persona y terapeuta (B1) con los grupos A1 y A2, supervisión basada en competencias: planificación e implementación (B2) con los grupos A3, A4 y A5. competencias de relación y práctica (B3) con los grupos A6 y A7.

Las medidas de consistencia interna oscilaron de 0.75 a 0.92 para cada grupo (A1-A6). Los resultados de confiabilidad con base en el test-retest fueron de 0.93, 0.81 y 0.83 para uno de los tres grupos (B1-B3). Para la validez concurrente, se correlacionó con otros instrumentos de

medida SWAI y SES obteniendo una  $r(69) = 0.75$  y  $r(49) = 0.86$ , respectivamente.

La *escala de Adherencia y Competencia de YALE (YACS)* (Carroll et al., 2000) es un sistema utilizado para calificar la adherencia y competencia del terapeuta en el uso de TCC para los trastornos por uso de sustancias. Está compuesto por 55 ítems; incluye tres escalas que miden aspectos generales del tratamiento del abuso de drogas: evaluación (5 ítems), apoyo (5 ítems), objetivos del tratamiento (5 ítems); tres escalas que resaltan el manejo clínico (10 ítems), intervención de doce pasos (9 ítems) y tratamiento TCC (6 ítems). Para la generación de dichos reactivos, los autores destacan la revisión de manuales de tratamiento, los cuales aportaron la necesidad de evaluar intervenciones, comportamientos o procesos: a) únicos y esenciales para el tratamiento evaluado; b) esenciales, pero no exclusivos del tratamiento evaluado, c) aceptables, pero no esenciales ni únicos para el tratamiento que se está evaluando y d) totalmente innecesarios para el tratamiento.

El formato de calificación se rige por una escala Likert común clasificados en dos dimensiones: la calificación de cantidad o adherencia y la de calidad o calificación de la habilidad. Para la validación, realizaron un ensayo clínico aleatorizado donde evaluaron cinco tratamientos para 122 pacientes que cumplieron con los criterios de dependencia o abuso de cocaína o alcohol. La confiabilidad se obtuvo a través de una correlación intraclase (ICC) cuyos resultados oscilaron entre 0,80 y 0,95 para las calificaciones de adherencia y 0.71 y 0.97 para la calificación de competencia (Carroll et al., 2000).

La *escala de resultados de supervisión (SOS)* emplea la perspectiva del supervisado para evaluar la efectividad de la supervisión. Tsong y Goodyear (2014) comienzan la construcción del instrumento a partir del objetivo de su evaluación: resultados de la supervisión. Después de una revisión de la literatura, los autores generaron un conjunto de reactivos,

que posteriormente fueron evaluados por tres jueces expertos a través de la técnica Delphi, para obtener sus opiniones sobre redacción, claridad y la escala.

SOS tiene una escala tipo Likert, que va de *no es útil en lo absoluto hasta extremadamente servicial* (1-5), cinco elementos centrados en la percepción del supervisado sobre el impacto de la supervisión en su crecimiento profesional. En la fase dos se revisó la estructura factorial y lo que los autores denominaron refinamiento de ítems. En la cual participaron 357 estudiantes de doctorado de programas clínicos y de asesoramiento, sus edades oscilaban entre los 21 y los 42 años, tenían experiencia clínica que iba de los 3 a los 45 meses.

En la tercera fase, la confiabilidad se obtuvo a través de un Alfa de Cronbach cuyo resultado fue 0.90 para la supervisión general, 0.86 para la subescala de competencia clínica y 0.94 para la subescala de competencia multicultural. Para obtener la confiabilidad utilizaron la forma abreviada del inventario de alianza de trabajo (SWAI-TS), cuyos resultados arrojaron un alfa de Chronbach de 0.96 para la alianza de trabajo.

En una revisión exhaustiva, Ellis y Ladany (1997 en Milne, 2011) coinciden en cuanto al vacío de los instrumentos diseñados para medir la competencia en supervisión clínica, ya que encontraron únicamente dos cuestionarios de autoinforme que evaluaban la alianza terapéutica como la *Supervisory Working Alliance inventory* (Efstation, Patton y Kardash, 1990 en Tangen y Borders, 2016); situación aún persistente en una revisión posterior (Ellis, D'lusio y Ladany, 2008). Pero se ha encontrado que la auto-evaluación de la empatía (como componente de la alianza terapéutica) del psicoterapeuta no es predictiva de los resultados de la psicoterapia (Bohart et al., 2002).

Otra área de oportunidad encontrada en la evaluación de la supervisión es la existencia de instrumentos de satisfacción y efectividad

de la supervisión, donde no se discriminaba entre ambos (Gonzalvez, 2002). La satisfacción con la supervisión mide la percepción del supervisado de qué tan bien o mal progresó la supervisión. Mientras que la efectividad de la supervisión mide su efecto en el desarrollo profesional del supervisado y en el mejoramiento de sus habilidades.

A través de una revisión Milne y Reiser (2011) reiteran las conclusiones de Ellis et al. (1997; 2008) acerca de la falta de instrumentos válidos y confiables para evaluar el rendimiento de la supervisión en TCC. Esto es, las medidas de alianza y la calidad de la relación terapéutica pueden no abordar todos los elementos necesarios para una supervisión efectiva (O'Donovan y Kavanagh, 2014). Dado que el propósito de la supervisión reside en la adquisición de competencias para la práctica de la profesión, medir su impacto a través de pruebas de percepción de su efectividad o la calidad de la relación terapéutica no aporta evidencia del impacto en las competencias esperadas.

En resumen, la supervisión es un proceso complejo cuyo fin está sujeto al entrenamiento y adquisición de las competencias necesarias para la actuación profesional. Si bien ha sido un concepto estudiado, la poca evidencia de su efecto debidas a las deficiencias en su proceso de evaluación, sigue generando preguntas sobre su efectividad. Se encuentran limitaciones de instrumentos válidos y confiables para medir el impacto de un programa de supervisión en las competencias esperadas. Por lo tanto, la medición del efecto de la supervisión sigue siendo una necesidad particularmente importante (Milne, 2011).

A pesar de la existencia de medias estandarizadas para la evaluación de la competencia del terapeuta (p. e., CTS o el SOS), de todo el universo de posibilidades de medición (conocimiento teórico, actitudes, habilidades observables) son pocas las opciones que encontramos reportadas en la literatura. Se nota la necesidad de doblar esfuerzos por diseñar instrumentos que evidencien cada resultado

esperado en la supervisión, es decir, existen muchas variables por describir y por evidenciar, pero ninguna ha sido completamente abordada a través de los instrumentos ya utilizados, aún quedan datos que se requieren evaluar. Esto es, si las competencias profesionales están compuestas por el conocimiento teórico, actitudes y habilidades, los instrumentos actualmente diseñados se han concentrado en el último rubro por lo que la evaluación global es un área de oportunidad.

## CAPÍTULO III. Construcción de una prueba en TCC: fundamentos

### Introducción

La psicometría nace y evoluciona, como la disciplina de la que emerge: a partir de las necesidades contextuales. Con ellas se ha buscado proporcionar evidencias necesarias para evaluar objetivamente los fenómenos psicológicos. Las necesidades contextuales y sus soluciones se remontan, por ejemplo, a la aparición de exámenes orales en el siglo XIII para seleccionar estudiantes universitarios (Rogers, 1995 en Meneses, 2013) hasta el desarrollo del estudio sistemático de las diferencias humanas en el siglo XIX en el campo de la psicofísica, aproximación que contribuyó a la sistematización de la medida de las sensaciones psicológicas producidas por la estimulación física (Boring, 1978 en Meneses, 2013). Sin embargo, no es hasta los años treinta del siglo XX que la psicometría se formaliza como *disciplina científica*. Y Thurstone funda la primera sociedad: *Psychometric society*, además de impulsar la primera revista especializada llamada *Psychometrika* (Meneses, 2013), aportación que provee un antes y un después a la sistematización de procesos de medición en psicología.

La psicometría provee evidencia de los fenómenos estudiados por la disciplina y por eso cobra relevancia. A continuación, se abordan los pasos a seguir para la elaboración de las pruebas, los análisis para evaluar su contenido y los estándares de calidad y utilidad que la literatura provee. Los instrumentos de medición no cobrarían la relevancia que tienen si no es por la teoría que los respalda, uno de los pasos más importantes a la hora de tomar de decisiones para la elaboración es la revisión de la literatura a partir de la cual se va a construir el instrumento. Es por ello por lo que este capítulo culmina con una breve descripción del contenido propósito de esta tesis: la terapia cognitivo conductual.

### **3.1 Prueba de rendimiento.**

Dentro de la denominación de las pruebas de rendimiento se encuentran: pruebas de aprovechamiento, de rendimiento escolar, académico o hasta pedagógicas. Para términos de este capítulo se denominarán pruebas de rendimiento a aquellas que se definen como instrumentos utilizados con el fin de obtener la información necesaria para valorar el logro de los alumnos de propósitos (objetivos) establecidos medidos a partir de indicadores de capacidad (Lamas, 2015).

La elaboración de una prueba de rendimiento se asemeja a la de una prueba psicométrica habitual con la diferencia de comenzar por redactar los objetivos de las unidades/ dimensiones a evaluar. A continuación, se abordarán las especificaciones de la elaboración de pruebas.

### **3.2 Elaboración de pruebas.**

A pesar de que no existe una secuencia estricta para elaborar una prueba, se han propuesto una serie de pasos, en los que la mayoría de los autores coincide. Resulta importante adherirse al procedimiento pues cuanto mayor sea el cuidado en esta primera etapa, es posible que se necesiten menos revisiones en el futuro:

a) Delimitación de la finalidad / objetivos de la prueba; comienza con la determinación clara del propósito de la evaluación y es la primera condición para garantizar el desarrollo de los futuros pasos; se trata de la respuesta a la pregunta: ¿qué se pretende medir a través de esta prueba?

b) Definición de los fenómenos psicológicos del objeto de medida, Meneses (2013) menciona que la primera condición para alcanzar este paso es poseer una base teórica sólida sobre aquellos fenómenos de interés, que servirá de referencia en el proceso de diseño de la prueba.

El marco teórico es fundamental en el momento de planificar el objetivo de la prueba, permite conocer a detalle los antecedentes no solo a nivel conceptual, sino (en algunas ocasiones) la evaluación de este a través de otros instrumentos desarrollados previamente y evaluar sus limitaciones y fortalezas suponen una guía para enfocar el nuevo diseño (Ramsay y Reynolds, 1984).

c) Especificaciones de las características de la prueba. Una vez que se ha delimitado el objetivo, determinado el objeto de medida, así como las evidencias a evaluar, el siguiente paso consiste en elegir las especificaciones que provean la medición adecuada del comportamiento de interés. Con base en la información anterior, se eligen las características necesarias para la evaluación, desde el tipo de prueba (p. e. de actitudes) hasta su formato (p. e., lápiz y papel; véase en apéndice 1).

d) Tipo de respuesta. El formato elegido estará sujeto a las opciones de respuesta, se han desarrollado una amplia gama de cuestionarios y respuestas. A continuación, brevemente se describirán: el tipo de estimación más conocida es la escala Likert, se trata de un continuo entre acuerdo y desacuerdo, aprobación o desaprobación, cada posibilidad de respuesta representa a la posición de quien responde. Otro tipo de escala ordinal son las escalas Guttman donde los reactivos varían de forma secuencial de expresiones más débiles a aquellas más fuertes en términos de actitud. La forma de respuesta alternativa (dicotómica) consiste en un enunciado que requiere considerarse como verdadero o falso, sin posibilidad de una opción media.

Las respuestas de opción múltiple son consideradas el mejor tipo de prueba para medir una serie de interrogantes educacionales (Green, 1963). Su estructura responde a un enunciado incompleto seguida de varias opciones algunos distractores y solo una de ellas correcta. Las pruebas con ítems de opción múltiple son útiles para evaluar conocimiento, aplicación, análisis, síntesis y evaluación, dada su aplicación la prueba suele ser más compleja que los ejemplos anteriores.

Sus características requieren responder a: a) sólo una alternativa sea justificable, b) que todas las posibilidades de respuesta requieren ser gramaticalmente consistentes, c) las alternativas requieren ser cortas, d) requieren evitarse las pistas (gramaticales) entre el enunciado y la respuesta correcta, e) requieren evitarse los enunciados expresados en forma negativa.

Además, las respuestas de opción múltiple, en comparación de un continuo, son independientes la una de la otra, es decir, sólo una de esas opciones será la correcta (Meneses, 2013). A todas estas respuestas se les asignan un valor numérico (dependiendo del propósito).

e) Desarrollo de los ítems que conformarán la prueba. El siguiente paso es diseñar y construir los reactivos. Son muchas las posibilidades de elementos que conforman el universo de un fenómeno y es a partir de esto que se busca abarcar un conjunto lo suficientemente representativo de los ítems para medir efectivamente el objetivo de la prueba. Para ello, se recomienda elaborar tantos reactivos como sea posible. La mayoría de las veces, lo más pertinente es que esta versión sea revisada por expertos que tienen conocimiento del tema y pueden sugerir mejoras (véase en validación de contenido).

### **3.3 Análisis de los ítems**

Existen diferentes tipos de escrutinios estadísticos a los que son sujetos los datos de la aplicación de una prueba. Cuya finalidad es identificar aquellos con mayor funcionalidad para el objetivo. A continuación, se abordarán el índice de dificultad de reactivo e índice de discriminación del reactivo. A) El índice de dificultad de un ítem (ID) se obtiene de la proporción de personas que contestan correctamente el ítem y es obtenido a través de la siguiente fórmula:

$$ID = \frac{A}{N}$$

Donde A se refiere al número de personas que aciertan el ítem y N al número total de personas que responden. Los valores fluctúan entre el 0 y el 1, donde aquellos que se acercan más a este último indican una baja dificultad y, por lo tanto, aquellos valores cercanos al 0 indican un grado mayor de dificultad. Un valor alto sugiere la mayoría de las personas respondieron correctamente y, por lo tanto, el reactivo puede ser demasiado fácil; por el contrario, un valor muy bajo sugiere que el reactivo puede ser demasiado difícil (Coaley, 2010).

B) La discriminación de ítems evalúa si la respuesta a un reactivo está relacionada con las respuestas de todos los demás. Permite identificar cuáles están midiendo el constructo y si están distinguiendo entre aquellas personas que lo hacen bien y los que no. Compara puntajes altos con los bajos, a través de un índice de discriminación. Esto es, se compara el número de puntajes altos que respondieron a un ítem correctamente con el número de puntajes bajos que también acertaron. Aquellos elementos que discriminan bien son más difíciles para el grupo de menor puntaje y más fáciles para el grupo de puntaje superior, que tiene valores grandes y positivos. Los que tienen un valor negativo son más fáciles para aquellos que no lo hacen bien y candidatos para la eliminación. Se obtiene a través de la siguiente fórmula:

$$d = \frac{Ph}{Nh} - \frac{P1}{N1}$$

Donde Ph y P1 son el número de personas que obtienen el ítem correctamente en los grupos de puntuación más altos y bajos, respectivamente; Nh y Ni son el número total de personas en los mismos grupos (Coaley, 2010). Una vez que los reactivos son analizados y elegidos según los criterios antes expuestos se obtienen las propiedades psicométricas necesarias para evidenciar su validez y confiabilidad, a continuación, expuestas.

### **3.4 Requisitos de propiedades psicométricas en los instrumentos de medición.**

La psicometría, como ya se abordó, es concebida como el conjunto de modelos formales utilizados para medir variables psicológicas con el objetivo de transformar en datos los hechos que se estudian, a través de la asignación de valores numéricos (Muñiz, 2003; Aragón, 2015). Una de sus tareas es el diseño de unidades de medida que cumplan con los estándares de calidad y utilidad. Martínez (1996) menciona que los instrumentos de medición de variables psicológicas necesitan demostrar su utilidad y validez para que cuenten con las garantías científicas para su uso, a continuación, se explicarán brevemente.

El primero de ellos es la confiabilidad en una prueba. Ésta es el grado en que su aplicación repetida produce los mismos resultados en las mismas personas. Se trata de que si los resultados no son coherentes, no hay manera en que se pueda “confiar” en ellos, es decir, una medida confiable produce resultados similares en dos momentos de aplicación (Meneses, 2013). Aragón (2015) menciona que es la capacidad que tiene una medida de generalizarse a otras situaciones, se trata de la exactitud, aquella precisión con la que un instrumento mide una variable.

Existen dos tipos de errores que dictan el porvenir de una prueba y son necesarios para la comprensión de estas medidas: a) error constante (sistemático), que se produce cuando las mediciones obtenidas con una escala son sistemáticamente mayores o menores de lo que realmente requieren ser; b) causal (azar o no sistemático) cuando las medidas son altamente mayores o menores de lo que realmente requieren ser. La distinción entre la confiabilidad y la validez (abordada en párrafos posteriores), se da a partir de lo que se considera como error.

La confiabilidad es considerada como *estabilidad de la medida*. Al medir una variable con un instrumento, éste es confiable si al evaluar a los mismos participantes con el mismo instrumento (en otro momento) o con otro equivalente (que esté diseñado para medir la/las mismas variables) los datos de aplicación resultan similares. A partir de lo cual se inferiría que el instrumento es estable en el tiempo, que los errores de

medición están disminuidos y que aquellos que persisten, se atribuirían a errores aleatorios asociados con el proceso de medición y no al instrumento (Muñiz, 2003).

Es a partir de este atributo que se puede medir la confiabilidad. El test-retest aplicado a los participantes en dos momentos en el tiempo se esperaría que el tiempo no fuese un factor determinante en la variable sometida a medición, por lo tanto (empero), el participante obtendría puntuaciones muy semejantes en ambas condiciones. Por tanto, el coeficiente R de Pearson es una forma de obtener el índice de confiabilidad (Aragón, 2015). Cuestión que aplica, de manera prioritaria, a pruebas que miden características de personalidad

La confiabilidad también puede ser considerada como *consistencia interna*. Se obtiene a través de dos maneras: división por mitades y consistencia interna de los reactivos. El primero a partir de la fórmula de correlación de Spearman-Brown. Si la puntuación es dicotómica, se utiliza la fórmula de Kuder-Richardson; se parte del supuesto de que ambas mitades son equivalentes y que básicamente al dividir las se estarían “aplicando” dos pruebas cortas y equivalentes.

El Alfa de Cronbach, también utilizado para obtener la confiabilidad, parte de la premisa de que puede obtener la medida de los coeficientes por mitades (de cualquier mitad posible) al dividir la prueba en dos. Esta medida proporciona el indicador de aquel reactivo que se comporta inconsistente al resto, produce un valor de menor confiabilidad en el instrumento total (Aragón, 2015).

Complementando la clasificación anterior, Meneses (2015) propone la siguiente como guía de obtención de la confiabilidad. Coeficiente de confiabilidad: grado en el que los individuos mantienen sus posiciones dentro de un grupo. De 0 a 1 cuanto más se acerque el coeficiente a 1, más confiable será la prueba y contendrá menos error. Para obtener este coeficiente existe la posibilidad, con base en las características de los datos, de utilizar los siguientes métodos:

- a) De formas equivalentes: dos formas paralelas del test al mismo grupo de individuos y ambas series de puntajes se correlacionan con el coeficiente de Pearson ( $r$ ).
- b) Test-retest: se aplica dos veces el mismo test. A una misma muestra de individuos. Ambos puntajes se correlacionan a través de la “ $r$ ” de Pearson.
- c) La división por mitades emparejadas, se aplica a los participantes después se califican los reactivos pares y posteriormente los impares. A continuación, ambas series se correlacionan con el “ $r$ ” Pearson. Como la prueba fue dividida, se requiere la “ $r$ ” del instrumento total, obtenida a través de la fórmula de Spearman-Brown.
- d) Equivalencia racional: Kuder y Richardson derivaron varias fórmulas para el cálculo del coeficiente de confiabilidad, el más utilizado en la actualidad es el Alfa de Cronbach.

Otro indicador de calidad a obtener es la validez, atributo necesario para cualquier prueba, si bien los objetivos de la medición determinan la elección del diseño de un instrumento, su garantía es el pase de entrada para su utilidad. Validar los datos proporcionados en una prueba en términos de adecuación, significación y utilidad brinda evidencia de que cumplen o no con la finalidad para la que fue construida (Meneses, 2013). Consiste en determinar lo adecuado del muestreo de los reactivos construidos de todo el universo de reactivos posibles (Aragón, 2015). En suma, una prueba se considerará válida si mide lo que pretende medir y dadas las características de los fenómenos de estudio de la disciplina y lo controversial que pueden llegar a ser (p. ej., el estudio de la inteligencia, actitudes) comúnmente son objeto de un escrutinio minucioso por parte de críticos expertos (Cohen & Swrdlik, 2009). Ofrece la seguridad de que una prueba mide lo que dice medir, a través de las distintas evidencias de validez, que a continuación se describirán brevemente:

a) En la validez de contenido se esperaría que un instrumento de medición represente a la mayoría de los componentes del dominio del contenido de las variables que se van o pretenden medir. Por lo tanto, la validez de contenido se refiere al grado en el que un instrumento refleja un dominio específico del contenido de lo que se pretende medir (Sampieri y Hernández, 2014). También es conocido como el grado de coincidencia con los objetivos de instrucción que se medirán en un campo determinado. Es considerado como la representatividad o adecuación muestral del contenido del instrumento, es una descripción del dominio de las conductas de interés (Linehan, 1980; Aragón, 2015) Los miembros de dicho universo U pueden denominarse reactivos o ítems. El concepto esencial de validez de contenido es que los ítems de un instrumento de medición requieren ser relevantes y representativos del constructo para un propósito evaluativo particular (Mitchell, 1986, citado en Ding & Hershberger, 2002).

Debido a su naturaleza, la validez del contenido dependerá de los juicios de usuarios y expertos en el dominio representado (Coeley, 2010). El juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como tal, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar & Cuervo, 2008). Se utiliza esta técnica que, a partir del objetivo de la prueba, pondera el contenido de los reactivos (Kerlinger, 1975 en Aragón, 2015).

El índice de validez de contenido (CVR) es una medida del grado en que los expertos están de acuerdo. Esto se determina pidiendo a los expertos que califiquen si cada elemento es esencial, útil, aunque no es esencial o innecesario. Si  $n$  es el número de expertos que dieron calificaciones de esencial para un artículo y  $N$  es el número total de expertos, entonces:

$$CVR = \frac{n - \frac{N}{2}}{N/2}$$

Los valores pueden variar de  $-1$  a  $+1$ , y los más cercanos a  $+1$  sugieren que la mayoría de los expertos coinciden en que existe una asociación entre el ítem y el dominio. Valores que se pueden promediar para proporcionar evidencia de opiniones de expertos, con respecto a la asociación entre la medida general y el dominio relevante (Coaley, 2010).

En las pruebas educativas, las evidencias de validez basadas en el contenido son fundamentales, pues si no se comprueba que el test es consistente con los objetivos curriculares perseguidos, es decir está libre del material irrelevante y que representa adecuadamente el dominio perseguido, la utilidad del test se verá afectada. (Meneses, 2013).

b) La validez de criterio es dividida en la validez predictiva y concurrente. La primera se utiliza para estimar el futuro de una conducta. Se valora el grado en el que un instrumento de evaluación puede utilizarse para estimar la conducta de una persona en una situación concurrente con la aplicación de la prueba. Si una nueva prueba se valida a través de la correlación con un criterio existente, como calificaciones de evaluación recientes, entonces tiene validez concurrente (Coaley, 2010).

c) Son los constructos los que determinan qué conductas han de seleccionarse para su observación y la situación en la que será aplicada. La validez de constructo es el concepto unificador que integra las consideraciones de validez de contenido y de criterio en un marco común para probar hipótesis acerca de relaciones teóricamente relevantes (Messick, 1980 en Perez-Gil, 2000). Por lo tanto, la validez de constructo es el grado en que el instrumento de evaluación es una medida adecuada del constructo y mientras se cumplan las hipótesis derivadas del mismo, puede confirmarse a través de este instrumento. La  $R$  de Pearson que relaciona los valores obtenidos de la prueba con medidas que teóricamente se relacionan con el constructo o bien con otras pruebas que midan ese constructo y que ya estén validadas.

La validez de constructo asume la relevancia y representatividad de los contenidos, así como las relaciones con los criterios, ya que ambas dan significado a las puntuaciones de las pruebas (Martínez Arias, 1995 en Perez-Gil, 2000). El análisis factorial es la herramienta estadística que contribuye a establecer la validez de constructo. Indica cómo tienden a agruparse los ítems de una prueba. Aquellos ítems con correlaciones más altas con un factor determinado, tienen correlaciones claras entre sí y más bajas con otros. La interpretación de las correlaciones se facilita y hace de ellas, más interpretables. Es mediante el análisis factorial que se analiza la varianza común a todas las variables.

El procedimiento para el diseño de una prueba, la elaboración y el análisis de sus ítems, y posteriormente la obtención de sus propiedades psicométricas son parte de un proceso imprescindible para asegurar la construcción de una prueba de calidad. Sin embargo, la piedra angular desde el primer paso recae en el contenido de la prueba. Ya que el contenido de este proyecto está basado en la TCC, a continuación, se describirán brevemente los conceptos más relevantes, a manera de ilustrar su marco teórico de referencia.

### **3.5 Fundamentos básicos de la Terapia cognitivo conductual.**

La TCC encuentra sus bases teóricas en los principios del aprendizaje; sin embargo, ha ido más allá de las teorías del condicionamiento. En esta segunda parte del capítulo: se definen los principios que posicionan a la TCC como la actividad terapéutica de mayor evidencia empírica desde sus orígenes teóricos (p. ej., las leyes del condicionamiento clásico) hasta las técnicas ubicadas en la segunda generación (p. ej., uso de las terapias cognitivas). Se define la relación terapéutica como componente esencial de la psicoterapia y para la TCC. Posteriormente, se destaca la evaluación conductual y la importancia en la planeación de la futura intervención. Se analizará el abordaje de la ansiedad y la depresión

desde la TCC. La intervención culmina el capítulo, clasificándola en técnicas conductuales, cognitivas y de regulación emocional.

A mediados de los años 40's, a raíz de la poca evidencia de la efectividad de la intervención psicoanalítica, posicionada ya en esos momentos, surge la necesidad de una aproximación más experimental. Con base en esta surgen las teorías del aprendizaje, los fundamentos conductuales y futuras contribuciones a la evaluación e intervención. En el siguiente apartado se describen las principales aportaciones teóricas agrupadas en la primera y segunda generación, respectivamente.

### **3.4.1 Antecedentes de la TCC**

A comienzos del siglo XX, Thorndike formula un par de leyes que contribuyen al estudio del aprendizaje: la ley del efecto y la ley de la práctica. La primera establecía que aquella respuesta seguida de la satisfacción quedaba asociada a la situación, por lo que aumentaba su posibilidad de ocurrencia. De forma contraria, aquella situación seguida de insatisfacción perdía probabilidad de ocurrencia. Dicha ley con el paso del tiempo fue modificada a partir de la presencia o ausencia de recompensas para mantener una conducta, y, por el contrario, del debilitamiento a través del castigo. En la segunda ley consideraba la repetición como un elemento vital en el proceso del aprendizaje. Misma de la que se retractó en revisiones posteriores, considerándola facilitadora de la ejecución (Kazdin, 1978).

En el estudio de los reflejos, Sechenov, a finales del siglo XX consideró que las conductas voluntaria e involuntaria se explicarían mejor a través de los reflejos. Aseguró que cuando estos son complejos, su desarrollo se debía a un proceso de aprendizaje. Pavlov, posteriormente, lo retoma y busca comprender no sólo la actividad cerebral, sino también la conducta humana (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012).

Pavlov investiga los reflejos condicionados que, posteriormente, corresponden a su aportación más sobresaliente: el condicionamiento clásico. Donde se implica un estímulo neutro (EN) en correspondencia

con un estímulo incondicionado (EI); la respuesta producida por este estímulo (EI) es considerada como innata, por lo que su presencia produce una respuesta llamada incondicionada. Si un estímulo neutro (EN) es presentado junto con uno incondicionado (EI), este primero adquirirá las propiedades del estímulo incondicionado que al final se transforma en un estímulo condicionado (EC). Si el EC y el EI se presentan en conjunto se producirá una relación condicional que lleva al organismo a producir una respuesta condicionada (RC). Pavlov no solo construye a las teorías del aprendizaje, sino que sus investigaciones son retomadas para el desarrollo de las primeras intervenciones conductuales para la ansiedad.

Skinner es uno de los mayores exponentes de las bases de la TCC. De hecho, quien en 1953 introduce el término Terapia de Conducta (Skinner, Solomon y Lindsley, 1953). Skinner estableció los principios básicos del condicionamiento operante como: refuerzo, castigo, extinción, control del estímulo y discriminación. Dichas aportaciones conceptuales lo condujeron al desarrollo de una metodología que estudia la relación entre la conducta y el ambiente, y de otra metodología de evaluación a partir del análisis experimental de la conducta. Dentro de sus aportaciones, Ruiz et al. (2012) destacan la distinción entre los dos tipos de respuesta: las respondientes y las operantes, diferenciando así dos tipos de condicionamiento: el conocido como Pavloviano o el tipo R, que correlaciona con una respuesta operante.

### **3.4.2 Primera generación: Surgimiento de la terapia de conducta.**

#### **Desensibilización sistemática: Wolpe**

Fundamentándose en los hallazgos derivados del paradigma de condicionamiento aversivo –definido por Pavlov como neurosis experimental–, Wolpe realiza uno de los experimentos más relevantes, que surge como opción para la eliminación de los hábitos en la respuesta autónoma, a través del uso de los principios de aprendizaje para los

problemas de neurosis. Propone el contracondicionamiento como solución a la respuesta neurótica (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012).

Wolpe (1958) utiliza la relajación muscular progresiva (en su forma abreviada) en conjunto, con estímulos débiles (que precedían al evento que le provocaba ansiedad) para la reducción de la ansiedad, a lo que llamó desensibilización sistemática. A través de su experimento, descubrió que si al paciente se le presentaba (repetidamente) una escena que le evocara un grado bajo de ansiedad, estas repeticiones producían una respuesta contraria a la habitual, contrarrestando los niveles de esta (APA, 1980).

La desensibilización sistemática en la actualidad ha sido retomada para diversas situaciones. Por ejemplo, algunas de ellas tan particulares como el Trastorno de Estrés Postraumático. Por ejemplo, Guerra y Plaza (2009) reportan el caso de un usuario con antecedente de evento traumático por violación infantil. Utilizaron desensibilización sistemática y psicoeducación para su abordaje; mostraron una disminución de síntomas intrusivos evitativos y un incremento en satisfacción personal.

### **Análisis experimental de la conducta (Skinner)**

Skinner dirige su interés al estudio de la conducta operante, otorgando relevancia a lo que ocurría una vez efectuada la respuesta, la conducta por lo tanto estaría influenciada por los factores ambientales y sería aprendida a partir de las consecuencias que le siguen a su emisión (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012). Skinner destaca como interés principal: la conducta y su función sobre el ambiente, además desarrolla un método para estudiar la conducta en lo que denominó *análisis experimental de la conducta*. Este se basaba en la descripción concreta de una conducta y los efectos que producía (Skinner, 1969).

Esta aportación ha proporcionado, según Díaz, tres contribuciones fundamentales: a) las técnicas y programas basados en el control de contingencias; b) el análisis funcional, elemento cardinal del proceso de

evaluación conductual e instrumento esencial para la formulación de cualquier situación; c) la focalización del interés sobre los datos objetivos como elementos de estudio. El compromiso con la investigación científica y con la demostración empírica de la eficacia de los procedimientos utilizados fue determinante para darle un lugar a la psicoterapia en la ciencia (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012).

### **3.4.3 Segunda generación**

#### **Aspectos cognitivos**

La premisa de que el aprendizaje humano no es automático ni directo, sino que tiene variables que impactan de manera significativa para su ejecución, dio pauta al desarrollo de una metodología que incluyera aquello que no se consideraba: lo cognitivo. Aunque en sus inicios, como ocurrió con el aprendizaje, se consideró la cognición como un elemento determinante de la conducta, en la actualidad existe la posibilidad de considerar la multicausalidad en la psicopatología y la integración de las teorías para el abordaje (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012).

#### **3.4.4 Ansiedad y Depresión, abordaje desde la TCC.**

Beck ha formulado modelos explicativos de los trastornos emocionales, el primero de ellos fue el modelo cognitivo de depresión; posteriormente, para los trastornos de ansiedad y de la personalidad. En un apéndice (2) se expone la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) en su quinta versión, referencia para ubicar los criterios característicos para elaborar protocolos de actuación clínica y tener un lenguaje común entre profesionales (Barrio, 2009).

Los trastornos depresivos son concebidos como trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo, sus variantes se han clasificado con base en la duración, la presentación temporal o su etiología, el rasgo común de estos trastornos es la presencia de un estado de ánimo triste, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que

afectan significativamente la capacidad funcional del individuo. Los trastornos de ansiedad son diferenciados entre sí con base en los objetos o situaciones causantes del miedo, ansiedad o conductas evitativas. Comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas (APA, 2014). (Apéndice 2)

## **Depresión**

La depresión es considerada como la vulnerabilidad cognitiva que se muestra ante eventos estresantes de la vida, la cual consiste en un conjunto de esquemas negativos y desadaptativos que reflejan pérdida, privación, inutilidad o derrota (Beck, 1967, Ruiz, Díaz, Villalobos y González, 2012). En este modelo, se concibe al procesamiento de la información como inadecuada por la activación de creencias nucleares profundas a través de experiencias previas, cuestiones que conducen a síntomas fisiológicos emocionales o conductas disfuncionales (Ruiz, Díaz, Villalobos y González, 2012).

El modelo propone que el primer síntoma es la activación de estos esquemas negativos relacionados con la visión de uno mismo, el mundo y el futuro. Por lo tanto, es como una predisposición. La premisa sería entonces, cuanto mayor arraigo de las creencias negativas y la intensidad de las emociones asociadas, mayor es la vulnerabilidad para desencadenar una depresión (Ruiz, Díaz, Villalobos y González, 2012).

Según Beck, la mayoría de los pacientes muestran características cognitivas comunes: pensamientos automáticos negativos, distorsiones cognitivas, déficits cognitivos y esquemas cuyos contenidos hacen referencia a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Beck (1976) identificó distorsiones cognitivas que cometían los pacientes depresivos: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización/minimización, personalización, pensamiento absolutista y pensamiento dicotómico.

## **Ansiedad**

Beck (1976) enfatiza las creencias subyacentes del individuo y la interpretación de los estímulos temidos, incluyendo sus reacciones fisiológicas. En los trastornos de ansiedad, los esquemas y creencias giran en torno a la amenaza y/o el peligro. Las creencias de peligro predisponen al individuo a restringir su atención a posibles amenazas, interpretar catastróficamente los estímulos ambiguos, subestimar los propios recursos de afrontamiento y la posibilidad de que otras personas puedan ayudarle si se encuentra en peligro y de llevar a cabo conductas de seguridad no funcionales como la evitación y huida (Beck, 2005; Beck, Emery y Greenberg, 1985 en Ruiz, Díaz, Villalobos y González, 2012).

Ollendick y King en 2012 destaca la desensibilización sistemática, moldeamiento, reforzamiento como opciones técnicas de la TCC para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Silverman, Pina y Viswesvaran (2008) incluyen exposición, relajación, reforzamiento y técnicas cognitivas para reducir la ansiedad, así como programas de contingencias y de modelado como opciones eficaces ante a sintomatología depresiva y ansiosa en niños y adolescentes.

## **Aprendizaje social (Bandura)**

Bandura propone que el aprendizaje se obtiene a través de la observación directa de la conducta como una forma de adquisición experiencial del comportamiento. Este aprendizaje predice estímulos presentados como un modelo: la conducta que se está por aprender es retenida, transformada en una representación simbólica y que ante ciertas señales ambientales se reproduce conductualmente y en el futuro servirá de guía del comportamiento. El aprendizaje vicario, término acuñado por él, es una forma de condicionamiento superior, que está

relacionado con aprendizaje no resultado de experiencias directas (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012)

Otra aportación importante de Bandura fue el determinismo recíproco, considerado influencia entre el comportamiento y el medio ambiente, que es mediado por los procesos cognitivos, dando como resultado una representación determinante. Concluyó que las influencias entre los elementos determinantes de un comportamiento están sujetas a las características ambientales y personales (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012). Autoeficacia es considerada como otra contribución. Es un proceso central del cambio terapéutico, aquel juicio de un individuo sobre su capacidad para realizar alguna conducta, que es conducida a un resultado.

#### **3.4.5 Estrategias de evaluación.**

La conducta manifiesta es vista como foco de evaluación. La evaluación conductual se focaliza en la identificación de conductas específicas y sus contingencias ambientales como forma de evaluación observable (Ullman y Krasner, 1965 en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). El enfoque científico de la evaluación psicológica enfatiza el uso de medidas mínimamente interpretativas y le da un mayor peso a las que se pueden validar (Heiby y Haynes, 2004). La necesidad de indagar en los contenidos y procesos cognitivos parte de la premisa de que la naturaleza de las variables que necesitan ser exploradas va más allá de la conducta observable. La evaluación incluye los autorregistros o auto informes a través de inventarios cognitivos, entre otros.

#### **Análisis funcional de la conducta**

Es el elemento cardinal de la evaluación conductual, se refiere a las relaciones causa-efecto identificadas entre el contexto y la conducta (Ruiz, Díaz, Villalobos y González, 2012). El análisis funcional consiste en llevar a cabo un análisis individualizado de las conductas específicas del paciente, en el que se establecen las variables que determinan la

conducta problema y que se pueden controlar para el cambio (Haynes y O'Brien, 1990).

Se ha definido como el conjunto de métodos que organizan la información recogida en hipótesis sobre los antecedentes, conductas problema y consecuencias, considerando otras variables que pueden afectar la situación con el objetivo de determinar la razón (función) de la conducta. Para la construcción del análisis, es necesaria la definición de la conducta objetivo: ¿qué pasa? La identificación de los antecedentes de esta conducta: ¿qué pasó antes? La identificación de variables orgánicas: ¿qué características presenta el sujeto que pueden estar influyendo en el problema? La identificación de las consecuencias y función de la conducta: ¿qué obtiene? ¿qué está pasando después? (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012):

1. Definición y delimitación del problema a través de la identificación de las características potencialmente relevantes del paciente, su conducta y el contexto. Se lleva a cabo un análisis topográfico de las conductas problema y un análisis funcional de las relaciones entre estas y las variables que contribuyen a su mantenimiento. Las descripciones topográficas se describen a nivel motor, cognitivo y psicofisiológico y su ocurrencia se cuantifica a través de parámetros como frecuencia intensidad y duración.

Para la formulación del caso se elaboran hipótesis y se realiza una deducción de predicciones verificables a partir de dichas hipótesis. Se conceptualiza el problema en términos funcionales, cuyo objetivo es la identificación de estímulos antecedentes y consecuentes que controlan cada respuesta problema y la determinación de las relaciones entre dichas respuestas y sus variables controladoras. El principal objetivo de esta fase es la comprobación de las hipótesis. Selección de conductas clave, variables relevantes y establecimiento de metas terapéuticas. El análisis funcional señala cuáles son los elementos concretos que requerimos modular o eliminar, para dar

paso al establecimiento de objetivos terapéuticos como paso previo al establecimiento del programa. En la literatura encontramos algunos tipos de objetivos terapéuticos: 1) objetivos finales, cuando se consigan darán por finalizada la intervención; 2) objetivos intermedios, cuya consecución permite el acercamiento progresivo a la meta final (Gavino, 1997 en Ruiz et al., 2012). La elección de los objetivos se establece entre el terapeuta y el paciente; sin embargo, el terapeuta requiere priorizar aquellos que se comprometan en bienestar personal (del paciente) y de terceros.

2. Propuestas de intervención. La elección de técnicas y procedimientos está sujeta a variables que van más allá del motivo, por ejemplo, las características del paciente como su edad, su capacidad física y mental; el contexto en el que se llevará a cabo si es una consulta privada, en una institución.
3. Aplicación del tratamiento. Está sujeta a la planeación dada a través de las metas propuestas, con la suficiente flexibilidad de ser modificadas. Para ello, la evaluación constante es vital para el seguimiento de los objetivos. La intervención termina cuando se logran los objetivos finales (Ruiz et al., 2012).

### **3.4.6 INTERVENCIÓN**

Antes de abordar los procesos de estas técnicas de intervención, se define la relación terapeuta y se posiciona como componente esencial para la psicoterapia, aunque es una condición universal en otros enfoques psicoterapéuticos, para la TCC también ha evidenciado su relevancia dentro del proceso. A continuación, se describen brevemente las técnicas conductuales, cognitivas y de regulación emocional.

## **Relación Terapéutica**

Se le ha denominado así a todo aquello que se forma entre el paciente y el terapeuta. A continuación, se describen algunas propuestas de diferentes autores que han definido y explicado las características de la relación terapéutica, posteriormente se definirán algunos de sus componentes.

La relación terapéutica tiene un impacto significativo, se ha concebido como un predictor en el pronóstico del proceso. Su significancia reside en la calidad emocional y relacional entre paciente y terapeuta (Corbella y Botella, 2003). Ha sido definida desde diferentes perspectivas teóricas, desde su origen psicodinámico, concebido como una manifestación de la transferencia del paciente (Gelso y Carter, 1985 en Corbella y Botella, 2003), hasta el humanismo como Rogers (1957 en Corbella y Botella, 2003), quien consideraba que el ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente eran características fundamentales que debía tener el terapeuta para establecer una relación efectiva con el cliente.

Funciona como una experiencia profesional donde existe una persona sensible y receptiva que ofrece a otro un refugio seguro (Bowlby, 1988 en Ring y Gysin-Maillart, 2020). También se experimenta como dos individuos conectados y colaborando a través de la toma de decisiones compartidas (Hassett y Sclare, 2017). Como respuesta a la necesidad de definir la relación terapéutica, surgieron componentes que buscaban describirla: la alianza terapéutica y la empatía, elementos más estudiados en el ámbito psicoterapéutico (Gelso y Carter, 1994 en Corbella y Botella, 2003).

Bordin (1976, 1994) definió la alianza como la colaboración entre el cliente y el terapeuta dotados con acuerdos sobre los objetivos y tareas de la terapia. También como la negociación del vínculo afectivo y personal dirigido al éxito terapéutico. Toma en cuenta el vínculo descrito a través del sentir y expresión por medio del aprecio, la confianza y el respeto mutuo, y por la percepción de un compromiso

común y una comprensión recíproca de las actividades psicoterapéuticas.

La empatía es la capacidad de inferir el estado cognitivo y emocional de los demás, así como sincronizarse afectivamente con ella (Coutinho et al., 2014; Decety y Lamm, 2009; Singer y Lamm, 2009). Se ha asociado con el éxito de las intervenciones psicológicas (Norcross y Wampold, 2011), como facilitador del vínculo terapéutico. El pronóstico en términos de evolución de los pacientes, así como el alivio somático se han relacionado con la empatía percibida por el psicoterapeuta (Elliott et al., 2011); por lo tanto, se ha concebido como un indicador del éxito del proceso terapéutico. Igualmente, se ha relacionado positivamente con el éxito de las intervenciones psicológicas (Norcross y Wampold, 2011).

### **Técnicas conductuales**

En la intervención de la TCC, el reforzamiento es el eje desde el cual se ejecutan las modificaciones, incrementos y decrementos conductuales. El reforzamiento es el proceso con el que las consecuencias producen un aprendizaje, a partir de la introducción de un estímulo placentero o bien retirando uno aversivo (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). En el reforzamiento positivo, la conducta se incrementa ante la presencia de un estímulo gratificante en consecuencia de su realización (Apéndice 4). El reforzamiento, por lo tanto, incrementa la aparición de la conducta. El reforzamiento negativo se refiere a la probabilidad de que se repita una conducta a partir del retiro de un estímulo aversivo después de la ejecución de una conducta (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

### **Técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas.**

#### **Moldeamiento**

Es el reforzamiento en aproximaciones hacia una conducta meta (Skinner 1953 en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Se va reforzando a través de aproximaciones sucesivas conducidas a una meta final, entre más se refuercen, más se afianzan las aproximaciones a la conducta esperada, mientras que se dejan de reforzar las que menos se parecen a lo esperado. Para asegurar su efectividad, es necesario seleccionar una conducta meta, definirla de manera clara y concreta, así como cada elemento que forma parte de ella. Se evalúa la ejecución y se selecciona la conducta inicial como punto de partida y los reforzadores (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

### **Encadenamiento**

El encadenamiento es aquella forma de conectar la secuencia de respuestas que se llevan a cabo para realizar una conducta compuesta por conductas simples y complejas. Martin y Pear (1999) hablan de tres tipos de encadenamiento. La *planeación de la cadena* total se trata de una secuencia completa, donde se le entrena a la persona para realizar desde el primero hasta el último paso de la secuencia total. El *encadenamiento hacia delante* se inicia enseñando el paso inicial y se procede al siguiente hasta que se realiza correctamente. Por otra parte, en el *encadenamiento hacia atrás*, se definen los pasos y se comienza con la conducta meta, añadiendo conductas que le van precediendo hasta llegar al eslabón inicial.

### **Técnicas cognitivas**

Enfatizan el papel de los elementos cognitivos en el origen y mantenimiento de los problemas psicológicos y se interesan por la integración de técnicas conductuales para la generación de una metodología experimental en la intervención psicoterapéutica. Este paradigma de intervención es considerado como el nacimiento del término TCC (Ruiz, Díaz, Villalobos y González, 2012).

La terapia cognitiva fue desarrollada por Aaron Beck en los años sesenta. El interés de Beck se centró en el ámbito clínico y académico, bajo esta temática propone conceptos clave como los esquemas, procesos y distorsiones cognitivas, entre otros. Los esquemas cognitivos son concebidos como entidades organizativas complejas compuestas de unidades más simples del conocimiento de la organización y estructura de los estímulos ambientales (Safran, Vallis, Segal y Shaw, 1986).

Los procesos cognitivos se refieren a cuando los individuos se enfrentan a una situación, no analizan toda la información, sino que atienden a indicios congruentes con esquemas cognitivos preexistentes. Si bien estos pueden conducir a un ahorro de análisis de la información, también pueden ser víctima de sesgos negativos por experiencias previas. Estos sesgos han sido descritos también por Snyder (1981 en Ruiz et al., 2012) como confirmatorios. Estos sesgos hacen referencia a la tendencia por procesar, codificar y recuperar información consistente con claves contenidas en esquemas previos y problemas emocionales, sesgos que Beck denomina “distorsiones cognitivas”.

En 1967, Beck identifica seis distorsiones cognitivas. Doce años después, amplía a once distorsiones cognitivas: pensamiento todo o nada, sobregeneralización, descontar lo positivo, saltar a conclusiones, leer la mente, adivinación, magnificar/minimizar, razonamiento emocional, declaraciones de “requierería”, etiquetar y culpabilidad inapropiada. Este autor denomina pensamientos automáticos a los productos cognitivos que refieren pensamientos e imágenes resultado de la interacción de la información del medio, los esquemas y creencias (Ruiz, Díaz, Villalobos y González, 2012).

Es a partir de las distorsiones cognitivas que el terapeuta emprende la búsqueda de soluciones a las demandas del cliente a través de diversas estrategias para su modificación. Beck denomina técnicas cognitivas a aquellas que permiten identificar y cambiar pensamientos a través del dialogo socrático. Menciona dos procedimientos: a) autorregistros y b)

descubrimiento guiado. Los primeros son utilizados como medio de recolección de información sobre el estado emocional del paciente. Los datos recabados, habitualmente, responden a los días y horas en los que tiene lugar el malestar, la situación concreta en la que se produce dicho malestar, el reporte emocional y su intensidad, y los pensamientos. Los autorregistros son flexibles para añadir y/o eliminar información. Por otro lado, el descubrimiento guiado ayuda al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales a través del diálogo socrático (Ruiz et al., 2012).

La reestructuración cognitiva consiste en que el cliente, con guía del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos (Bados y García, 2010). Parte de dos supuestos básicos: 1) las cogniciones influyen en la conducta y en el afecto de los individuos, 2) las creencias requieren ser consideradas como interferencias sobre la naturaleza del mundo, más que como hechos concretos el mismo (Caballo, 1998). Los pensamientos son considerados como hipótesis y el terapeuta y el paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles a través de la formulación de preguntas y en dado caso, experimentos conductuales, con la finalidad de que el paciente evalúe y someta a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de estos. El procedimiento sería: 1) identificar el pensamiento desadaptativo, 2) examinar las pruebas o datos de este pensamiento, 3) examinar su utilidad, 4) probarlo verbal o conductualmente.

Otra intervención que se incluye en las intervenciones cognitivas es el entrenamiento específico de solución de problemas (D´Zurilla y Goldfried, 1971). Los autores establecieron cinco fases: 1) la orientación general, 2) definición y formulación del problema; 3) generación de alternativas de solución; 4) toma de decisiones y 5) verificación. El primer paso es promover la autoeficacia, desarrollar habilidades en el reconocimiento de problemas y tomarlos como oportunidades. Para la

siguiente fase, se pretende definir el problema con la recopilación de información objetiva, una vez definido, se acepta, se establecen metas realistas y alcanzables.

En la generación de alternativas se ponen en marcha las estrategias de solución. Entre más soluciones, mayor probabilidad de encontrar una solución apropiada; entre más diversidad, mayor potencial de ajuste de los factores que están envueltos en la situación problemática; a la par de este proceso se pretende evaluar la viabilidad de cada solución. En la toma de decisiones, se valoran las posibilidades de las consecuencias positivas y negativas de la(s) alternativas. Con base en esto, se toma la decisión. En la última fase se establecen los pasos, diseñando una acción para llevar a cabo la ejecución (Ruiz, Díaz, Villalobos y González, 2012).

### **Regulación de la activación emocional.**

Las técnicas de relajación se definen como instrumentos psicoterapéuticos para el tratamiento de trastornos emocionales, psicosomáticos y médicos basados en una profunda toma de conciencia del cuerpo (Granda y Saez, 2000). Es aquella condición opuesta a cualquier estado de tensión y son, probablemente, las técnicas más utilizadas en las intervenciones psicológicas ya que tienen una aplicabilidad muy diversa (Sultanoff y Zalaquett, 2000)

El objetivo de la relajación se sitúa en la reducción de la activación fisiológica que impacta positivamente a los procesos emocionales, cognitivos, conductuales y por supuesto, fisiológicos. Todo entrenamiento de esta índole necesita una serie de condiciones específicas y necesarias para su aplicación. Por un lado, es necesario un lugar libre de ruido externo, donde el paciente pueda sentarse y adoptar una posición cómoda; mientras que para el terapeuta el entrenamiento y su efectividad se ve reflejado en la modulación del tono de voz en la comprensión de las instrucciones, entre otras cosas, para la elección y adecuación de la aplicación de cada técnica (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). A continuación, se abordarán brevemente algunas de las técnicas

de relajación: respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y relajación autógena.

**a. Respiración diafragmática:**

Un patrón respiratorio adecuado produce (en estado de reposo) un aumento del control parasimpático, porque las tasas inspiratorias bajas y la prolongación en periodos de espiración incrementan los niveles de CO<sub>2</sub> en sangre. Es por ello por lo que el control respiratorio tiene la capacidad de modular la acción del sistema nervioso autónomo. El objetivo del entrenamiento es conseguir un patrón respiratorio fisiológicamente apropiado para reducir las alteraciones respiratorias, y propiciar un estado de relajación (Díaz, Villalobos y Ruiz, 2012).

Procedimiento:

Se invita al usuario a adoptar una posición cómoda, colocar una de las manos a la altura del diafragma (parte superior del abdomen) para monitorear la inhalación y exhalación a través de la expansión y contracción de este. La inhalación se requiere dar siempre por las fosas nasales y la exhalación por la boca. La literatura sugiere tiempos para realizar los ejercicios de inhalación, espera e inhalación: cuatro, dos y cuatro segundos, respectivamente (Díaz, Villalobos y Ruiz, 2012).

**b. Relajación muscular progresiva de Jacobson:**

Edmund Jacobson desarrolló de la técnica, quien en 1939 estudió el impacto de la tensión y distensión de grupos musculares específicos que tenían en las sensaciones corporales de relajación. En la actualidad, la adaptación más utilizada por sus características prácticas y temporales es la de Bernstein y Borkovec (1983). Esta versión implica la tensión y distensión sistemática de grupos musculares, para aprender a discriminar sensaciones corporales resultantes, que podrían ayudar a eliminar las contracciones musculares (Bernstein, Borkovec y Hazlett-

Stevens, 2000) con la finalidad de experimentar una relajación profunda.

De los sesenta músculos, se refirieron a 16 grupos musculares donde el entrenamiento tiene una duración de 30-40 minutos con posibilidad de disminuir con base en el nivel de dominio. El objetivo del entrenamiento es reducir los niveles de activación a través de la disminución progresiva de la tensión muscular (Caballo, 2008).

Para esta relajación la tensión y distensión se realizan en periodos cortos de tiempo (4-5 seg). A pesar de que no existe un consenso del grupo muscular por el cual comenzar el entrenamiento, la premisa está en seguir los grupos musculares de manera tal que estén ligados y no dispersos. Se describe en el apéndice 5 una posibilidad de aplicación (Díaz, Villalobos y Ruiz, 2012).

### **Relajación autógena:**

Esta relajación parte de la premisa de que las personas son capaces de alcanzar un estado de relajación a través de representaciones mentales de sensaciones físicas. Es un procedimiento que tiene mayores efectos de relajación en los trastornos asociados con la disfunción autónoma como la hipertensión o migraña (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Como todo entrenamiento está sujeto a las características y necesidades del paciente. El procedimiento parte de tres principios: la repetición de frases cortas que describen respuestas psicofisiológicas, la concentración del paciente y la reducción de la estimulación exteroceptiva y propioceptiva. El procedimiento se estructura en dos grados: inferior y superior. El primero busca la relajación mediante sensaciones de reposo, pesadez y calor. (Apéndice 6). Para el grado superior, se trata de una práctica más compleja, puesto se requiere dominar los ejercicios del grado inferior (Apéndice 6). Este segundo programa busca la

experiencia con colores, objetos específicos, imaginación de uno mismo con ciertos propósitos o yendo al fondo del mar, entre otras.

En resumen, en este capítulo se describió el marco conceptual que fundamenta las estrategias metodológicas a utilizar en el presente trabajo: el procedimiento y el contenido de la prueba que se pretende desarrollar para este trabajo. Por ello se incluyó la información concerniente a la elaboración de una prueba, desde su conceptualización hasta la realización de los análisis necesarios para la obtención de sus garantías; así como la revisión teórica de la TCC, desde sus principios hasta su aplicación terapéutica. En el siguiente capítulo, se analizará el marco teórico en su conjunto de manera que permita conceptualizar la justificación y planteamiento de este problema de investigación.

## FUNDAMENTACIÓN

La TCC supone una de las aproximaciones psicoterapéuticas de mayor impacto. Se ha demostrado efectividad de la TCC en el tratamiento de una gran variedad de trastornos psicológicos y de la salud (Kavanagh, Bennett-Levy y Crow, 2002). Por ello, se ha convertido en el tratamiento de elección para un número creciente de trastornos y problemas mentales (Simos, 2009). Específicamente, la supervisión en TCC es considerada el medio idóneo para el desarrollo profesional del psicoterapeuta. Tiene como objetivo aumentar las habilidades de evaluación, conceptualización e intervención clínica en el supervisado, así como fomentar la autoobservación y el aprendizaje continuo (Johnston, 2006).

A pesar de la relevancia de la supervisión como medio de adquisición de competencias y de la enseñanza de la TCC en áreas de formación profesional, la evidencia de los efectos de un programa de supervisión TCC en las competencias profesionales de psicoterapeutas es escasa (Alfonsson et al., 2018).

Dicha incógnita se ha tratado de subsanar a través de la utilización de diversos instrumentos que evalúan alianza terapéutica, habilidades observables, percepción de la eficacia de la supervisión, autoevaluación entre otros (Alfonsson et al., 2018). A pesar de que en algunos casos han mostrado resultados positivos sobre la supervisión clínica, la falta de disponibilidad de evidencia de validez y confiabilidad de dichas medidas también supone un problema para obtener información objetiva del impacto de la supervisión bajo dichos constructos (Tsong y Goodyear, 2014).

También el impacto de la supervisión puede ser medida a través de las competencias del psicoterapeuta en formación. Las habilidades han sido un constructo que se ha retomado los últimos años como medida de evaluación. Dentro de las competencias esperadas que el psicoterapeuta TCC requiere adquirir, se destaca el conocimiento teórico (Beitman y Yue, 1999; Prasko, 2012), considerado la base sobre la cual se construye la competencia (Falender, 2004). Sin embargo, no se encontró evidencia de instrumentos que proporcionen una medida del conocimiento teórico en escenarios de supervisión clínica.

Entonces, se sabe que dentro de un programa de supervisión TCC se adquiere, practica y modifica el conocimiento teórico previamente adquirido y es llevado a un nivel mayor de perfeccionamiento (Scott et al., 2015). Sin embargo, aún con su relevancia, ha sido poco utilizado como medida del impacto de un programa de supervisión en el psicoterapeuta en formación.

Siendo el conocimiento teórico base en la adquisición de las competencias clínicas necesarias en un psicoterapeuta, y que estas últimas suponen el objetivo principal de la supervisión, evidenciar el cambio o adquisición de una de las competencias esperadas en el psicoterapeuta TCC a través de un instrumento que cuantifique el nivel de conocimiento teórico y su capacidad de aplicarlo, puede proporcionar evidencia del impacto de la supervisión, de la capacidad del futuro terapeuta para lidiar con casos reales a partir del conocimiento teórico de la conceptualización, evaluación e intervención TCC.

Por lo tanto, parece valioso diseñar y explorar las propiedades psicométricas de una prueba de comprensión y aplicación de conceptos de la TCC para que en futuros psicoterapeutas en formación bajo supervisión puedan ser evaluados en este rubro, tanto para conocer su

rendimiento, como para conocer cuánto ha impactado una intervención dirigida a ese conocimiento.

## MÉTODO

A continuación, se describirá el método que se llevó a cabo para la realización del presente trabajo: en primer lugar, se exponen los materiales, el procedimiento de las fases realizadas y los criterios de inclusión/exclusión de los participantes.

El presente trabajo se divide en dos actividades:

Actividad I. Diseño de la prueba, que incluye desde la conceptualización de su objetivo, hasta la elaboración del banco de reactivos. A continuación, se abordarán los materiales, participantes y procedimiento que se llevó a cabo para la realización de esta fase.

Actividad II. Obtención de las propiedades psicométricas. Esta fase responde al análisis de la prueba. Comienza con la validación de contenido a través de un estudio piloto y a partir de ello el análisis de los reactivos y la consistencia. Todo ello descrito desde sus participantes, los materiales utilizados y el procedimiento que se realizó para llegar a dichas metas.

### **Participantes de ambas actividades**

En la tabla 1. se muestran los criterios de inclusión, exclusión y eliminación de los participantes. Para la fase de validación de contenido a partir del jueceo, los criterios de inclusión se buscaron psicólogos con grado de maestría y/o doctorado con un mínimo de diez años de experiencia clínica, así como aproximación y/o práctica clínica en terapia cognitivo conductual. En el caso del análisis de reactivos y

consistencia interna, los criterios de inclusión para su obtención fueron estudiantes del último año del semestre de la licenciatura en psicología.

Tabla 5

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación de los participantes de la segunda fase.

| CRITERIOS  |  |   |
|--|--|---|
| Inclusión  | Exclusión  | Eliminación                                   |
| <b>Actividad I: validación de contenido</b>  |  |   |
| Mínimo de 10 años de experiencia clínica.<br>Aproximación y/o práctica clínica en la terapia cognitivo conductual.<br>Aproximación a la construcción de instrumentos de índole educativo.<br>Grado mín. de Maestría en Psicología. | Experiencia menor de 10 años.<br>Práctica clínica con orientación diferente a la terapia cognitivo conductual.<br>Grado máximo Licenciatura en Psicología. | No contesten la tabla.                        |
| <b>Actividad II: piloto</b>  |  |   |
| Estudiantes del último semestre de la licenciatura en Psicología.  | Estudiantes de un grado diferente.<br>Estudiantes de otra Carrera  | Aquellos que no respondieron el Google® Forms |

## Procedimiento

### Actividad I: diseño de la prueba

Primero, se definió el objetivo principal de la prueba con base en la literatura recabada de la supervisión clínica en TCC y en las necesidades de evaluación encontradas en el análisis realizado para el proyecto general (PAPIME: PE314319).

1. Se definió el formato de la prueba con base en el objetivo de esta, considerando el material para ser aplicado, el tiempo de aplicación, el procedimiento de calificación.
2. Se especificó el constructo, las dimensiones y su contenido.
3. Se obtuvieron los indicadores (que posteriormente fueron utilizados para el banco de reactivos) a partir de la definición operacional de cada contenido.
4. Se diseñó un banco de reactivos de la prueba, con base en el indicador formulado.
5. Dos coordinadores (Dra. en psic. Lizette Gálvez y Dra. en psic. Nancy Caballero) seleccionaron los reactivos más relevantes con base en la definición de constructo, previo a ser enviados a los jueces expertos.

## **Actividad II: Propiedades psicométricas**

1. Una vez que se obtuvo el primer banco de reactivos, se contactó a los jueces por medio de un correo electrónico compartiéndoles el objetivo de la prueba y su papel en la validación de esta para lo cual se adjuntó una tabla de análisis (véase en anexo 1) con las instrucciones a seguir. En dicha tabla se exponía reactivo por reactivo seguido de las preguntas dirigidas a la comprensibilidad y lo esencial o no de cada uno, también había un espacio de observaciones o sugerencias de redacción.
2. Se diseñó una base de datos que facilitara el análisis de las respuestas de cada juez.  
Se analizaron los datos recabados de comprensibilidad: redacción del reactivo y cambios de contenido, en este rubro el análisis de sintaxis, ortografía, semántica y redundancia.
3. Se analizaron los datos recabados para obtener la validación de contenido. Para finalmente decidir, con base en los puntajes de la validez de contenido, cuáles reactivos conservar y eliminar.
4. Una vez que tuvimos los reactivos que continuaron en la prueba, se efectuaron todas las correcciones de comprensibilidad

(sintaxis, semántica, ortografía y redundancia) para conformar la versión II.

5. Se generó en un formato de *Google® Forms* de la versión II de la prueba.
6. Se produjo material de difusión para convocar respuestas de los participantes meta de aplicación
7. A partir de la convocatoria lanzada, se obtuvieron respuestas de los participantes meta a través del formato creado en *google® forms*.  
Se construyó la base de datos de escala nominal con las respuestas obtenidas de los participantes. Y se analizaron los reactivos a través del índice de discriminación e índice de dificultad, consistencia interna de la prueba.
8. Finalmente, se obtuvo la versión final basada en los resultados previos.

## **Análisis de datos**

Sólo la actividad II tuvo una fase de análisis de datos para la obtención de propiedades psicométricas:

Validación de contenido:

Cuando un juez enviaba la tabla contestada, los datos se vaciaban en la base de datos (véase en anexos). Asignándole 1 o 0 a cada respuesta por pregunta contestada (SI/NO), respectivamente. Cuando otro de los jueces coincidía con la respuesta el valor era sumado (2,3,4, etc.) en cada columna, obteniendo así un número total de respuestas por cada reactivo. Todo lo anterior con la finalidad de organizar y facilitar el análisis de la información devuelta por los jueces.

Los datos obtenidos de los reactivos marcados como esenciales fueron utilizados para despejar la fórmula de Lawshe (1975), que propone un

modelo para determinar un índice cuantitativo para la validez de contenido definida por la siguiente expresión:

$$CVR = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

Dicha fórmula proporciona una propuesta de selección de reactivos. Interpretación que ha sido modificada por Tristán (2008) para su aplicación con un número menor de jueces. El propósito de dicho análisis fue obtener la validación de contenido de la prueba.

El análisis de cambios se estimó con base en las variables propuestas: sintaxis, semántica, ortografía y redundancia. Pautas importantes para la construcción de reactivos (Haladyna, Downing y Rodríguez, 2002).

Para corroborar que los contenidos e indicadores eran adecuados se analizaron los datos en una tabla de frecuencias basada en las respuestas obtenidas de los jueces expertos. Datos que servirían de referente para la modificación y/o eliminación de indicadores o contenidos dependiendo el caso.

Las respuestas obtenidas de la aplicación piloto se analizaron y acomodaron en una base de datos con la premisa 0= error 1=acierto (utilizada para el resto de los análisis). En la columna A se colocaron los participantes desde el primero hasta el último (1-30), de forma horizontal se colocaron los reactivos, desde el 1 hasta el 50.

Para obtener el índice de dificultad se realizó la suma de aciertos de cada reactivo y el total de respuestas, posteriormente, una división entre estos dos datos.

Para obtener en índice de discriminación, se realizó una correlación biserial. De los datos obtenidos y, en función del índice de discriminación, se eligieron los reactivos que serían modificados y/o eliminados (véase en resultados).

La consistencia interna de la prueba se obtuvo a partir de un alfa de Cronbach (Cohen y Swerdlik, 2006), a través del software IBM® SPSS

## RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos por cada fase del procedimiento. Para guiar el contenido se enumeran los resultados por cada punto del procedimiento antes redactado.

### **Actividad I**

*Objetivo de la prueba:*

Evaluar los cambios en comprensión y aplicación de conceptos de la Terapia Cognitivo Conductual antes-después de un programa de supervisión en psicoterapia.

*Formato de la prueba*

Se optó por la de prueba de rendimiento con respuestas de **opción múltiple**, ya que ha mostrado ser útil para muestrear una gran cantidad de contenido en términos de aprendizaje, también ha expuesto ser eficaz para calificar y reducir la ambigüedad de las respuestas y permite interpretar las calificaciones en términos del nivel de ejecución del criterio propuesto (Brown, 1999).

El formato de opción múltiple para las respuestas se distingue por su utilidad, esto es para asimilar una definición, aprender conceptos, evaluar capacidad de análisis y comprensión, entre otros (Castañeda, 2006). Dado que se pretende que la prueba arroje resultados en términos de la comprensión y aplicación de conceptos, se eligió este formato de prueba como el idóneo para cumplir con la meta establecida.

**Definición del constructo, las dimensiones y su contenido.**

A partir de lo anterior se consideró dividir la prueba en tres dimensiones (o factores) principales: a) relación terapéutica, b) conceptualización del caso y c) intervención.

Una vez con esta primera estructura, se trabajó en la redacción de los reactivos de cada contenido, obteniendo la siguiente clasificación:

- a) Relación terapéutica: empatía y actitud del terapeuta.
- b) Conceptualización del caso: fundamentos teóricos de la terapia cognitivo conductual, análisis funcional del comportamiento y comprensión de la psicopatología: ansiedad y depresión.
- c) Intervención: técnicas cognitivas, técnicas de control de la activación emocional y técnicas conductuales

### **Definición operacional del contenido y obtención de los indicadores<sup>2</sup>.**

Dadas las características del instrumento, el siguiente paso consistió en operacionalizar las dimensiones, contenido y a partir de este último los indicadores (características medibles por contenido, obtenidas a partir de la definición operacional del mismo). Los indicadores responden a cada verbo obtenido por definición operacional del contenido (antes definido):

**Relación terapéutica:** habilidades del terapeuta que fomentan el lazo de apoyo y trabajo con el paciente (Lambert y Barley, 2001)

- a) **Empatía:** evalúa y responde al estado emocional del cliente basado en las conductas, y/o pensamientos de este último.
- b) **Actitud del terapeuta:** desempeña un rol activo durante la sesión y expresa el compromiso profesional para alcanzar juntos el bienestar del cliente.

---

<sup>2</sup> La definición operacional, en contraste con una definición conceptual, tiene como característica el uso de conductas en forma de verbos con la finalidad de que sean dichas conductas las que puedan ser evaluadas y no estos indicadores no tengan que interpretarse (B@UNAM, 2017).

**Conceptualización del caso:** conocimiento teórico aplicado a la búsqueda del diagnóstico y planificación del proceso terapéutico a través de la definición de las variables conductuales, emocionales, psicológicas y sociales basadas en la teoría conductual y psicopatológica (Ruiz et al, 2012)

- a) **Fundamentos teóricos de la terapia cognitivo conductual:** identifica y diferencia conocimientos teóricos sobre los conceptos y principios básicos de la terapia cognitivo conductual
- b) **Análisis funcional del comportamiento:** identifica, indaga, organiza y aplica la información que determinan el objetivo de la función conductual: los antecedentes, conductas problema y consecuencias, para permitir la planeación de una probable intervención.
- c) **Comprensión de la psicopatología:** identifica y evalúa, a través del conocimiento de signos y síntomas, los trastornos de ansiedad y depresión.

**Intervención:** aplicación de principios y técnicas dirigidas a un objetivo terapéutico.

- a) **Técnicas cognitivas:** identifica y aplica apropiadamente el conocimiento teórico de las técnicas cognitivas de solución de problemas, autorrefuerzo y reestructuración cognitiva hacia aquellas cogniciones erróneas que determinan o mantienen alguna problemática.
- b) **Técnicas de regulación emocional:** reconoce y selecciona adecuadamente las técnicas de relajación como procedimientos de regulación fisiológica y alivio de tensión emocional hacia las alteraciones emocionales y/o respuestas fisiológicas anormales presentes en el paciente.
- c) **Técnicas conductuales:** identifica, diferencia y aplica las técnicas de modificación conductual a través de técnicas operantes hacia comportamientos observables que se han identificado como problemáticos o inadaptados.

Por cada objetivo de expuesto en la definición operacional de cada contenido, se obtuvieron mínimo dos indicadores con la finalidad de evaluar de manera adecuada cada objetivo. Para la composición final se obtuvieron 21 indicadores de 9 contenidos, evaluando las tres dimensiones descritas (relación terapéutica, conceptualización del caso e intervención). Véase las tablas 6, 7 y 8.

### **Diseño del banco de reactivos**

Los indicadores fueron la base para la construcción del banco de reactivos. Cada definición de contenido se segmentó por verbo dando como resultado los indicadores, de cada uno se diseñaron un mínimo de dos reactivos.

Cada reactivo fue redactado para que se ajustará al indicador correspondiente (véase en anexo 2). A la vez que se terminaron de redactar los reactivos de la dimensión eran revisados exhaustivamente en contenido, gramática y redacción a través de una tabla donde se exponía la dimensión, el contenido y su definición operacional seguida del reactivo propuesto. A partir de su análisis eran corregidos con las observaciones proporcionadas por la coordinadora del proyecto, la Dra. Lizette Gálvez. Este procedimiento se llevó a cabo con las tres dimensiones, contenidos e indicadores, respectivamente.

El banco de reactivos conformó la “versión 1” (véase en anexo 3). Esta primera versión fue enviada a los jueces expertos, quienes, como mencionamos en el procedimiento, evaluarían el contenido de la prueba en términos de la comprensibilidad de cada uno de ellos, así como que tan esenciales resultaban para el objetivo de la prueba.

### **Evaluación de contenidos e indicadores**

Dado que los indicadores buscan evaluar el contenido, y estos a su vez definen las dimensiones de la prueba, fue de vital importancia corroborar que los indicadores fuesen adecuados para describir a los contenidos, y estos, a su vez, a las dimensiones. Para esta evaluación cuatro jueces completaron la tabla.

En la tabla 9 se muestra el porcentaje de jueces que valoraron cada indicador y contenido como esencial para el desarrollo de la prueba. El contenido “fundamentos teóricos” fue el que puntúo más bajo (75%) en comparación con los demás contenidos e indicadores (100%), por lo que se decidió prestar mayor atención a las observaciones de cada ítem pues las puntuaciones bajas mostraban mayor confusión en redacción o contenido de los reactivos. Los ítems que los jueces consideraron esenciales se mantuvieron (véase tabla 9).

Tabla 4

*Definición del contenido e indicadores de la dimensión relación terapéutica*

| <b>Dimensión</b>            | <b>Definición operacional</b>  | <b>Contenido</b>      | <b>Definición operacional</b>   | <b>Indicador</b>   |
|-----------------------------|--|-----------------------|---|--|
| <b>RELACIÓN TERAPÉUTICA</b> | Habilidades del terapeuta que fomentan el lazo de apoyo y trabajo con el paciente. | Empatía               | <b>Evaluación</b> de la afectividad/ del estado emocional del cliente basado en las conductas, y/o pensamientos.                          | <b>Identifica</b> acciones realizadas desde el cliente como marco de referencia. |
|                             |  |                       |   | <b>Responde</b> con base estado emocional  |
|                             |  | Actitud del terapeuta | <b>Desempeña</b> un rol activo durante la sesión y <b>expresa</b> el compromiso profesional para alcanzar juntos el bienestar del cliente | <b>Desempeña un rol activo</b> durante la sesión                                 |
|                             |  |                       |   | <b>Expresa el compromiso</b> profesional   |
|                             |  |                       |   | <b>Comunica “alcanzar juntos el bienestar del cliente”</b>                       |
|                             |  |                       |   |  |

Tabla 7

Definición del contenido e indicadores de la dimensión conceptualización del caso.

| Dimensión                                | Definición operacional  | Contenido  | Definición operacional   | Indicador   |
|--|---|--|--|---|
| <p><b>CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO</b></p> | <p>Conocimiento teórico aplicado a la búsqueda del diagnóstico y planificación del proceso terapéutico a través de definición de las variables conductuales, emocionales, psicológicas y sociales basadas en la teoría conductual y psicopatológica</p> | <p>Fundamentos teóricos de la terapia cognitivo-conductual</p> | <p><b>Identifica y diferencia</b> conocimientos teóricos sobre conceptos y principios básicos de terapia cognitivo conductual: inhibición recíproca (Wolpe) y teorías del aprendizaje (Skinner); aprendizaje social y enfoque cognitivo (reestructuración cognitiva, manejo de soluciones y problemas)</p> | <p>conocimientos teóricos: inhibición recíproca</p>                   |
|  |   |  |  | <p>conocimientos teóricos: condicionamiento</p>                       |
|  |   |  |  | <p>conocimientos teóricos: aprendizaje social y enfoque cognitivo</p> |

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
|  |  | Análisis funcional                             | Capacidad del terapeuta para <b>identificar, indagar, organizar y aplicar</b> la información que determinan el objetivo de la función conductual: antecedentes, conductas problema y consecuencias, para permitir planeación de intervención. | <b>Identifica</b> los antecedentes, conductas problema y consecuencias que determinan el objetivo de la función conductual. |
|  |  | <b>Indaga</b> la información necesaria         |   |   |
|  |  | <b>Organiza</b> la información.                |   |   |
|  |  | <b>Aplica</b> la información recabada          |   |   |
|  |  | Comprensión de la psicopatología desde la tcc. | <b>Identifica y evalúa</b> a través del conocimiento de signos y síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión   | <b>Identifica</b>   |
|  |  |  |   | <b>Evalúa</b>   |

Tabla 8

Definición del contenido e indicadores de la dimensión intervención.

| Dimensión           | Definición operacional   | Contenido                        | Definición operacional   | Indicador                                 |
|---------------------|--|----------------------------------|--|---|
| <b>INTERVENCIÓN</b> | Aplicación de principios y técnicas dirigidas a un objetivo terapéutico. | Técnicas cognitivas              | <b>Identifica y aplica</b> apropiadamente el conocimiento teórico de las técnicas cognitivas de solución de problemas, autorrefuerzo y reestructuración cognitiva hacia aquellas cogniciones erróneas que determinan o mantienen alguna problemática | <b>Identifica</b> las técnicas cognitivas |
|                     |  |                                  |  | <b>Aplica</b> las técnicas                |
|                     |  | Técnicas de regulación emocional | <b>Domina y aplica</b> adecuadamente técnicas de relajación: respiración diafragmática, relajación progresiva, relajación autógena, como procedimientos de regulación fisiológica y alivio de tensión emocional                                      | <b>Domina</b> las técnicas de relajación. |
|                     |  |                                  |  | <b>Aplica</b> las técnicas de relajación  |

|  |                                      |                       |  |   |
|--|--------------------------------------|-----------------------|--|---|
|  |                                      |                       | hacia las alteraciones emocionales y/o respuestas fisiológicas anormales presentes en el cliente   |   |
|  |                                      | Técnicas conductuales | <b>Identifica, diferencia y aplica</b> técnicas de modificación conductual a través de técnicas operantes hacia comportamientos observables identificados como problemáticos o inadaptados | <b>Identifica</b> los componentes básicos de técnicas operantes |
|  | <b>Diferencia</b> entre técnicas     |                       |  |   |
|  | <b>Aplica</b> las técnicas operantes |                       |  |   |

Tabla 9

Porcentaje de aprobación por contenido e indicador

| Contenido                        | %    | Indicador   | %    |
|----------------------------------|------|---|------|
| Empatía                          | 100% | Identifica la acción empática   | 75%  |
|                                  |      | Responde de acuerdo con el estado emocional del cliente   | 75%  |
| Actitud del terapeuta            | 100% | Desempeña un rol activo durante la sesión   | 100% |
|                                  |      | Expresa el compromiso   | 100% |
|                                  |      | Comunica "alcanzar juntos el bienestar"   | 100% |
| Fundamentos teóricos             | 75%  | Identifica y diferencia conocimientos teóricos: inhibición recíproca  | 75%  |
|                                  |      | Identifica y diferencia conocimientos teóricos: condicionamiento  | 75%  |
|                                  |      | Identifica y diferencia conocimientos teóricos: aprendizaje social y enfoque cognitivo                          | 75%  |
| Conceptualización del caso       | 100% | Identifica antecedentes, conductas problema y consecuencias que determinan el objetivo de la función conductual | 100% |
|                                  |      | Indaga la información recabada  | 100% |
|                                  |      | Organiza la información recabada  | 100% |
|                                  |      | Aplica la información recabada  | 100% |
| Comprensión de la psicopatología | 100% | Identifica  | 100% |
|                                  |      | Evalúa  | 100% |
| Técnicas cognitivas              | 100% | Identifica las técnicas cognitivas  | 75%  |
|                                  |      | Aplica las técnicas cognitivas  | 100% |
| Regulación emocional             | 100% | Domina las técnicas de relajación   | 100% |
|                                  |      | Aplica las técnicas de relajación   | 100% |
| Técnicas conductuales            | 100% | Identifica los componentes básicos de las técnicas operantes  | 100% |
|                                  |      | Diferencia entre técnicas   | 100% |
|                                  |      | Aplica las técnicas operantes   | 100% |

## Actividad II

### Validación de contenido y comprensibilidad

A partir de la retroalimentación de los 5 jueces expertos que aceptaron participar, se obtuvieron los siguientes resultados.

En la tabla 10. se muestran los puntajes de la razón de contenido obtenida a partir de la fórmula de Lawshe (véase en análisis de datos) donde se evidencian aquellos reactivos que fueron eliminados, conservados y modificados.

Tabla 5

*Razón de validez de contenido (CVR) por reactivo.*

| <b>Dimensión</b>               | <b>Contenido</b>        | <b>Reactiv<br/>o</b> | <b>CVR</b> |
|--------------------------------|-------------------------|----------------------|------------|
| Relación<br>Terapéutica        | Empatía                 | 1                    | 0          |
|                                |                         | 2                    | -0.2       |
|                                |                         | 3                    | 0.6        |
|                                |                         | 4                    | 0.6        |
|                                | Actitud del terapeuta   | 5                    | 1          |
|                                |                         | 6                    | 0.6        |
|                                |                         | 7                    | 1          |
|                                |                         | 8                    | 1          |
|                                |                         | 9                    | 0.6        |
|                                |                         | 10                   | 0.6        |
| Conceptualiza-ción<br>del caso | Fundamentos<br>teóricos | 11                   | 0.6        |
|                                |                         | 12                   | 0.6        |
|                                |                         | 13                   | 0.2        |
|                                |                         | 14                   | 0.2        |
|                                |                         | 15                   | 0.2        |
|                                |                         | 16                   | 0.6        |
|                                |                         | 17                   | 0.6        |
|                                | Análisis funcional      | 18                   | 1          |
|                                |                         | 19                   | 1          |
|                                |                         | 20                   | 1          |
|                                |                         | 21                   | 1          |
|                                |                         | 22                   | 1          |
|                                |                         | 23                   | 1          |
|                                |                         | 24                   | 1          |
|                                |                         | 25                   | 1          |
|                                | Psicopatología          | 26                   | 1          |
|                                |                         | 27                   | 1          |
|                                |                         | 28                   | 0.6        |
|                                |                         | 29                   | 1          |
| Intervención                   | Técnicas cognitivas     | 30                   | 1          |
|                                |                         | 31                   | 0.2        |
|                                |                         | 32                   | 1          |
|                                |                         | 33                   | 1          |

|    |                       |    |     |
|----|-----------------------|----|-----|
|    | Regulación emocional  | 34 | 1   |
|    |                       | 35 | 0.5 |
|    |                       | 36 | 1   |
|    |                       | 37 | 0.6 |
|    |                       | 38 | 0.6 |
|    |                       | 39 | 0.6 |
|    |                       | 40 | 0.6 |
|    | Técnicas conductuales | 41 | 0.6 |
|    |                       | 42 | 0.6 |
|    |                       | 43 | 1   |
|    |                       | 44 | 1   |
|    |                       | 45 | 1   |
|    |                       | 46 | 1   |
|    |                       | 47 | 1   |
|    |                       | 48 | 1   |
| 49 | 1                     |    |     |

CVR: Razón de validez de contenido

Derivado de este análisis, se prescindió de los reactivos 2 y 13, ya que no alcanzaban la puntuación para ser considerados como reactivos esenciales para la prueba (véase en tabla 11). Se consideraron las modificaciones propuestas por los expertos en el ítem 14 y 15, ya que, si bien fueron marcados como esenciales, su contenido y redacción necesitaba mayor atención (Tabla. 12) . El 31 se modificó para explorar el mismo indicador, con una pregunta diferente. El resto de los reactivos fueron modificados con base en las sugerencias propuestas por los jueces expertos.

Tabla 6

*Interpretación de la razón de validez de contenido.*

| <b>CVR</b> | <b>Interpretación</b> | <b>Recomendación</b>    | <b>Número de ítems</b> |
|------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|
| 1 - .60    | Aceptables            | Revisar y conservar     | 42                     |
| .59 - 0    | Pobre                 | Revisar exhaustivamente | 5                      |
| 0.0        | Inadecuado            | Eliminar                | 2                      |

Tabla 12

Cambios en los reactivos 14 y 15

| Versión 1   | Versión 2   |
|---|---|
| Cada vez que Pepe se queja de algún malestar, su madre le pide que descansa y le ayuda a hacer sus tareas del hogar. Esta situación puede ser explicada por | Cada vez que Pepe se queja de algún malestar, lo cual comienza a ser frecuente, su madre le pide que descansa y le ayuda a hacer sus tareas del hogar. ¿Qué tipo de condicionamiento explica la indisposición de Pepe para realizar sus tareas? |
| Los estímulos se presentan como modelo, se transforman en representaciones simbólicas sirviendo de guía del comportamiento. Es un principio de:             | ¿Cuál es el principio que menciona que los estímulos se presentan como un modelo, se transforman en representaciones simbólicas y sirven de guía para el comportamiento?  |

Las propuestas de redacción y comentarios por reactivo fueron valorados y tomados en cuenta para la “versión 2” (véase en anexo 4), cuya decisión de modificación respondió en primer lugar, a los puntajes de la validación de contenido antes expuesta y en si los jueces coincidían en ciertos datos de revisión. En total se realizaron 75 cambios categorizados por las causas de dichos cambios, sintaxis, redundancia, errores ortográficos y semántica. (Tabla 12). A continuación, se ejemplifican:

Reactivo 1. No fue considerado confuso. La mitad de los jueces lo valuó “esencial para el constructo” pero la otra mitad no. Su permanencia se decidió con base en que el 90% de los jueces lo consideró necesario para el constructo; posteriormente se retomaron los comentarios y las propuestas de redacción, considerándolo al final adecuado para el indicador.

Reactivo 2. El 50% de los jueces lo encontró no esencial y el 90% de ellos, confuso para el constructo. Tuvo dos comentarios respecto a su poca claridad e intención del reactivo y tuvo una propuesta de cambio en redacción, por lo que se optó por prescindir de este reactivo para la construcción de la versión 2.

Reactivo 3. Evaluado como 100% comprensible. Únicamente se cambió el término “preferencia sexual” por “orientación sexual”, ya que este último término responde a una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros. (APA, 2021)

Reactivo 13. El 90% lo consideró confuso, pero un 75% esencial para el constructo. Incluir las sugerencias de redacción y los comentarios mejoraron el reactivo. Sin embargo, evaluaba lo mismo que el reactivo siguiente, por lo que para la versión 2 este fue eliminado.

Reactivo 14. Considerado comprensible con un 75% de acuerdo y el mismo porcentaje de esencial. Por lo que, a partir de las sugerencias de redacción y contenido propuestas por los jueces, se modificó y se conservó el reactivo.

Reactivo 29. Evaluado por el 100% de los jueces como esencial y por el 90% como comprensible. Se agregaron las modificaciones propuestas por los jueces (incluyendo la asignación de un nombre ficticio a la paciente descrita).

Reactivo 33. Considerado esencial con un 100% de acuerdo, y 90% comprensible. Para la redacción del ítem uno de los jueces sugirió la definición de solución de problemas propuesta por D’Zurilla (1986) y ésta fue considerada para la redacción de la versión 2; sin embargo, al analizar las opciones de respuesta nos percatamos de una clave semántica entre el reactivo y la respuesta correcta por lo que en la versión 3 la opción de respuesta clave fue modificada.

Reactivo 35. 90% considerado esencial y comprensible. Se incluyeron las modificaciones de redacción propuestas.

Reactivo 37. Esencial considerado por el 90% y 100% comprensible. Se modificó el reactivo con la retroalimentación de los jueces.

Tabla 7 Causas y número de cambios realizados

| CAUSA               | NÚMERO DE CAMBIOS (POR REACTIVO) | EJEMPLO DE CAMBIO   |  |
|---------------------|----------------------------------|---|--|
| SINTAXIS            | 42                               | 26. Enfocarse en las amenazas del entorno, interpreta catastróficamente estímulos ambiguos, subestima los recursos de afrontamiento y comportamiento evitativo, entre otros son características de un:  | 26. ¿Cómo se denomina al trastorno en el cual la persona se enfoca en las amenazas del entorno, interpretar catastróficamente estímulos ambiguos y subestimar los recursos de afrontamiento y comportamiento evitativo?  |
| REDUNDANCIA         | 4                                | 13. Desde esta perspectiva, la conducta estaría controlada por factores ambientales, aprendiéndose en función de las consecuencias que siguen a su emisión. a. Condicionamiento clásico <b>b. Condicionamiento operante</b> c. Condicionamiento neoconductista e. Condicionamiento tipo E. 14. Cada vez que Pepe se queja de algún malestar, su madre le pide que descanse y le ayude a hacer sus tareas del hogar. Esta situación puede ser explicada por: a. Condicionamiento clásico <b>b. Condicionamiento operante</b> c. Perspectiva neoconductista d. Condicionamiento tipo E. | 14. Cada vez que Pepe se queja de algún malestar, su madre le pide que descanse y le ayude a hacer sus tareas del hogar. Esta situación puede ser explicada por: a. Condicionamiento clásico b. Condicionamiento operante c. Perspectiva neoconductista d. Condicionamiento tipo E.  |
| ERROR DE ORTOGRAFIA | 1                                | 38. Durante el entrenamiento en relajación muscular progresiva, tu paciente tensa de más un grupo muscular, lo que le provoca dolor. Tú ... a. Ya no continúas con el entrenamiento b. Regresas a tensar y <b>distensar</b> ese grupo muscular c. Dejas que ceda y realizas otro tipo de entrenamiento d. Le mencionas que esa es una consecuencia de tensarlo de más.  | 38. Durante el entrenamiento en relajación muscular progresiva, tu paciente tensa de más un grupo muscular, lo que le provoca dolor. Tú ... a. Ya no continúas con el entrenamiento b. Regresas a tensar y <b>destensar</b> ese grupo muscular c. Dejas que ceda y realizas otro tipo de entrenamiento d. Le mencionas que esa es una consecuencia de tensarlo de más. |
| SEMÁNTICA           | 28                               | 7. Tu paciente no falta a sus sesiones, es el primero que confirma y hace pagos por adelantado; sin embargo, van dos sesiones consecutivas que <b>no realiza sus tareas</b> . En la siguiente sesión tú...  | 7. Tu paciente no falta a sus sesiones, es el primero en confirmar y hace pagos por adelantado; sin embargo, van dos sesiones consecutivas que <b>no realiza las actividades que acordaron</b> . En la siguiente sesión ¿cómo lo abordas?  |

Reactivo 39. Considerado esencial por el 90% y 75% comprensible. Se tomaron en cuenta las propuestas de modificación de los jueces y el reactivo continuó para la siguiente versión.

Reactivo 49. Esencial y comprensible por el 100% de los jueces. Se agregó información para complementar el reactivo y pasó a la siguiente versión.

De manera general, en toda la prueba se modificaron respondiendo a las directrices de elaboración de reactivos, en términos de homogeneidad:

- a) las frases “tú piensas”, “tú harías” por cuestionamientos específicos como: ¿Cuál es tu posición?, ¿Cómo responderías?, etc.
- b) Se unificó el término paciente en lugar de cliente.
- c) También se cambiaron todos los reactivos escritos como frases (por completar) por preguntas; por ejemplo: en lugar de “*Es el tiempo aproximado de la tensión en el entrenamiento...*” por “¿Cuál es el tiempo aproximado de la tensión en el entrenamiento...”?

Además, a consideración de uno de los jueces, se agregaron dos reactivos de *evaluación cognitiva* en la dimensión de conceptualización del caso, ya que no se exploraba para la formulación del caso, consideramos estos reactivos como necesarios ya que dentro de la evaluación se consideran los tres niveles de respuesta (cognitiva, conductual y fisiológica) y en este momento del diseño y elaboración de los reactivos estábamos priorizando la evaluación conductual. Así fue como la versión 2 de la prueba se configuró, y para culminarla se redactaron las instrucciones para su aplicación:

*“Este instrumento tiene como propósito evaluar los cambios en la comprensión y aplicación de conceptos de la Terapia Cognitivo Conductual adquiridos después de un programa de supervisión en psicoterapia.*

*A continuación, te pedimos que leas cuidadosamente cada reactivo y **subrayes** la opción que mejor responde a cada interrogante”.*

En la tabla 14. Se encuentran tres reactivos de la prueba que exponen los cambios realizados hasta el momento, uno por cada dimensión.

Tabla 14 Ejemplo de cambios en los reactivos entre la versión 1 y 2

| Versión  |  |
|--|--|
| 1  | 2  |
| Poco antes de terminar la sesión el paciente comparte su preferencia sexual esperando que lo rechaces, como ha ocurrido en anteriores ocasiones con otras personas. Para lidiar empáticamente con esa experiencia emocional, tú: | Poco antes de terminar la sesión, el paciente comparte su orientación sexual y tiene la expectativa de ser rechazado (como ha ocurrido con otras personas). ¿Cómo responderías para lidiar empáticamente con esa experiencia emocional?  |
| Existe una influencia entre el comportamiento y el medio, mediada por procesos cognitivos del individuo, principio conocido como...  | ¿Cuál es el principio que asegura la influencia mutua entre el comportamiento y el medio, que es moderada por procesos cognitivos del individuo?   |
| Antes de ir a la escuela, un niño de 5 años llora descontroladamente y sin motivo aparente, como consecuencia no lo llevan a la escuela y le dejan con su abuela favorita. Este es un ejemplo de:                                | Antes de ir a la escuela, un niño de 5 años llora descontroladamente y sin motivo aparente, por esa razón deciden no llevarlo a la escuela y dejarlo con su abuela favorita, como última opción. Esta situación se ha repetido hasta cinco veces al mes. Con base en estos datos, ¿qué se ejemplifica con este caso? |

## Resultados aplicación piloto

Se trató de un tipo de muestreo no probabilístico intencional, compuesta por 30 estudiantes del último semestre de la licenciatura de Psicología, de los cuales el 76.6% procedía de una universidad privada.

## Análisis de reactivos

Con base en la clasificación del índice de discriminación (Ebel y Frisbie, 1986), los puntajes fueron categorizados para discriminar la calidad de los reactivos en: inadecuado, pobre, regular, adecuado y excelente.

11 reactivos fueron encontrados como inadecuados, 11 pobres, 8 regulares, 12 adecuados y 6 excelentes (véase en tabla 15). Con base en esta información, aquellos encontrados en el primero y segundo rubro (inadecuado y pobre) fueron eliminados de la prueba por su poco poder de discriminación. Los terceros y cuartos (regular y adecuado) fueron modificados. Los hallados *excelentes* conservaron su estructura para la siguiente versión.

Tabla 8 Interpretación de los puntajes obtenidos en los índices de discriminación

| D            | Interpretación | Recomendación           | Total de reactivos |
|--------------|----------------|-------------------------|--------------------|
| Mayor a 0.39 | Excelente      | Conservar               | 6                  |
| 0.30 - 0.39  | Adecuado       | Mejorar                 | 12                 |
| 0.20 - 0.29  | Regular        | Revisar                 | 8                  |
| 0.00 - 0.20  | Pobre          | Revisar exhaustivamente | 11                 |
| Menor a 0.01 | Inadecuado     | Descartar               | 11                 |

D= Índice de discriminación

La eliminación de un reactivo estuvo sujeta a su poder discriminativo y su índice de dificultad (véase en tabla 16). Se buscaron reactivos con un buen poder discriminativo (que aquellos participantes con puntuaciones altas respondieran correctamente el reactivo o viceversa) y que tuviesen un nivel de dificultad adecuado. Por ejemplo: el reactivo 1 tuvo poco poder discriminativo y resultaba muy fácil para los participantes. En cambio, el reactivo 23 obtuvo un buen puntaje de discriminación y se consideró con un buen índice de dificultad.

Tabla 9 Índice de dificultad y total de ítems clasificados por interpretación

| ID          | Interpretación      | Número de reactivos |
|-------------|---------------------|---------------------|
| 0.81 - 1    | Muy fácil           | 1                   |
| 0.66 - 0.80 | Relativamente fácil | 3                   |

|             |                       |    |
|-------------|-----------------------|----|
| 0.51 - 0.65 | Dificultad adecuada   | 3  |
| 0.31 - 0.50 | Relativamente difícil | 12 |
| 0.11 - 0.30 | Difícil               | 18 |
| 0.00 - 0.10 | Muy difícil           | 13 |

*Adaptada de Cortada, 1999.*

Por lo tanto, con base en los puntajes obtenidos en ambos índices se prescindió de 22 reactivos (sombreados en la tabla 17): 6 en relación terapéutica, 11 en conceptualización del caso (destacados en la tabla 17) y 7 en intervención (destacados en la tabla 17). Por lo tanto, la versión 3 se conformó de los ítems que se conservaron: 26. Esto es, 3 de relación terapéutica, 11 en conceptualización del caso y 12 en intervención.

*Tabla 17 Alfa, índice de dificultad e índice de discriminación de la dimensión de relación terapéutica.*

| DIMENSIÓN                 | ALFA | REACTIVO | ID. DIFICULTAD | ID. DISCRIMINACIÓN |
|---------------------------|------|----------|----------------|--------------------|
| RELACIÓN TERAPÉUTICA      | .403 | 1        | 0.37           | -0.25              |
|                           |      | 2        | 0.17           | 0.06               |
|                           |      | 3        | 0.9            | 0.12               |
|                           |      | 4        | 0.5            | 0.44               |
|                           |      | 5        | 0.73           | 0.27               |
|                           |      | 6        | 0.93           | -0.03              |
|                           |      | 7        | 0.56           | 0.07               |
|                           |      | 8        | 0.66           | 0.16               |
|                           |      | 9        | 0.76           | 0.46               |
| CONCEPTUALIZACIÓN DE CASO | .538 | 10       | 0.53           | -0.06              |
|                           |      | 11       | 0.16           | 0.18               |
|                           |      | 12       | 0.56           | 0.12               |
|                           |      | 13       | 0.46           | 0.38               |
|                           |      | 14       | 0.16           | 0                  |
|                           |      | 15       | 0.46           | 0.35               |
|                           |      | 16       | 0.26           | 0.31               |
|                           |      | 17       | 0.4            | 0.38               |
|                           |      | 18       | 0.26           | 0.15               |
|                           |      | 19       | 0.16           | 0.06               |
|                           |      | 20       | 0.33           | 0.19               |
|                           |      | 21       | 0.43           | 0.03               |
|                           |      | 22       | 0.33           | -0.11              |
|                           |      | 23       | 0.16           | 0.44               |

|                     |      |    |      |       |
|---------------------|------|----|------|-------|
|                     |      | 24 | 0.26 | 0.34  |
|                     |      | 25 | 0    | 0     |
|                     |      | 26 | 0.26 | 0.155 |
|                     |      | 27 | 0.4  | 0.29  |
|                     |      | 28 | 0.23 | 0.34  |
|                     |      | 29 | 0.7  | 0.28  |
|                     |      | 30 | 0.3  | 0.38  |
| <b>INTERVENCIÓN</b> | .605 | 31 | 0.16 | 0.38  |
|                     |      | 32 | 0.6  | 0.27  |
|                     |      | 33 | 0.4  | 0.46  |
|                     |      | 34 | 0.33 | 0.56  |
|                     |      | 35 | 0.33 | 0.22  |
|                     |      | 36 | 0.2  | 0.07  |
|                     |      | 37 | 0.16 | -0.02 |
|                     |      | 38 | 0.16 | 0.46  |
|                     |      | 39 | 0.13 | 0.31  |
|                     |      | 40 | 0.13 | 0     |
|                     |      | 41 | 0.26 | 0.20  |
|                     |      | 42 | 0.43 | 0.33  |
|                     |      | 43 | 0.2  | 0.34  |
|                     |      | 44 | 0.46 | 0.33  |
|                     |      | 45 | 0.43 | -0.21 |
|                     |      | 46 | 0.46 | -0.13 |
|                     |      | 47 | 0.16 | 0.14  |
|                     |      | 48 | 0.6  | 0.29  |
|                     |      | 49 | 0.3  | 0.29  |
|                     |      | 50 | 0.46 | -0.03 |

### Consistencia interna

La consistencia interna se obtuvo por cada dimensión (Tabla 15, 16 y 17), obteniendo coeficientes aceptables: 0.403 para relación terapéutica; .538 para conceptualización del caso y .605 para intervención. Si bien el coeficiente de confiabilidad se considera adecuado a partir de 0.80, la literatura reporta (Thorndike 1986 en Cervantes, 2005) que para una prueba de rendimiento se consideran coeficientes aceptables entre el 0.61 y 0.80.

## DISCUSIÓN

El objetivo del trabajo consistió en diseñar y explorar las propiedades psicométricas de una prueba de comprensión y aplicación de conceptos de la TCC en psicoterapeutas en formación bajo supervisión. A continuación, se abordará la discusión en términos de las actividades realizadas para llegar al objetivo antes descrito.

### Actividad I

La primera fase del diseño de la prueba implicó la decisión del constructo, la selección del tipo de prueba, las características de su aplicación, de los reactivos, la distribución de las dimensiones y su conceptualización. Cabe aclarar que esta prueba se diseñó para evaluar la supervisión en TCC en paralelo con la creación de su programa de supervisión (PAPIME: PE314319). Por lo que la prueba fue pensada en respuesta a la necesidad de la evaluación del impacto de este tipo de entrenamiento en la competencia teórica de los psicoterapeutas en formación bajo supervisión.

La premisa de que una prueba de rendimiento, aunada a una prueba de habilidades observables tienen mayor probabilidad de evaluar de forma global del futuro psicoterapeuta, tanto antes, como después de un programa de supervisión coincide con la noción de que sin una base sólida en lo teórico y metodológico no se puede entrenar ni formar psicólogos competentes (Mouret y Ribes, 1977; Reidl, 2008; Silva y Morales, 2008).

Consideramos que basar el objetivo de la prueba en el conocimiento teórico como constructo, por ser considerado agente previo a la adquisición de habilidades (Falender, 2004), dirige sus resultados a la identificación de áreas de oportunidad, a la planificación del entrenamiento basado en lo que el supervisado sabe/domina

teóricamente y a partir de ello a tener un pronóstico de la ejecución del supervisado en entrenamiento.

En función de lo anterior, consideramos que esta herramienta de medida permitiría conocer lo que el futuro psicoterapeuta sabe en términos de cada dimensión definida sobre la TCC. Encontramos que la prueba de rendimiento sería ideal para el objetivo planteado, ya que la literatura reporta que su característica principal es medir lo que una persona sabe o puede hacer en un momento dado a partir de los conocimientos y capacidades desarrolladas en un campo (Barraza, 2019).

Una vez decidido el objetivo a seguir, en primer momento se consideró diseñar una prueba de ensayo con la finalidad de conocer los alcances del conocimiento en los supervisado a partir del desarrollo escrito del tema (característica principal de la prueba de ensayo). Sin embargo, dado que se buscaba obtener datos específicos de la ejecución del evaluado en términos del alcance de conocimiento en TCC, se evaluaron los costos-beneficios que una prueba de esa índole traería (considerándola parte de una batería y programada para ser contestada por muchos supervisados). Esto es, se concluyó que el tiempo de diseño de rúbricas y la calificación no otorgaría la exactitud (cuantitativa) que se buscaba, y probablemente sería difícil generalizar los resultados que se obtuviesen. Aunado a que implicaría un costo en el tiempo de la aplicación adicional para el evaluado y un costo mayor en la calificación realizada por el supervisor.

Una vez que fueron definidas las dimensiones de la prueba, los contenidos de cada una de ellas fueron necesarios (denominamos contenidos a aquellos componentes en los que se divide cada dimensión, como subcategorías). *Relación terapéutica* se dividió en: a) empatía, b) actitud del terapeuta, c) límites de la relación y d) apertura personal (Corbella, y Botella, 2003; Elliott et al., 2011; Wilmots et al., 2019) *Conceptualización del caso* en: a) teorías de aprendizaje y b) la comprensión de los trastornos desde el enfoque de la terapia cognitivo-

conductual (Caballo, 1998; Kazdín, 2000; Nezu y Nezu, 2006). *Intervención* en el conocimiento de algunas técnicas como a) técnicas de relajación, b) inoculación de estrés, c) solución de problemas y d) técnicas de reestructuración cognitiva (Caballo, 2007; Clark y Beck, 2010; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012)

Además de que las pruebas de rendimiento se han utilizado para evaluar conocimientos con objetivos similares dentro de la misma y otras disciplinas principalmente para la selección de alumnos de ingreso a niveles medio superior y superior (EXHCOBA, 1997). Dada la relevancia de las decisiones tomadas bajo los resultados de las pruebas de rendimiento, es que se prioriza la obtención de evidencia de propiedades psicométricas (González, Álvarez y Nashiki, 2015; Backhoff, Backhoff y Rosas, 2000; Felipe Tirado, Backhoff, Larrazolo, y Rosas, 1997), tal como lo consideramos para la presente herramienta. Si la elección del tipo de prueba hubiese sido diferente, por ejemplo, una prueba de redacción el costo temporal de su aplicación (con las mismas dimensiones) podría haber sido considerablemente mayor además la generalización de los resultados probablemente se verían dificultados.

La siguiente actividad implicó la determinación de las temáticas a evaluar en la prueba (relación terapéutica, conceptualización del caso e intervención), lo que nosotros llamamos dimensiones. Esta parte del proceso se basó en: 1) el contenido general de programas de formación psicoterapéutica en TCC relación terapéutica considerada el eje primario e indicador de resultados exitosos (Webb, Auerbach y DeRubeis, 2012) así como la concepción de los psicólogos en torno al conocimiento de evaluación, planeación e intervención (Piña, 2010), y 2) las características y objetivos de la supervisión en TCC, donde se prioriza la adquisición de habilidades de evaluación, conceptualización e intervención clínica (Johnston, 2006). Esta parte del diseño implicó una tarea importante pues si bien fueron los ejes primarios de la prueba, también debíamos

englobar de manera adecuada lo que nosotros habíamos conceptualizado en el objetivo, es decir evaluar aquello que se concibe como “conocimientos teóricos de la TCC”.

Por cada dimensión, se definieron las características a través de las cuales se evaluarían (contenidos), que se modificaron a la par de la construcción y validación. Para la primera dimensión (relación terapéutica) se consideraron los contenidos de empatía, actitud del terapeuta, límites de la relación y apertura del terapeuta (Corbella, y Botella, 2003; Nocross, y Wampold, 2011). Sin embargo, fueron eliminados los últimos dos pues, a través del proceso de diseño del banco de reactivos, nos dimos cuenta de la dificultad de operacionalizar esas conductas y de reflejarlas en opciones de respuestas totalmente correctas o incorrectas.

Este tipo de redacción resultó una tarea compleja para ser una prueba de rendimiento, dado que las opciones de respuesta requieren de tener un contenido homogéneo en estructura gramatical, así como que las opciones distractoras tenían que mostrarse totalmente incorrectas (Moreno, Martínez y Muñiz, 2004). La acción y/o pensamiento que pretendimos plasmar en las opciones consideradas incorrectas podrían tener un grado de veracidad y esto complicaba la condición incorrecta de la opción de respuesta, situaciones que podrían no presentarse en un formato de prueba diferente como en pruebas de redacción (preguntas abiertas).

La especificación del contenido para la dimensión conceptualización del caso constituyó un paso importante en el diseño de la prueba, pues dependió en gran medida de la redacción de los reactivos y el número de estos más que de la planeación previa. La decisión final se tomó asumiendo que abordar los trastornos relevantes resultaría una tarea compleja, no solo en términos del diseño sino también del conocimiento del evaluado, por lo que sus resultados probablemente se verían afectados. Por lo que se limitó a evaluar el

conocimiento teórico de los trastornos mentales más atendidos desde la TCC: de ansiedad y del estado de ánimo. Esto se fundamenta, primero, porque la prevalencia mundial estimada 28% los trastornos de ansiedad y 17% los trastornos del estado de ánimo (Sullivan, Daly y O'Donovan, 2012). Y segundo, porque el programa de supervisión desarrollado está dirigido a tratar población con enfermedades crónicas, quienes presentan elevados niveles de sintomatología ansiosa y depresiva (NIMH, 2018).

El contenido de intervención durante el diseño se desarrolló a partir de técnicas utilizadas en la intervención TCC como solución de problemas, relación muscular, inoculación del estrés, entre otras. Sin embargo, además de ser muy específico, carecía de orden para evaluar el objetivo de aplicación. Por ello se decidió clasificarlo a través de las técnicas cognitivas, conductuales y de regulación emocional (Díaz, Villalobos y Ruiz, 2012), ya que la planeación del proceso terapéutico se da desde la evaluación de los tres niveles de respuesta del individuo (cognitivo, conductual y fisiológico), respondiendo a modelos sobre la respuesta emocional como una experiencia multidimensional. (Lang, 1968; Chóliz, 2005; Oatley, 1992)

## **Actividad II**

La exploración de las propiedades psicométricas tuvo como propósito obtener la validez de contenido, el análisis de reactivos y la consistencia interna. La validación de contenido mostró que era necesario prescindir de un reactivo (2) de la dimensión relación terapéutica en el contenido de empatía, ya que los jueces expertos consideraron dicho reactivo como no esencial para el objetivo de la prueba. Esto podría entenderse por la situación de la redacción de las opciones de respuesta antes abordada, es decir, era difícil de discriminar entre la opción correcta de las incorrectas. Dado que consideramos que la respuesta al reactivo implicaba buscar una conducta o el pensamiento

de un psicoterapeuta en ese contexto por ejemplo: a) merece reprobar para ser responsable, b) a pesar de que ha sido irresponsable, es normal que se preocupe, c) es un tema para tratar en la terapia o d) requeriría de reprobar para que conozca las consecuencias; en este ejemplo las opciones de respuestas a y b podrían ser válidas, la c también aunque responde poco a la información que el usuario brinda y la opción d de primera vista parece la incorrecta. La redacción de las opciones correctas o incorrectas dificultaba la posibilidad de tener una única opción de respuesta correcta. Esto es consistente con la literatura de auto-evaluación de la empatía del psicoterapeuta, en la que se ha encontrado que estas escalas no son predictivas de los resultados de la psicoterapia (Bohart et al., 2002)

Con base en los puntajes obtenidos en la validez de contenido, se realizó un análisis de comprensibilidad de los reactivos que continuaron en la prueba. Los cambios que se hicieron (75) estuvieron dirigidos al contenido gramatical. Esto se entiende, según las directrices de la elaboración de reactivos, porque la sintaxis en el contenido del reactivo, como en las opciones de respuesta, es necesaria para su entendimiento y claridad (Moreno, Martínez y Muñiz, 2004). Los cambios en este aspecto respondieron también a la homogeneidad de la prueba, es decir, que los reactivos tuviesen una interrogante a responder en lugar de completar la frase (como se presentó en la primera versión), tener reactivos claros para que fuesen comprensibles para todo quien lo leyera, disminuyendo los tecnicismos. Consideramos que con estos cambios aseguramos el sentido claro del enunciado y son precursores para hacer un reactivo comprensible. A partir del jueceo realizado, los resultados obtenidos fueron determinantes para el diseño de la prueba, el considerar profesionales expertos en la materia apoya a la dirección, correcciones y calidad del instrumento.

A partir del estudio piloto realizado en estudiantes del último grado de una licenciatura en Psicología, se obtuvieron los puntajes de

dificultad y discriminación de cada reactivo. Con base en estos indicadores, se eliminó 66.6% de los reactivos de la dimensión relación terapéutica. Esto se puede entender primero por las características de los participantes; esto es, los participantes del estudio piloto tenía poca experiencia práctica lo que pudo influir en los puntajes obtenidos en ambos índices; por ejemplo, el índice de discriminación verifica que tanto el reactivo diferencia mejor a las personas con altos o bajos puntajes, y la experiencia práctica o el conocimiento teórico del mismo apoyan su grado de discriminación.

Además, ya que la relación terapéutica se entrena a partir de la práctica, por ser reactivos de aplicación más que teóricos podrían indicar un área de oportunidad para ampliar los participantes a la que se aplicó haciéndola heterogénea. También, es posible que el resultado se deba a que la temática deba ser evaluada con un formato de prueba diferente, como prueba de ensayo o de observación directa, hablando exclusivamente de la evaluación de la relación terapéutica ya que, como lo abordamos en la primera sección de la discusión, la redacción tanto de los reactivos como de las opciones de respuesta son tareas complejas dado el universo de posibilidades que tiene el terapeuta para responder.

Durante la misma fase, se eliminó el 44% de los reactivos de la prueba. Esto podría requerirse a las características de los participantes del estudio piloto, ya que su formación profesional responde a un perfil de egreso orientado a la psicología humanista (LICEO, 2018). Es decir, inferimos que los niveles de dificultad fueron elevados dadas las condiciones de tener un acceso previo en conocimiento en TCC, pues la prueba estaba dirigida a un psicoterapeuta en formación que hubiera tenido una formación y conocimiento durante la universidad bajo la aproximación terapéutica en TCC.

Aunado a esto, la elaboración de los reactivos pudo también influir en su eliminación, ya que la redacción del contenido o el contenido mismo pretendía tener un nivel de dificultad como

diferenciador de capacidad. Esto es, se pretende que la prueba tenga la capacidad de evaluar si el supervisado ha adquirido los conocimientos teóricos durante la supervisión indispensables para demostrar las competencias adecuadas de una terapeuta capaz de implementar una intervención en TCC a cualquier persona que deba ser atendida, lo que requiere de un cierto nivel de conocimiento mismo que la prueba pretende captar. Por lo que los resultados de la prueba podrían dar cuenta (en cuanto a esta muestra piloto) que su formación universitaria dista de la formación teórica en TCC. Por lo que la recomendación (abordada en conclusiones) sería perfilar los participantes a las características de la prueba, es decir, buscar población cuya formación incluya la TCC como aproximación terapéutica.

El 88% de las puntuaciones de los reactivos estuvieron clasificados como difíciles. Consideramos que, por un lado, esto se requiere a la sensibilidad del instrumento para evaluar los conocimientos teóricos de los participantes; pues uno de los objetivos de la prueba fue evaluar el conocimiento teórico que poseían y qué tan competentes eran para aplicarlo en casos clínicos hipotéticos, por lo que puntajes altos en dificultad podrían estar corroborando que llevar a cabo este análisis cognitivo es altamente demandante. El nivel de dificultad se podría retomar como un criterio de egreso del programa de supervisión. Y a su vez, los resultados mostrarían los conocimientos obtenidos a través de la formación académica de los participantes en términos de la exploración de esta aproximación terapéutica. En tanto la confiabilidad, como los otros indicadores, muestran como área de oportunidad la dimensión de *relación terapéutica* con un .403; son las dos dimensiones restantes que puntúan relativamente más alto, cuestiones que probablemente se deban a tanto las características de nuestra muestra como a las características del diseño de la prueba.

En el análisis de las limitaciones de este estudio, se observa durante la conceptualización de la prueba que la elección de la temática

sobre relación terapéutica como dimensión pudo no ser la adecuada, ya que con la evolución del estudio nos percatamos que puede ser un componente más complejo que al ser evaluado desde el conocimiento teórico podría no responder a solicitud del grado de experiencia que se buscó en esta prueba. Esto no interfiere con el momento de aplicación (pre o post) sino más bien con la obtención de las propiedades psicométricas. Esto se notó desde la continua modificación de los reactivos (en la fase del diseño y validación de contenido) hasta en los niveles de dispersión recabados en el análisis de discriminación, por lo cual se sugiere abordar la evaluación de la relación terapéutica desde otro tipo de medida como una prueba de ensayo o redacción donde se le plantee un caso o una pregunta y el evaluado deba responder abiertamente sobre qué es lo que piensa o haría en dicha situación, desde lo que sabe y ejerce como relación terapéutica; o a través de una herramienta como lista de cotejo donde se verifiquen acciones concretas a través de la observación directa del evaluado, el desafío se encontraría en su evaluación pues tendrían que realizarse rubricas para o describir acciones muy precisas para conocer las conductas adecuadas.

Este estudio presenta distintas áreas de oportunidad, una de ellas es el tamaño de los participantes piloto, lo que limita el alcance de la exploración de las propiedades psicométricas. En este punto es necesario recalcar que se tuvieron importantes dificultades para realizar el reclutamiento. Uno de ellos fue sobre las características de los participantes: lo idóneo era encontrar alumnos de algún programa de formación (diplomado, especialización, posgrado especializado en TCC).

Sin embargo la dificultad para acceder a esa población llevó a proponer que los participantes blanco fuera de alumnos universitarios, por lo que se lanzó la convocatoria a alumnos del último grado de la licenciatura en psicología prioritariamente de la UNAM ya que dentro de su plan de estudios se consideran materias donde se integra la TCC como una de las aproximaciones terapéuticas; dado un periodo de paro

de actividades<sup>3</sup> la institución limitó el acceso a esa población. Por todo ello, se decidió lanzar la convocatoria abierta (a otras universidades). Un grupo de una universidad privada (LICEO) se interesó por responder la prueba.

Sin duda, como se mencionó las características de esta muestra pudieron influir en el análisis de los reactivos y los valores psicométricos obtenidos. En estudios futuros, se requiere retomar la aplicación desde la versión II con los participantes mayor y más heterogénea al perfil de población de evaluación post de un programa de supervisión (alumnos recién egresados de programas de formación dirigidos a la TCC). El estudio con los participantes más grande para la validación podría incluir un pre-post de un programa de supervisión y así obtener otra propiedad psicométrica que sumaría a las que en ese estudio se tuvieron.

Otra limitación fue que todos los participantes de los participantes provenían de la misma institución universitaria, lo que puede influir en el análisis y en la distribución de las respuestas por la poca variabilidad en las características de formación, y por lo tanto de respuesta. Por lo que se recomienda que los participantes provenga de distintas universidades o programas de formación, pues esta aplicación fue respondida por una población con características específicas, lo que acorta la posibilidad de que los resultados sean generalizables para otros fines u otras poblaciones.

La redacción de los reactivos, así como el estilo complejo de los casos clínicos fue una limitación en cuanto a las características de la población a la que va dirigida. Esto es, si buscamos evaluar la aplicación de los conocimientos teóricos de la TCC, sería útil en muestras que

---

<sup>3</sup> Paro de actividades por tiempo indefinido (febrero de 2020) en respuesta al reconocimiento de demandas ante la violencia de género.

tengan experiencia en aplicación de la teoría como prácticas profesionales.

Una observación importante es que los costos temporales del diseño y obtención de las propiedades psicométricas necesarios, para ser considerada como una herramienta adecuada, son altos en comparación con una validación y/o adaptación.

Debido a que, con las herramientas diseñadas hasta el momento (Young & Beck, 1980; Luborsky et. al, 1996; Carroll et. al., 2000; Gonsalvez, 2002; Tsong y Goodyear 2014) no se ha evaluado de manera global el impacto que tiene la supervisión en las competencias profesionales del psicoterapeuta, ya que dichas medidas se han centrado en la evaluación de habilidades observables, y han dejado de lado uno de los componentes básicos para su adquisición: el conocimiento teórico (Falender, 2004). Consideramos que, diseñar un instrumento de esta índole, permitirá complementar la evaluación del impacto de un programa de supervisión al explorar el rendimiento teórico, aunado a la evaluación tradicional (actitudes, habilidades observables y relación terapéutica).

## CONCLUSIONES

Este estudio comprueba que el diseño de la prueba es una fase fundamental para la construcción de una herramienta de medida y que es un proceso complejo que depende de las directrices metodológicas psicométricas para construirla, claridad sobre la población a la que estará dirigida y sobre los fines que se pretendan.

El proceso de validación de contenido dio cuenta de que la evaluación de jueces fue una estrategia viable y valiosa para obtenerla, que permitió elegir los mejores reactivos, y eliminar aquellos que no contribuían al objetivo de la prueba sino también, retroalimentar el

contenido y redacción para que el reactivo fuese comprensible y nos aproximáramos a alcanzar el objetivo de lo que se pretendía evaluar.

El análisis de los reactivos mostró que aplicar un conocimiento teórico en un caso clínico requiere de un proceso cognitivo complejo, necesario de ser entrenado y que, según los resultados sus propiedades psicométricas, puede verse altamente influido por las características de los participantes, particularmente por sus antecedentes de formación universitaria. De esos resultados y de los cambios realizados desde la primera validación, podemos concluir que es un instrumento adecuado, pero perfectible.

El presente estudio contribuye en proporcionar la primera versión de una prueba de rendimiento que conjuga el diseño de una herramienta escrita educativa ex profeso con la evaluación de un conocimiento clínico-aplicado de la TCC dirigida a alumnos que están terminando la carrera de psicología o egresados con un grado de conocimiento previo sobre esta aproximación terapéutica, principalmente para evaluar adecuadamente los conocimientos adquiridos después de un programa de supervisión en TCC; que también para aquellos que quieren conocer cuánto de lo que saben de TCC pueden aplicar; así como conocer las áreas de oportunidad para planear un entrenamiento personalizado.

Este estudio dio cuenta de que construir un instrumento tiene la ventaja inestimable de crear una herramienta a partir de necesidades específicas para la población a la que va dirigida y en el caso del proyecto y el objetivo que se planeó desde el inicio, esta meta se cumplió.

El punto común en las propuestas de los programas de supervisión en México es la carencia de evidencia empírica que respalde su impacto en las competencias del supervisado, así que, el contar con herramientas que lo evalúen permitirá deducir su efectividad a la hora de elegir el medio idóneo de preparación práctica del futuro terapeuta.

## REFERENCIAS

- Alfonsson, S., Parling, T., Spannargard, A., Andersson, G., & Lundgren. (2018). The effects of clinical supervision on supervisees and patients in cognitive behavioral therapy: a systematic review. *Cognitive Behavior Therapy*, 47(3), 206-228
- Allan, R., Mcluckie, A., & Takahashi Hoffecker, L. (2017). Effects of clinical supervision of mental health professionals on supervisee knowledge, skills, attitudes and behaviour, and client outcomes: protocol for a systematic review. *Campbell Collaborative*.
- American Psychological Association. (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*. Recuperado el 9 de octubre de 2018 de: <http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>
- American Psychology Association [APA]. (2021, 10 enero) Orientación sexual e identidad de género.
- Andrade-González N. y Fernández-Liria, A. (2015) Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI). Psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAI-T). *Annals of Psychology*. 31 (2) 524-533.
- Armstrong, P. y Freeston, M. (2003) Conceptualising and formulating cognitive therapy supervision. En Bruch, M. y Bond, F. *Beyond Diagnosis. Case Formulation Approaches in CBT*. (349-371) Wiley
- Baguena, M. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*. 13(3) 479-492.

- Bambling, M., King, R., Schweitzer, R., & Lambert, W. (2006) Clinical supervision: Its influence on client-rated working Alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research*, 16, 317-331.
- Barnfield, T., & Beaumont, G. (2007) Assessing the development of competence during postgraduate cognitive-behavioral therapy training. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21(2) 140-147
- Barrio, V. (2009) Raíces y evolución de DSM. *Revista de historia de la psicología*. 30(2) 81-90
- Beck, A. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beitman, B. y Yue, D. (1999) *Learning psychotherapy: a time-efficient, research-based, and outcome-measured training program*. New York
- Bellosta-Batalla, M., Blanco-Gandía, M., Rodríguez-Arías, M., Cebolla, A., Pérez-Blasco, J y Moya-Albiol, L. (2020) Increased salivary oxytocin and empathy in study of clinical and health psychology after a mindfulness and compassion-based intervention. Springer Nature.
- Blackburn, I., James, I., Milne, D., Baker, C., Standart, S., Garland, A. & Reichelt, K. (2001) The revised cognitive therapy scale (CTS-R): Psychometric properties. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 29(04) 431-446.
- Blackburn, I., James, I., Milne, D., Baker, C., Standart, S., Garland, A., & Reichelt, F. (2001). The Revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R): psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 431-446

- Bown, R., Parker, K., McLeod, B. y Southam-Gerow, M. (2014) Building a positive therapeutic relationship with the child or adolescent and parent. *Evidence-Based CBT for anxiety and depression in children and adolescents*. 63-78.
- Caballo, V. (1998) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo veintiuno de España editores.
- Caroll, K., Nich, C., Sifry, R., Nuro, K., Frankforter, T., Ball, S., Fenton, L. & Rounsaville, B. (2000) A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research. *Drug and alcohol dependence* 57(3) 225-238.
- Coaley, K. (2010) *An introduction to psychological assessment and psychometrics*. SAGE.
- Cohen R. y Swerdlik, M. (2009) *Psychological Testing and Assessment: An introduction to test and measurement* (7th ed) New York: McGraw Hill.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003) La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*. 19(2) 205-221.
- Delgadillo-Rosas, L. (2017) Un dispositivo de supervisión psicoterapéutica en la asistencia social. Maestría en Psicoterapia, Jalisco: ITESO.
- Díaz, M., Ruiz, A. y Villalobos, A. (2012) El proceso en Terapia de conducta: evaluación conductual. En Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual* (99-146) Desclée De Brouwer.
- Díaz, M., Ruiz, A. y Villalobos, A. (2012) LA desensibilización sistemática y técnicas de relajación. En Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual* (237-274) Desclée De Brouwer.

- Díaz, M., Ruiz, A., Villalobos, A. y González, M. (2012) Terapia cognitiva. En Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual* (364-404) Desclée De Brouwer.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*. 48(1), 43-9.
- Ellis, M. y Ladany, N. (1997) Inferences concerning supervisees and clients in clinical supervision. An integrative review. En Watkins, C. *Handbook of psychotherapy supervision*. (447-507) Wiley.
- Ellis, M., D'luso, N. y Ladany, N. (2008) State of the art in the assessment, measurement and evaluation of clinical supervision. En Hess, A., Hess, K. y Hess, T. *Psychotherapy supervision: Theory, research and practice*. 473-499.
- Falender, C. (2018) Clinical supervision-The Missing Ingredient. *American Psychological Association*. 73(9), 1240-1250.
- Falender, C. y Shafranske, E. (2004) *Clinical supervision: A competency-based Approach*. APA.
- Falender, C., Erickson, J., Goodyear, R., Hatcher R., Kaslow, N., Leventhal, G., Shafranske, E., Sigmon, S., Stoltenber, C., & Grus, C. (2004) Defining competencies in psychology supervision: A consensus statement. *Journal of clinical psychology*. 60(7), 771-785.
- Falender, C., Erickson, J., Goodyear, R., Hatcher R., Kaslow, N., Leventhal, G., Shafranske, E., Sigmon, S., Stoltenber, C., & Grus, C. (2004) Defining competencies in psychology supervision: A consensus statement. *Journal of clinical psychology*. 60(7), 771-785.

- Frosch, C., Varwani, Z., Mitchell, J., Caraccioli, C., & Willoughby, M. (2018). Impact of reflective supervision on early childhood interventionists' perceptions of self-efficacy, job satisfaction and job stress. *Infant Mental Health Journal*, 39(4), 385-395.
- Gavino, A. (1997) *Técnicas de terapia de conducta*. Martínez Roca.
- Gonsalvez, C., & Crowe, T. (2018) Evaluation of psychology practitioner competence. *The American Journal of Psychotherapy*. 68(2), 141-272.
- Gonsalvez, C., Hamid, G., Savage, N. & Livni, D. (2016) The supervision evaluation and supervisory competence scale: Psychometric validation. *Australian Psychological Society*. 52. 94-103
- Gonsalvez, C., Hamid, G., Savage, N., & Livni, D. (2017) The supervision evaluation and supervisory competence scale: Psychometric Validation. *Australian Psychological Society*. 52, 94-103.
- Gonsalvez, C., Hamid, G., Savage, N., & Livni, D. (2017) The supervision evaluation and supervisory competence scale: Psychometric validation: *Supervision evaluation scale*. *Australian Psychologist*, 52(2): 94-103
- González, V., & González, R. (2008) Competencias genéricas y formación profesional: un análisis desde la docencia universitaria. *Revista Iberoamericana de Educación*. 47, 185-209.
- Granda, A. & Saez, R. (2000) *Manual de relajación*. Organización Panamericana de la Salud.
- Green, J. (1963) *Las pruebas ideadas por el maestro*. Kapelusz.
- Gysin-Maillart, A., Soravia, L., Gemperli, A. y Michel (2016) Suicide ideation is related to therapeutic alliance in a brief

therapy for attempted suicide. *Journal of the international academy for suicide research*. 21 (1) 113-126

Haddock, G., Devane, S., Bradshaw, T., McGovern, J., Tarrier, N., Kiderman, P., Baguley, I., Lancashire, S. y Harris, N. (2001) An investigation into the psychometric properties of the cognitive therapy scale for psychosis (CTS-Psy). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29.

Hersen, M. y Gross, A. (2008) *Handbook of clinical psychology*. John Wiley & Sons, Inc.

Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. y Fang, A. (2012) The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of metaanalyses. *Cognitive therapy and research*. 36(5) 427-440.

Holloway, E. L. (1995). *Clinical supervision: A systems approach*. Thousand Oaks, CA.

Holloway, E. L. (1997). Structures for the analysis and teaching of supervision. En C. E. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision*. (pp. 249-276). New York, US: John Wiley & Sons, Inc.

Holloway, E. L., & Neufeldt, S.A. (1995). Supervision: Its contributions to treatment efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 207-213.

Horvath, A. & Bedi, R. (2002) The alliance. En. Norcross, J. *Psychotherapy relationships that work* (37-70) Oxford University Press.

Johnston, K. (2006). *Defining the Nature and Outcomes of Australian Professional Supervision: Applying Holloway's Systems Approach*. Tesis de Doctorado. Queensland University of Technology.

- Jones, S., Hasset, A. y Sclare, I. (2017) Experiences of engaging with mental health services in 16- to 18-year-olds: an interpretative phenomenological analysis. *SAGE*. 7 (3) 1-14.
- Kaslow, N. (2004) Competencies in professional psychology. *American Psychologist*, 59(8): 774-781.
- Kleine, C. (1994) *Principios comunes en psicoterapia*. Brouwer.
- Luborsky, L., Barber, J., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L., Frank, A. & Daley, D. (1996) The revised helping alliance questionnaire (HAq-II) Psychometric Properties. *The journal of psychotherapy practice and research*. 5(3) 260-271.
- Meneses, J. (2013) *Psicometría*. Editorial UOC.
- Milne, D. y Reiser, R. (2011) Observing competence in CBT supervision: A systematic review of the available instruments. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 4(3) 89-100.
- Milne, D., & Dunkerley, C. (2010) Towards evidence-based clinical supervision: The development and evaluation of four CBT guidelines. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 3. 43-57.
- Mora-Miranda, M. (2014) La supervisión clínica en Medicina Conductual. En Reynoso, L y Becerra, A. (coord.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. (pp. 27-48). Ciudad de México: Qartuppi.
- Nocross, J. y Wampold, B. (2011) Evidence based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48 (1) 98-102.
- Ollendick, T. y King, N. (2012) Evidence-based treatments for children and adolescents: Issues and controversies. En Kendall, P. *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. 499-519 Guilford Publications.

- Prasko, J., Vyskocilova, J., Slepecky, M. y Novotny, M. (2012) Principles of supervision in cognitive behavioural therapy. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky*, 156(1), 70-79
- Pratt, K. y Lamson, A. (2012) Supervision in behavioral health: implications for students, interns, and new professionals. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 39(3) 285-94
- Rakovshik, S. & McManus, F. (2010) Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: A review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clinical Psychology Review*. 30. 496-516.
- Rakovshik, S. G., McManus, F., Vazquez-Montes, M., Muse, K., & Ougrin, D. (2016). Is supervision necessary? Examining the effects of internet-based CBT training with and without supervision. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 191-199.
- Rakovshik, S. y McManus, F. (2010) Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: A review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clinical Psychology review*. 30(5) 496-516.
- Riggio, R. (1992) The social skills inventory (SSI): Measuring nonverbal and social skills. 25-33
- Ring, M. y Gysin-Maillart, A. (2020) Patients' satisfaction with the therapeutic relationship and therapeutic outcome is related to suicidal ideation in the attempted suicide short intervention program (ASSIP) Hogrefe Publishing. 1-7.
- Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012) Historia de la terapia cognitivo conductual. En Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A.

- Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual. (29-81) Desclée De Brouwer.
- Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) Técnicas operantes. En Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual (153- 187) Desclée De Brouwer.
- Safran, J., Vallis, T., Segal, Z. y Shaw, C. (1986) Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive therapy and research*, 10(5), 509-526.
- Shea, S., Goldberg, S. y Weatherston, D. (2016) A community mental health professional development model for the expansion of reflexive practice and supervision: evaluation of a pilot training series for infant mental health professionals: expansion of reflexive practice and supervision. *Infant mental health journal*, 37(6)
- Silverman, W., Pina, A. & Viswesvaran, C. (2008) Evidence-Based Psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of clinical child & adolescent psychology*. 37(1), 105-130.
- Silverman, W., Pina, A. y Viswevaran, C. (2008) Evidence-based psychological treatment for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 37(1) 105-130.
- Singer, T. y Lamm, C. (2009) The social neuroscience of empathy. *New York Academy of Sciences*. 81-91
- Sultanoff, B. y Zalaquett, C. (2000) Relaxion therapies. En Novey, D. *Clinician´s complete reference to complementary & alternative medicine* (114-129) Mosby.

- Tagen, J. & Borders, L. (2016) The supervisory relationship: A conceptual and psychometric review of measures. *Counselor education and Supervision*. 55(3), 159-181.
- Tobías, I., & García-Valdecasas, J. (2009) Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Castellana de Neuropsiquiatría*, 29(2), 437-453.
- Tsong, Y. & Goodyear, R. (2014) Assessing supervision's clinical and multicultural impacts: The supervision outcome scale's psychometric properties. *Training and Education in professional psychology*, 8(3) 189-195.
- Vallis, M. & Dobson, K. (1986) The cognitive therapy scale: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. 54(3) 381-385.
- Webb, C., Auerbach, R. y DeRubeis, R. (2012) Processes of change in CBT of adolescent depression: review and recommendations. *Journal of clinical child & adolescent psychology*, 41 (5). 654-665.
- Weck, F., Jakob, M., Neng, J., Höfling, V., Grikscheit, F., & Bohus, M. (2016) The effects of bug-in-the-eye supervision on therapeutic Alliance and therapist competence in cognitive-behavioural therapy: A randomized controlled trial. *Clinical psychology and psychotherapy*, 23, 286-296.
- Wilmots, E., Midgley, N., Thackeray, L., Reynolds, S. y Loades, M. (2019) The therapeutic relationship in Cognitive Behaviour Therapy with depressed adolescents: A qualitative study of good-outcome cases. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1-16.

Winstanley, J. (2000) Manchester clinical supervision scale. *Nursing Standard*. 14, 31-32.

Zohn-Muldoon, T., & Valencia- Vega, D. (2013) La supervisión del trabajo psicoterapéutica: una mirada reflexiva de la complejidad. *Universidad de Guadalajara*. 115-151.

## APÉNDICES

APÉNDICE 1. Criterios que tomar en cuenta durante el proceso de elaboración de pruebas.

| <b>Criterio</b>                                     | <b>Clasificación</b>  | <b>Ejemplo</b>  |
|---|---|---|
| <b>Según el propósito.</b>                          | Diagnosis   | Diagnosis: evaluación de las condiciones actuales de los individuos |
|   | Predicción  | Predicción: comportamiento de las personas en situaciones futuras.  |
| <b>Según el contenido.</b>                          | Según el área psicológica a la que pertenecen los fenómenos | Habilidades cognitivas  |
|   |   | Personalidad  |
|   |   | Actitudes   |
| <b>Según el formato.</b>                            | Materiales utilizados                                       | Lápiz y papel   |
|   |   | Computarizados  |
|   |   | De manipulación   |
|   |   | De medidas fisiológicas   |
| <b>Según el tipo de administración.</b>             | Cómo son administrados                                      | Individual  |
|   |   | Grupal  |
|   |   | Verbales  |
|   |   | No verbales   |
|   | Función   | Oral  |
|   |   | Escrita   |
| <b>Según la interpretación de las puntuaciones.</b> | Test normativo  | Muestreo probabilístico   |
|   |   | No probabilístico   |
|   | Test referidos a criterio                                   | Dominio de habilidades  |
|   |   | Ejecución del individuo   |

Adaptado de Meneses, 2013.

APÉNDICE 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.

Tabla . Criterios diagnósticos de los trastornos por depresión.

| TRASTORNO                               | CRITERIO |  | TIEMPO      | SÍNTOMAS  |
|---|----------|--|-------------|---|
|   |          |  |             |   |
| <b>Depresivo mayor</b>                  | A        | 5 o +  | 2 semanas   | Estado de ánimo deprimido<br>Disminución importante del interés o placer por las actividades<br>Pérdida importante de peso / aumento de peso<br>Insomnio o hipersomnias<br>Agitación o retraso psicomotor casi todos los días<br>Fatiga o pérdida de energía casi todos los días<br>Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva<br>Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones casi todos los días<br>Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado |
|   | B        | Causan malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral u otras áreas del funcionamiento |             |   |
|   | C        | No se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia o atención médica.                        |             |   |
|   | D        | No se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante.              |             |   |
|   | E        | Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.   |             |   |
| <b>Depresivo persistente (Distimia)</b> | A        |  | Mín. 2 años | Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día-   |
|   | B        | 2 o +  |             | Poco apetito o sobrealimentación<br>Insomnio o hipersomnias<br>Poca energía o fatiga<br>Baja autoestima<br>Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.<br>Sentimientos de desesperanza   |
|   | C        |  | 2 años      | Síntomas del criterio A y B durante dos meses seguidos  |
|   | D        | Criterios para un trastorno depresivo mayor presentes durante dos años                                 |             |   |
|   | E        | Sin episodios maníacos o hipomaníacos  |             |   |
|   | F        | No se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo   |             |   |
|   | G        | No son atribuibles a los efectos de una sustancia  |             |   |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | H | Síntomas causan malestar clínicamente significativo. |
|  |   |  |

Tabla . Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad.

| TRASTORNO                                   | CRITERIO | TIEMPO                                 | SÍNTOMAS  |
|---|----------|--|---|
| <b>Trastorno de ansiedad por separación</b> | A        | 3 o +                                  | Malestar excesivo y recurrente cuando algo se prevé o se vive una separación<br>Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego<br>Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso cause la separación<br>Resistencia o rechazo a salir lejos de casa... por medio de la separación<br>Miedo excesivo y persistente a estar solo o sin las figuras de apego<br>Resistencia o rechazo a dormir fuera de casa<br>Pesadillas repetidas sobre el tema de separación<br>Quejas repetidas de síntomas físicos. |
|   | B        | 4 semanas en niños<br>6 o + en adultos | El miedo, la ansiedad o evitación es persistente  |
|   | C        |  | Causa malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas de su vida cotidiana   |
|   | D        |  | No se explica mejor por otro trastorno mental.  |
| <b>Fobia específica</b>                     | A        |  | Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica   |
|   | B        |  | El objeto o situación fóbica provoca miedo o ansiedad inmediata   |
|   | C        |  | El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa   |
|   | D        |  | El miedo o ansiedad es desproporcionado al peligro real   |
|   | E        | + de 6 meses                           | El miedo, ansiedad o evitación es persistente   |
|   | F        |  | El miedo, ansiedad o evitación causa malestar clínicamente significativo  |
|   | G        |  | No se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.  |
| <b>Trastorno de ansiedad social</b>         | A        |  | Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a otras personas   |
|   | B        |  | El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente   |

|                            |   |  |   |   |
|----------------------------|---|--|---|---|
|                            | C | Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad  |   |   |
|                            | D | Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.  |   |   |
|                            | E | El miedo o ansiedad son desproporcionales a la amenaza real  |   |   |
|                            | F | + de 6 meses   | Los síntomas (miedo, ansiedad o evitación) son persistentes |   |
|                            | G | Causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas.  |   |   |
|                            | H | No se pueden atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia  |   |   |
|                            | I | No se explican mejor por síntomas de otro trastorno  |   |   |
|                            | J | Si existe otro padecimiento, los síntomas no requieren estar relacionados con ellos.   |   |   |
| <b>Trastorno de pánico</b> | A | 4 o +  | minutos   | <p>Palpitaciones, golpeteo del corazón c aceleración de la frecuencia cardíaca.</p> <p>Sudoración.</p> <p>Temblor o sacudidas.</p> <p>Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.</p> <p>Sensación de ahogo.</p> <p>Dolor o molestias en el tórax.</p> <p>Náuseas o malestar abdominal.</p> <p>Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.</p> <p>Escalofríos o sensación de calor.</p> <p>Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo)</p> <p>Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).</p> <p>Miedo a perder control o de "volverse loco".</p> <p>Miedo a morir.</p> |
|                            | B | 1 o los 2  | Al mes  | <p>Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias</p> <p>Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques</p> <p>La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, ni a otra afección médica, no se explica mejor por otro trastorno mental.</p>   |
| <b>Agorafobia</b>          | A | 2 o +  |   | <p>Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).</p> <p>Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).</p> <p>Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).</p> <p>Hacer cola o estar en medio de una multitud.</p> <p>Estar fuera de casa solo.</p>   |
|                            | B | Teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes |   |   |
|                            | C | Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.   |   |   |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | D | Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante                                      |
|  | E | El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural. |
|  | F | El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.  |
|  | G | El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo.  |
|  | H | Si existe otra afección médica el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.                                       |
|  | I | El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental                                |

Recopilado de APA, 2014.

### APÉNDICE 3. ESTUDIOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN TCC.

Brown, Parker, McLeod y Southam-Gerow (2014) aseguran que la relación de confianza, colaboración y comprensión compartida forman la base para la aplicación de las técnicas características de la terapia cognitivo conductual. Gysin-Maillart, Soravia, Gemperli y Michel (2016) realizaron un estudio buscando la efectividad de un tratamiento ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) en adolescentes con ideación suicida. Se encontró que los pacientes sometidos a ASSIP mostraron puntuaciones más altas en alianza terapéutica asociadas con una menor ideación suicida a los 6 y 12 meses de seguimiento.

Otros autores (Holfmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang, 2012) a través de un metaanálisis de 106 estudios, concluyeron que, para la depresión adolescente, la intervención TCC tenía un impacto en un seguimiento de 6 meses. En la ejecución de la TCC en el adolescente, la relación terapéutica se ha reportado como esencial para promover la participación y el compromiso con las tareas y la ejecución de dicha aproximación terapéutica (Shirk, Gudmundsen, Kaplinski y McMakin, 2008).

Wilmots, Midgley, Thackeray, Reynolds y Loades (2019) buscaron los factores que ayudan a fomentar y mantener una relación terapéutica fuerte, así como aquellas barreras existentes para desarrollar dicha relación. Para participar en la terapia, parece ser importante que los adolescentes perciban a sus terapeutas como individuos afectuosos, que están voluntariamente presentes en el encuentro terapéutico y, por el contrario, experimentar a su terapeuta como distante e indiferente impidió el desarrollo de una relación terapéutica positiva. En este estudio, los adolescentes que escucharon y pudieron discutir cualquier cosa en un ambiente sin prejuicios, describieron un nivel único de libertad que no habían experimentado en otros sistemas de apoyo (Wilmots et al., 2019)

En general, parece que en la TCC se logra una relación terapéutica positiva al estar en el aquí y ahora en sintonía con el estado emocional del cliente, a la vez que desafía y prueba sus creencias, y los alienta a explorar alternativas desde una postura profesional. Es este delicado equilibrio lo que aumenta la motivación de los adolescentes para trabajar en sus dificultades, facilitando el cambio (Wilmots et al., 2019). Si los adolescentes creían que el tratamiento es un esfuerzo de colaboración, y experimentaban a su terapeuta como alguien considerado y comprometido con su bienestar emocional y mental, entonces era más probable que participaran en el proceso de tratamiento y percibieran beneficios de este (Ackerman y Hilsenroth, 2003).

#### APÉNDICE 4. TIPOS DE REFORZADORES

| <b>Tipos de reforzadores</b>       | <b>Características</b>  |
|------------------------------------|---|
| <b>Primarios o incondicionados</b> | Responden a las necesidades básicas del ser humano<br>No mantienen su valor reforzante                    |
| <b>Secundarios o condicionados</b> | No están asociados a necesidades básicas<br>Su valor fue adquirido a través de un proceso de aprendizaje  |
| <b>Reforzadores tangibles</b>      | Objetos materiales<br>Pueden ser reforzadores primarios y secundarios                                     |
| <b>Reforzadores sociales</b>       | Muestras de atención, aprobación, etc. que recibe una persona como consecuencia de una conducta realizada |
| <b>Actividades reforzantes</b>     | Cualquier actividad considerada como placentera   |

APÉNDICE 5. PROCEDIMIENTO DE LA RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

|  |   |
|--|---|
| Mano y antebrazo dominantes                          | <b>Apretar el puño dominante</b>  |
| <b>Brazo dominante</b>                               | Apretar el codo contra el brazo del sillón  |
| <b>Mano y antebrazo no dominantes</b>                | Apretar el puño no dominante  |
| <b>Brazo no dominante</b>                            | Apretar el codo contra el brazo del sillón  |
| <b>Frente</b>  | Levantar las cejas con los ojos cerrados y arrugar la frente                                |
| <b>Ojos y nariz</b>                                  | Apretar los párpados y arrugar la nariz   |
| <b>Boca</b>  | Apretar las mandíbulas, sacar la barbilla hacia afuera y presionar el paladar con la lengua |
| <b>Cuello y garganta</b>                             | Empujar la barbilla contra el pecho, pero hacer fuerza para que no lo toque                 |
| <b>Pecho, hombros y parte superior de la espalda</b> | Arquear la espalda como se fueran a unir los omóplatos entre sí.                            |
| <b>Región abdominal o estomacal</b>                  | Poner el estómago duro y tenso  |
| <b>Muslo dominante</b>                               | Apretar el muslo contra el sillón   |
| <b>Pantorrilla dominante</b>                         | Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba   |
| <b>Pie dominante</b>                                 | Doblar los dedos hacia adentro sin levantar el pie del suelo                                |
| <b>Muslo no dominante</b>                            | Apretar el muslo contra el sillón   |
| <b>Pantorrilla no dominante</b>                      | Doblar los dedos del pie hacia arriba   |
| <b>Pie no dominante</b>                              | Doblar los dedos hacia dentro sin levantar el pie del suelo.                                |

Recuperado de Ruiz, 2012

APÉNDICE 6. RELAJACIÓN AUTÓGENA, GRADO DE ENTRENAMIENTO INFERIOR Y SUPERIOR

|                    | <b>Grado inferior</b>                                   |  |
|--------------------|---|--|
| <b>Reposo</b>      | Lleva a un estado de calma al cuerpo y a la mente       | Estoy tranquilo, mi cuerpo y mi mente están tranquilos |
| <b>Peso</b>        | Se provoca la sensación de peso en las extremidades     | Mis brazos y mis piernas están muy pesados             |
| <b>Calor</b>       | Se provoca un aumento de la temperatura en extremidades | Mis brazos y piernas están calientes                   |
| <b>Respiración</b> | Se produce una inspiración y exhalación tranquilas      | Mi respiración es tranquila y regular                  |
| <b>Corazón</b>     | Se concentran en los latidos del corazón                | Mi corazón late regularmente                           |
| <b>Abdominal</b>   | Se dirige la atención al plexo solar                    | Mi abdomen es una corriente de calor                   |
| <b>Cabeza</b>      | Se dirige la concentración a la cabeza                  | Mi mente está clara.                                   |

**Grado superior**

|   |   |
|---|---|
| <b>Colores</b>  | Dirigir la vista al centro de la frente y hacer surgir un color en la imaginación |
| <b>Objetos</b>  | Vela encendida, una rosa.   |
| <b>Dar forma a valores abstractos</b>                     | Esperanza, amor, coraje   |
| <b>Imaginarse a uno mismo con determinados propósitos</b> | Voy a afrontar con éxito esta situación   |

Adaptado de Ruiz, 2012.

## APÉNDICE 7. JUECES EXPERTOS

### **1. Dra. Nancy Caballero**

Psicóloga especialista en Psicología de la Salud y Medicina Conductual, cuenta con los grados de Maestría y Doctorado en Psicología. Experiencia en la atención de pacientes con enfermedades crónicas, particularmente: diabetes, gastritis, asma y VIH-sida. Desarrollo de líneas de investigación en adherencia a los tratamientos médicos y regulación emocional. Experiencia de más de diez años como docente a nivel licenciatura y posgrado.

### **2. Dr. Rafael Anzures**

Licenciatura en Psicología por la UNAM, Maestría en Tecnología Educativa ILCE, Doctorado en educación por Newport University y Doctorado en Humanidades por la Universidad Latinoamericana. Cuenta con más de 43 años de experiencia en consulta clínica privada, más de 40 años de experiencia en docencia. Experiencia en cargos de subdirector académico (Universidad Latinoamericana), virrector educativo (Universidad del Nuevo Mundo) y director de la carrera en la Universidad Franco Mexicana en el Edo Mex. entre otros puestos.

### **3. Dra. Cecilia Kissy Guzmán Tinajero**

Licenciatura en Psicología, maestría en Psicología Escolar y Doctorado en Psicología Educativa y del desarrollo por la Facultad de Psicología de la UNAM, con estancia doctoral en la Universidad de Exeter, Reino Unido. Líneas de investigación en evaluación educativa, evaluación de procesos de comprensión y producción de textos, experiencia como tutora de la especialidad en competencias docentes para la educación media superior en la

Universidad Pedagógica Nacional, así como miembro del comité elaborador de reactivos Excale 03 castellano primaria.

**4. Dra. Liliana Rivera Fong**

Licenciatura en Psicología por la Universidad del Valle de México, Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual y Doctorado en Psicología y Salud, ambas por la UNAM. Experiencia como docente de licenciatura y profesor adjunto de maestría en medicina conductual UNAM, así como médico consultante en Psicología en el Hospital Ángeles Acoxta. Más de 15 publicaciones científicas y más de diez años de experiencia en atención a pacientes con enfermedades crónicas.

**5. Dr. Erael Pineda Sánchez.**

Licenciatura y Doctorado en Psicología en la Facultad de Psicología de la UNAM. Especialista como terapeuta en el tratamiento psicológico del paciente con hipertensión, en el manejo psicológico del dolor, así como en la atención a familiares de víctimas de desastre y en control de estrés. Más de 19 años de experiencia en atención psicoterapéutica a pacientes con problemas relacionados a enfermedades crónico-degenerativas y diversos problemas de salud mental.

**6. Mtro. Pablo Misael Luna Dávila**

Psicólogo Educativo con formación en la Universidad Pedagógica Nacional (UPN), especialista en Psicopedagogía por la Universidad de la Habana y maestría en Educación por la Universidad de La Salle. Experiencia en docencia, diseño educativo, evaluación educativa, modelos de prácticas para la

formación del psicólogo. Experto en temas relacionados con los procesos enseñanza-aprendizaje.

## ANEXO

### V.3 COMPRENSIÓN Y APLICACIÓN DE CONCEPTOS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Este instrumento tiene como propósito evaluar los cambios en la comprensión y aplicación de conceptos de la Terapia Cognitivo Conductual adquiridos antes y después de un programa de supervisión en psicoterapia.

A continuación, te pedimos que leas cuidadosamente cada reactivo y **subrayes** la opción que mejor responde a cada interrogante.

1. Es la primera sesión con un paciente y lo primero que te dice es: “¿quién eres tú para decirme cómo resolver mis problemas?”. ¿Cómo le respondes?
  - a. Yo no voy a resolver sus problemas, usted solo llegará a las estrategias de solución.
  - b. **En realidad, trabajaremos juntos para buscar una estrategia más funcional para resolver tus problemas.**
  - c. Si usted conoce la causa de sus problemas, ¿cuál sería el motivo para estar en sesión?
  - d. Pienso que usted es el que mejor se conoce, es por eso que usted es responsable de darle solución.
  
2. Tu paciente habla demasiado durante los primeros 45 minutos de la sesión, cuando quieres indagar en un punto específico no te responde y continúa con su discurso. ¿Qué haces?
  - a. Le interrumpes y lo confrontas, mencionas que es importante que te responda.
  - b. Le dejas que se desahogue hasta completar el tiempo acordado de sesión.
  - c. Le haces la misma pregunta cuantas veces sea necesario hasta que responda.
  - d. **Le interrumpes y reformulas la pregunta, expresas lo importante de esa información**
  
3. Es el primer encuentro con un paciente que ya ha tenido experiencias previas en terapia con un enfoque psicoanalítico. Al plantear los objetivos se muestra extrañado con tu participación en el proceso. ¿Cómo respondes?

- a. **Bajo el enfoque en el que trabajaremos la participación mutua es fundamental.**
  - b. Tal vez estabas acostumbrado a llegar a la solución solo, pero aquí no será así.
  - c. Necesitamos estar juntos en esto para alcanzar tus objetivos, solo no podrás.
  - d. Si tu experiencia anterior en terapia funcionó, podrías pensar en retomarla.
4. Cada vez que Pepe se queja de algún malestar, lo cual comienza a ser frecuente, su madre le pide que descanse y le ayuda a hacer sus tareas del hogar. ¿Qué tipo de condicionamiento explica la indisposición de Pepe para realizar sus tareas?
- a. Clásico
  - b. **Operante**
  - c. Neoconductista
  - d. Tipo E.
5. ¿Cuál es la opción que explica que la mayor parte de la conducta humana se adquiere a través de un condicionamiento superior que da cuenta de que el aprendizaje no es resultado de experiencias directas?
- a. **Aprendizaje vicario**
  - b. Reforzamiento
  - c. Imitación
  - d. Teoría cognitiva social
6. ¿Cuál es el principio que afirma que el medio y el comportamiento se influyen y son mediados por procesos cognitivos?
- a. Condicionamiento vicario
  - b. **Determinismo recíproco**
  - c. Discriminación operante
  - d. Cognitivo-social
7. ¿Cuál es la herramienta de evaluación que organiza la información recogida en hipótesis sobre los antecedentes, conductas problema y consecuencias, con la finalidad de diseñar un programa de intervención?
- a. Análisis topográfico/descriptivo

**b. Análisis funcional**

- c. Análisis de covarianza
- d. Análisis individualizado

8. La madre al referir ser un desastre y haber fracasado como mujer por no cuidar y asear a su hijo, ¿cuál sería la distorsión cognitiva que mejor define estos pensamientos?

- a. Catastrofismo
- b. Pensamiento dicotómico
- c. Inferencia arbitraria**
- d. Magnificación

9. La sra. Gabriela acude a terapia porque no concilia el sueño desde hace cuatro semanas. Refiere que al cerrar los ojos tiene un sobresalto, seguido de pensamientos por ejemplo de “algo me va a pasar”. Esta situación ocasiona que Gabriela tenga miedo de que el sobresalto se repita. Además, cuando concilia el sueño, descansa poco, pues sueña con su hermano y padre, quienes fallecieron hace unos meses. Esto le ha causado problemas en el trabajo por la fatiga y cansancio excesivo.

Elige la opción que mejor organiza la información para crear un análisis funcional:

- 1. Antecedentes
- 2. Estímulo
- 3. Respuesta
- 4. Consecuencia

a. 1) Fallecimiento de hermano y padre, sobresalto; 2) “algo me va a pasar”; 3) no conciliar el sueño y miedo de repetir el sobresalto; 4) fatiga, cansancio excesivo.

**b. 1) Fallecimiento de hermano y padre; 2) cerrar los ojos para dormir; 3) sobresalto y “algo me va a pasar”; 4) miedo a repetir el sobre salto, descansar poco y problemas.**

c. 1) Fallecimiento de hermano y padre; 2) “algo me va a pasar”; 3) sobresaltos y sueños con su hermano y padre; 4) problemas en el trabajo por la fatiga.

d. 1) Fallecimiento de hermano y padre; 2) cerrar los ojos para dormir; 3) poco descanso y sueños con padre y hermano; 4) fatiga, cansancio.

10. ¿De qué modelo cognitivo se habla cuando el primer síntoma es la activación de esquemas negativos relacionados con la visión de uno mismo, el mundo y el futuro?
- a. De ansiedad
  - b. De personalidad
  - c. De depresión**
  - d. De psicopatología
11. ¿Cómo se denomina al trastorno en el que la persona se enfoca en las amenazas del entorno, tiene una preocupación, interpreta catastróficamente estilos ambiguos, subestima los recursos de afrontamiento y presenta un comportamiento evitativo?
- a. De ansiedad**
  - b. Depresivo
  - c. De personalidad
  - d. De estrés postraumático
12. El estado de ánimo deprimido es uno de los dos síntomas esenciales para diagnosticar un trastorno depresivo mayor, ¿cuál es el segundo?
- a. Pérdida de placer**
  - b. Fatiga o pérdida de energía
  - c. Insomnio o hipersomnia
  - d. Pensamientos de muerte recurrentes
13. Cuando a José (mencionado en el reactivo 20) le comunican el ascenso, comienza a sentir palpitaciones frecuentes, sudoración excesiva y un miedo paralizante a “lo que pasaría si sale de la ciudad”. Los síntomas se intensifican cuando le mencionan que, si acepta la oferta, comenzaría en una semana. Aunque José reconoce este miedo como irracional, no se siente capaz de controlarlo, y rechaza la oferta. Este es un ejemplo de:
- a. Fobia ambiental
  - b. Fobia simple
  - c. Fobia específica situacional**
  - d. Agorafobia

14. La Sra. Catalina, mujer de 51 años, presenta sintomatología desde hace cuatro meses. En este tiempo perdió el interés por la vida, adelgazó 5 kilogramos (por falta de apetito). Refiere que casi todas las noches le cuesta trabajo dormir. Su trabajo se ha afectado por falta de energía y de concentración. En su cita médica no presentó ningún indicio de enfermedad comórbida y refiere que “nunca se había sentido así”. Con base en la información anterior, ¿cuál es el trastorno que presenta la sra. Catalina?

- a. Depresivo mayor
- b. Distímico
- c. Ansiedad generalizada
- d. Depresivo de episodio único**

15. Cuando una mujer refiere que “si hubiera sido una mejor madre, quizás mi hijo no tendría cáncer”, ¿qué tipo de distorsión cognitiva ejemplifica?

- a. Pensamiento automático
- b. Abstracción selectiva
- c. Personalización**
- d. Pensamiento dicotómico

16. Cuando una paciente sale molesta de su consulta médica y menciona: “el Dr. me cuestionó sobre por qué no me había hecho los estudios con anterioridad, y pienso que siempre es lo mismo: todos me juzgan por lo que hago o dejo de hacer”. ¿A qué tipo de distorsión cognitiva se refiere?

- a. Personalización
- b. Inferencia arbitraria.
- c. Sobregeneralización**
- d. Abstracción selectiva

17. Elige el inciso que ordena el proceso de reestructuración cognitiva:

- 1) Cuestionar verbalmente cogniciones inadecuadas
- 2) Identificar cogniciones desadaptativas
- 3) Comprender el impacto de las cogniciones sobre reacciones emocionales y conductuales

- 4) Modificar cogniciones y sustituirlas por otras más apropiadas para conseguir el cambio emocional y conductual deseado
- 5) Considerar las cogniciones como hipótesis a discutir y someterlas a prueba

- a. **2 3 5 1 4**
- b. 2 4 1 5 3
- c. 2 5 3 1 4
- d. 2 4 5 1 3

18. ¿Cuál es la técnica dirigida a incrementar las habilidades generales del paciente para manejar de manera más eficaz e independiente futuros problemas?

- a. Reducción de ansiedad
- b. Reestructuración cognitiva
- c. **Solución de problemas**
- d. Autoreforzar

19. Acude a ti un paciente oncológico que presenta vómito anticipatorio. La intervención psicológica tendrá que ser de corta duración e implementarse en un contexto ruidoso. Con base en esta información ¿qué técnica usarías como primera opción?

- a. Imaginería guiada
- b. Retroalimentación biológica
- c. **Relajación muscular progresiva**
- d. Relajación autógena

20. ¿Cuál es el tiempo aproximado que debe mantener la tensión muscular durante el entrenamiento de “relajación muscular progresiva”?

- a. 15-16 seg.
- b. 6-7 seg
- c. 14-15 seg
- d. **4-5 seg**

21. Durante el entrenamiento en relajación muscular progresiva, tu paciente tensa más un grupo muscular, lo que le provoca dolor. ¿Cómo actúas?

- a. Lo interrumpes, ya no continúas con el entrenamiento.
  - b. Regresas a tensar y destensar ese grupo muscular
  - c. Dejas que ceda y realizas otro tipo de entrenamiento**
  - d. Le mencionas que esa es una consecuencia de tensarlo de más.
22. Adulto con migraña crónica con cuatro años de progresión recibe tratamiento médico que le disminuye el 85% de su dolor; sin embargo, el 15% restante lo considera molesto, pues aún el dolor le dificulta realizar sus actividades cotidianas. Como primera intervención psicológica, ¿qué técnica utilizarías?
- a. Respiración diafragmática
  - b. Relajación muscular progresiva
  - c. Relajación autógena**
  - d. Meditación
23. ¿Cuál es el entrenamiento ideal como primera línea de intervención psicológica durante un episodio de ansiedad?
- a. Respiración diafragmática**
  - b. Relajación muscular progresiva.
  - c. Relajación autógena
  - d. Respiración controlada.
24. ¿Cuál es el proceso de aprendizaje que aumenta la probabilidad de que ocurra una conducta debido a un cambio en el estímulo después de su emisión?
- a. Refuerzo**
  - b. Respuesta
  - c. Reforzador
  - d. Estímulo
25. ¿Cómo se denomina al procedimiento en el que las consecuencias de una conducta aumentan su probabilidad de ocurrencia con la introducción o retirada de un estímulo?
- a. Refuerzo
  - b. Reforzamiento**

- c. Reforzador
- d. Estímulo

26. Lee cuidadosamente el siguiente enunciado y elige el inciso que mejor lo completa.

“Ambas son técnicas operantes de adquisición conductual. El \_\_\_\_\_ se lleva a cabo, independientemente del procedimiento, mientras que en el \_\_\_\_\_ cada conducta meta está definida, desde el inicio hasta el final.”

- a. Moldeamiento / encadenamiento.**
- b. Reforzamiento / moldeamiento.
- c. Encadenamiento / moldeamiento.
- d. Moldeamiento / reforzamiento.

27. Lee cuidadosamente el siguiente enunciado y elige el inciso que lo mejor lo completa.

Si dejamos de reforzar una conducta se considera como \_\_\_\_\_, mientras que en \_\_\_\_\_ se reduce la frecuencia futura de una conducta cuando, tras su emisión, se presenta un estímulo aversivo o se retira uno positivo.

- a. Extinción / el castigo**
- b. Estímulo aversivo / la extinción
- c. Tiempo fuera / el castigo
- d. Castigo / la extinción

28. Un paciente recurre a ti por falta de adherencia terapéutica para asistir a sus citas médicas. Lo que está provocando irregularidad en su tratamiento, molestias físicas y emocionales. ¿Qué programa de modificación de conducta utilizarías en primera instancia si su médico está dispuesto a colaborar?

- a. Encadenamiento
- b. Castigo positivo
- c. Programa de intervalo variable
- d. Programa de razón fija**

