



Universidad Virtual Hispánica de México

Doctorado en Educación

“Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología
clínica”

TESIS

que para obtener el grado de

Doctorado en Educación

presenta:

Ismael Francisco Rodríguez Villagómez

Tlaxcala, Tlax, México

Agosto, 2016

Dictamen aprobatorio de la Tesis o Proyecto de Investigación por parte del
Comité Revisor (formato FT4)

Dedicatorias

A mi esposa, gracias por ser parte de este momento, gracias por haberme acompañado en estos años de formación. Me apoyaste más allá de lo que puedo describir en estas breves líneas, pero quiero que sepas que a ti debo este honor y a ti debo este esfuerzo.

A mi hija, qué curioso que justo el mes en el que culmino todos los estudios formales de mi vida tú inicias con los tuyos, te deseo un camino próspero y lleno de satisfacciones.

Al Dr. Gilberto por sus consejos, por sus cuestionamientos, por darme la guía y la libertad para desarrollar las ideas que culminaron con este proyecto, gracias por apoyarme y por compartir sus conocimientos.

A los sinodales quienes estudiaron mi tesis y la aprobaron.

A todos los que me apoyaron para escribir y concluir este trabajo.

Para ellos es esta dedicatoria, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional.

ABSTRACT

El modelo educativo por competencias es el estándar educativo que actualmente se debe de implementar o seguir. En nuestro país muchas universidades han migrado sus programas de estudio con cierto éxito a este modelo educativo, sin embargo, en el área de la psicología clínica se encuentran problemas en las competencias que desarrollan los terapeutas.

La falta de competencias adecuadas en el psicólogo clínico, como las que se presentan en el presente escrito, tiene grandes consecuencias, que van desde el nivel individual en el que hasta un nivel social en el cual existe desconfianza hacia una colectividad profesional.

En la presente investigación se desarrolló un programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica, el cual se aplicó, como ejercicio piloto, a dos terapeutas. El primer paso fue la validación social por expertos en la materia, quienes emitieron su aprobación sobre la intervención, procediendo a su aplicación. Ambos participantes mostraron mejoras en las competencias a evaluar, con niveles de significancia que apoyaron la hipótesis que sostiene que la intervención es correcta y genera cambios cuantificables.

De los datos que se obtuvieron se puede estimar que el “Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica” es una herramienta útil para lograr una mejora en las competencias de los participantes. La intervención tiene la ventaja de ser útil para el participante en su actividad laboral directa, lo que puede realizar los cambios necesarios de forma inmediata y mejorar su quehacer cotidiano.

CONTENIDO

ABSTRACT	3
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE TABLAS	vii
CAPITULO 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Antecedentes de la investigación	1
1.2 Problema de investigación.....	5
1.3 Preguntas de investigación.....	6
1.4 Objetivos.....	7
1.4.1 Objetivo General.....	7
1.4.2 Objetivos Específicos	7
1.5 Hipótesis y variables de investigación	7
1.5.1 Hipótesis y variables de la etapa llamada “Fase I”	7
1.5.2 Hipótesis y variables de la etapa llamada “Estudio”	8
1.6 Viabilidad del proyecto	9
1.7 Justificación de la investigación.....	10
CAPITULO 2. COMPETENCIAS CLINICAS	13
2.1 Modelos pedagógicos.....	13
2.1.1 Modelo Tradicional	13
2.1.2 Modelo Tecnocrático	13
2.1.3 Modelo Crítico	14
2.1.4 Modelo Constructivista	14
2.2 Modelo por competencias.....	15
2.2.1 Competencias clínicas.....	21
2.2.2 Evaluación de las competencias	25

Capítulo 3. PREPARACIÓN Y PRÁCTICA PROFESIONAL.....	27
3.1 Preparación de los psicólogos en México	27
3.2 La práctica profesional del psicólogo clínico.....	32
Capítulo 4. Marco metodológico	37
4.1 Procedimiento General.....	37
4.2 Instrumentos y materiales.....	41
4.3 Procedimiento.....	43
CAPÍTULO 5. CONTENIDO DE LA PROPUESTA	46
5.1 Sesión #0: Introducción	46
5.2 Sesión #1: Registro de información.....	47
5.3 Sesión #2: Redacción de casos clínicos	51
5.4 Sesión #3: Formulación de caso	57
5.5 Sesión #4: Elaboración de propuestas de tratamiento.	60
5.6 Sesión #5: El terapeuta: conceptualización de lo que significa ser psicoterapeuta	62
5.7 Sesión #6: Pensamiento clínico.....	62
5.8 Sesión #7: Cierre de intervención.....	68
CAPITULO 6. RESULTADOS.....	69
6.1 Resultados de la Fase I: Desarrollo del programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica	69
6.2 Resultados del Estudio: aplicación del programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica	71
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	75
REFERENCIAS	78

ANEXOS.....	i
Anexo 1. Cuestionario para la validación de jueces expertos	ii
Anexo 2. Consentimiento Informado para los participantes	iv
Anexo 3. Cartas descriptivas por sesión	vi
Anexo 3. Rúbrica	xix
Anexo 4. Evaluaciones	xxv

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Formato estándar del Mapa Clínico de Patogénesis.....	59
Figura 2. Formato estándar de un Mapa de Alcance de Metas (MAM).....	61
Figura 3. Nivel de estudios de los jueces expertos.....	69
Figura 4. Resultados del Piloto #1.....	72
Figura 5. Resultados del Piloto #2.....	73
Figura 6. Visualización de ambos participantes.....	74

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. <i>Etapas de la formación del psicólogo</i>	28
Tabla 2. <i>Instituciones que han modificado sus planes de estudio</i>	30
Tabla 3. <i>Objetivos de las organizaciones de psicólogos</i>	34
Tabla 4. <i>Actividades de las principales organizaciones de psicología</i>	36
Tabla 5. <i>Descripción de la investigación</i>	37
Tabla 6. <i>Apartados de la entrevista</i>	48
Tabla 7. <i>Elementos de la redacción de un caso clínico</i>	54
Tabla 8. <i>Elementos del pensamiento crítico</i>	66
Tabla 9. <i>Años de experiencia de los jueces</i>	69

CAPITULO 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Antecedentes de la investigación

En México, la psicoterapia ejercida por psicólogos especializados, es relativamente nueva, ya que inició en la década de los sesentas. Antes de esta época, la realizaban médicos que habían estado en contacto con clínicos europeos.

Actualmente, para formarse como psicólogo, se debe cursar un programa de Licenciatura en Psicología, cuya duración es de 5 años, después de los cuales el alumno habrá realizado cerca de 500 horas de trabajo aplicado supervisado (Sánchez-Sosa, 2007) lo que no garantiza las habilidades clínicas para atender pacientes en consulta privada. A continuación describimos algunos de los problemas:

- Los planes curriculares no están basados en los hallazgos más recientes y significativos.
- Las competencias profesionales que se desarrollan no están en armonía con las demandas que realmente se requieren en el ámbito laboral.
- Pocas propuestas curriculares de los programas de Licenciatura se hacen con base en un estudio detallado del funcionamiento profesional de los egresados.
- Los criterios de acreditación son laxos o bien sólo están plasmados en papel y no se llevan a la práctica (por ejemplo en el sentido de calidad).
- Algunas escuelas que tiene programas de Psicología carecen de los elementos necesarios para la simulación de condiciones psicológicas necesarias para el entrenamiento de sus alumnos.
- La capacitación ética de muchos psicólogos es limitada; en muchos programas además la educación en principios básicos de competencias, como diagnóstico, intervención, evaluación y otras, es sumamente precario.

Aún con la elaboración y aplicación de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, V Legislatura, 2014) los

programas educativos en México no han podido solucionar la brecha que existe entre lo que se ve en las aulas y lo que se necesita en el ámbito laboral.

De las competencias que el psicólogo clínico debe desarrollar durante los estudios profesionales se encuentran principalmente: conocimientos y habilidades para el manejo y obtención de la información necesaria para el trabajo clínico; conceptualización de caso a partir de la información obtenida; y, evaluación e investigación acompañadas por actitudes de actualización de conocimientos, respeto y ética (Yañez-Galecio, 2005).

La licenciatura en psicología es el nivel de formación que está enfocado a la profesionalización. Sin embargo, para convertirse en psicoterapeuta o en consejero, es necesario cursar un posgrado, en el caso de nuestro país, se cursa posterior a la licenciatura (Sánchez Sosa, 2011).

La validez legal y la certificación en el país tienen ciertas características. Cuando un programa profesional que funciona de entrada a lo básico de la práctica profesional se acredita, normalmente lo hace a través del Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES).

Estos programas normalmente incluyen cursos, prácticas en laboratorio, prácticas profesionales (con cerca de 480 horas) y un examen formal final con el que se otorga el título de licenciatura. En nuestro país existen más de 700 programas de este tipo, sin embargo, no existen más de 100 que realmente estén acreditados (COPAES, 2016).

A nivel de posgrado el registro y la acreditación la realiza el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). En lo que compete a la actividad clínica sólo existen cinco programas (CONACYT, 2016).

Los demás programas tanto de licenciatura como de posgrado que no están acreditados recurren a la vía de solicitar el Reconocimiento de Validez Oficial de estudios (RVOE) el cual es otorgado por la Secretaría de Educación Pública (SEP).

El problema con el RVOE es que el haberlo obtenido no implica que el programa fue evaluado de manera detallada, sino que fue sometido al escrutinio de sus características básicas legales y académicas para programas de formación independientemente del nivel, del área o de la disciplina.

Aun cuando los programas de psicología clínica a nivel posgrado busquen la acreditación por parte del COAPES, este sistema a la fecha sólo acredita programas de nivel básico de psicología.

Con respecto a la certificación de psicoterapeutas en la actualidad no existe un cuerpo colegiado que sea específico para realizar esta actividad. De hecho los que existen y que tienen mayor renombre sostienen que la orientación clínica y la psicoterapia llegan a ser lo mismo o en el mejor de los casos equivalentes.

Llegan a operar con lineamientos que incluyen entre sus funciones casi cualquier actividad que así se haya decidido de manera arbitraria, estas actividades pueden ir desde la promoción y el consejo psicológico, la orientación y la psicoterapia, hasta la educación continua y certificación de psicoterapeutas. Evidentemente estos organismos presentan conflicto de intereses ya que sólo certificarán a quienes egresen de los programas que ellos mismos acrediten o administren.

El Colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología (CoMePPsi) menciona que es necesaria la regulación del ejercicio de la psicología como profesión y de la Educación Profesional Continua, por esto propone ciertos mecanismos que le permiten al psicólogo una certificación la cual “garantiza así que los individuos profesionales sean competentes y permanezcan actualizados para ejercer la profesión eficaz y responsablemente. El aseguramiento de la calidad profesional es pues una necesidad que busca garantizar la competencia profesional del psicólogo” (CoMePPsi, 2016).

El problema de esta acreditación ofrecida por el CoMePPsi es que realmente es un examen que se aplica a cualquier tipo de psicólogo y que además pueda comprobar que ha ejercido por lo menos tres años previos al examen.

El objetivo del CoMePPsi, es que los psicólogos tengan buenos niveles de competencias, sin embargo, se aprecia que carecen de una forma de evaluación que no muestra la competencia desarrollada y además parte de un perfil general del psicólogo, quien no tiene relación alguna con las actividades determinadas por cada área de la psicología.

Lo anterior se puede entender en función de que se aplica un examen a psicólogos que tienen por lo menos tres años de experiencia sin considerar su área de trabajo como lo es el área laboral, educativa y clínica, sin importar su orientación. Considerando lo anterior, no se toma en cuenta la experiencia, el grado de estudios, el área de desarrollo, asumiendo que todos los psicólogos requieren de las mismas competencias.

El conocimiento requerido para aprobar el examen se engloba en tres áreas: a) investigación, abarca metodología cuantitativa, cualitativa y mixta. b) evaluación, esta área de conocimiento dependerá de la escuela en la que el alumno haya estado matriculado ya que la institución enseñará el método que se ajuste a su orientación hacia ciertas corrientes psicológicas, c) intervención, igual que con la evaluación, dependerá de la institución ya que la manera de intervenir está en función del modelo terapéutico mostrado en las aulas.

Como se puede observar parece un perfil innecesario y definitivamente inoperante ya que en por mencionar un ejemplo en el área de evaluación se necesita conocimiento de las principales pruebas psicológicas, esto significa conocimiento de las pruebas populares aunque no sean las que se usen en el área en el que el psicólogo se desempeñe (Servicios de Salud Mental y Medicina Conductual MAVA S.A. de C.V., 2016).

Aún exámenes más especializados hacia la psicología clínica en cuanto a las competencias como lo es el ECE-PSI (CEAACES, 2012), parten de la premisa de que con un examen escrito pueden evaluar competencias y además marcan una división en la que reducen el quehacer clínico en diseño de intervenciones y realización de las mismas.

Lo interesante del examen es que muestra de forma clara la concepción que se tiene la psicología clínica y de lo teorizante de los programas, además de que no considera el hecho de que cada universidad e instituto determina cuáles son las materias para realizar la formación en psicología clínica.

Esto queda muy claro si tomamos un ejemplo de la guía de estudios en la que en la sección que indica lo que se va a evaluar encontramos información como (CEAACES, 2012):

“Determinar el tipo de tratamiento o intervención psicológica que se requiere (individual, grupal, familiar, psicodinámico, cognitivo-conductual y otros) y lo atiende o canaliza de acuerdo con la condición o problemática identificada.”

De acuerdo a lo anterior, si la maestría del psicólogo es en terapia cognitivo-conductual, cómo tendrá la capacidad de evaluar una terapia psicodinámica, ya que la investigación de la terapia cognitivo-conductual ha demostrado que es superior y por lo tanto, no recomienda tratamientos que no han probado su efectividad.

Por lo anterior expuesto se considera necesario contar con propuestas e intervenciones que permitan el desarrollo académico o actualización de competencias clínicas en los psicólogos que decidan ejercer en dicha área.

1.2 Problema de investigación

Los psicólogos clínicos tienen deficiencias en las competencias necesarias para la adecuada aplicación de la psicología clínica. Esto abarca conocimientos, actitudes y habilidades de diversa índole.

Existe evidencia empírica sobre los errores que se cometen en la práctica clínica, por ejemplo, en lo que corresponde al diagnóstico apoyado en pruebas psicológicas se ha demostrado que las llamadas pruebas proyectivas (por mencionar un ejemplo) simplemente no sirven y que en ocasiones las respuestas y diagnósticos que los terapeutas brindan a partir de estas pruebas, no son mejores que los que se pudieran dar por puro azar o por interpretaciones desde el sentido común (Lilienfeld, Wood, & Garb, 2000).

A pesar de lo mencionado y como un claro ejemplo de los problemas en la formación del psicólogo, las instituciones educativas continúan enseñando el uso de dichas pruebas y desafortunadamente animan a los psicólogos en formación a pensar que su quehacer clínico profesional no debe de fundamentarse en estándares evaluables.

Desafortunadamente los programas académicos no se han escrito usando información adecuada y, por lo tanto, aunque existe evidencia relacionada con la necesidad de eliminar de la práctica profesional ciertas conductas, creencias, uso de pruebas y otros componentes del quehacer profesional estos se siguen enseñando y aplicando sin consideración a estándares actuales y evaluables.

Por otra parte, en la práctica clínica de los psicólogos, existen actividades que en ocasiones están contraindicadas para determinados diagnósticos de los pacientes. Debido a que el psicólogo carece de las competencias clínicas necesarias para discernir adecuadamente la construcción de tratamientos, su intervención sólo ayuda a agravar la condición psiquiátrica-psicológica del paciente y su entorno (Dahab, Rivadeneria, & Minici, 2013).

A pesar de que los paradigmas basados en competencias han cobrado fuerza, en lo que respecta a la práctica clínica del psicólogo están ausentes, por lo en el presente trabajo se pretende que en dicha práctica se incluyan las competencias que le permitan el adecuado desarrollo de su actividad.

Todavía falta mucho por hacer y lograr una aplicación real de sus constructos en el ámbito laboral relacionado con la práctica clínica, por esto se necesitan propuestas, para brindar las oportunidades adecuadas de trabajo clínico basado en competencias.

1.3 Preguntas de investigación

¿Cuáles son las competencias, determinadas por expertos, que son necesarias para la mejora de la práctica profesional de la psicología clínica, durante la sesión del terapeuta y en el manejo de la información obtenida, creada y utilizada durante su trabajo?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Elaborar y aplicar un programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica, durante la sesión del terapeuta y en el manejo de la información obtenida, creada y utilizada durante su trabajo.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Delimitar la definición de las competencias en psicología clínica determinadas por expertos.
- Realizar y evaluar un catálogo de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica.

1.5 Hipótesis y variables de investigación

A continuación se menciona brevemente la metodología que se utilizó y en el Capítulo 4 se detalla y precisa toda la metodología; la investigación que se desarrolla en el presente escrito se realizó en dos etapas o fases, la primera llamada "Fase I: Desarrollo de un programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica" y una segunda etapa llamada "Estudio: Aplicación del protocolo del programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica".

Para cada una de las etapas se desarrollaron objetivos y preguntas necesarios para la sustentación de hipótesis.

1.5.1 Hipótesis y variables de la etapa llamada "Fase I"

Ho: Los jueces expertos no están de acuerdo con la pertinencia empírica, ética y la validez social del "Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica".

Hi: Los jueces expertos están de acuerdo con la pertinencia empírica, ética y la validez social del "Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica".

Variables

Variable Dependiente: El puntaje obtenido en el cuestionario de validación por jueces expertos del "Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica".

Variable Independiente: Propuesta "Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica".

Tipo de estudio

No experimental, transeccional descriptivo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

1.5.2 Hipótesis y variables de la etapa llamada "Estudio"

Hipótesis

Ho: Las competencias del terapeuta no difieren antes y después del programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica.

Hi: Las competencias del terapeuta difieren antes y después del programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica.

Variables

Variables dependientes: Puntajes obtenidos en los registros de evaluación de competencias.

Variable independiente: "Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica".

Tipo de Estudio

Diseño experimental de caso único AB.

1.6 Viabilidad del proyecto

El que sustenta considera que la investigación es muy conveniente dadas las deficiencias en los programas educativos para formar psicólogos en nuestro país (Sánchez-Sosa, 2007) ya que existe una brecha importante entre los programas educativos y lo que se demanda del psicólogo en cuanto a su saber y su actuar (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, V Legislatura, 2014).

Como ya se mencionó existen deficiencias importantes en la formación del psicólogo clínico para su trabajo basado en competencias, así que es necesario formalizar su estudio y en la medida de lo posible estandarizar su aprendizaje y aplicación.

La relevancia de esta investigación, es que contempla una propuesta de atención a un problema educativo actual en la formación de los psicólogos que se dedican al ámbito clínico.

Su utilidad metodológica radica en dos aspectos, el primero es que se genera una propuesta original, tropicalizada a la situación de nuestro país, por lo que los aprendizajes están contextualizados a la realidad del trabajo mexicano y por lo tanto, se puede iniciar un trabajo basado en evidencias aplicables desde el contexto social articulado a la realidad.

El segundo aspecto se relaciona con el hecho que desde la investigación del presente trabajo se puede generar una propuesta estandarizada y con estructura replicable en diferentes instituciones y niveles de formación académica mexicana.

La investigación es viable porque se cuenta con los recursos tecnológicos, metodológicos, de conocimiento y experiencia así como financieros necesarios para poder acceder a la información necesaria para la elaboración de la presente propuesta así como de su aplicación.

La propuesta que se presenta en este trabajo es viable por varios motivos, el primero es porque responde a la solución de problemas de aprendizaje actuales y constatables en la formación de los psicólogos clínicos de nuestro país.

En segundo lugar, integra para dicha solución de problemas una serie de aprendizajes y evaluaciones articulados a partir del contexto laboral real al que se enfrentan los psicólogos clínicos.

En tercer lugar, la propuesta educativa que se presenta busca la integración de las competencias necesarias para facilitarle al psicólogo el alcance de las metas laborales necesarias para considerarlo como adecuado y competente su quehacer.

Todo lo anterior implica mejoras en el tratamiento clínico brindado por el psicológico, mejoras en el trabajo enfocado a resultados y basado en información confiable y válida.

1.7 Justificación de la investigación

La carencia de competencias adecuadas en el psicólogo clínico, además del daño directo al paciente o la desconfianza hacia una colectividad profesional, incrementa el riesgo de una *mal praxis*, concepto del ámbito legal que indica la falla de un profesional cuando no logra trabajar al nivel que se esperaría de otros profesionales en igualdad de situaciones, que efectos adversos como daño o pérdida para el cliente (Candia & Rubén, 2009).

Este problema conlleva consecuencias negativas que no sólo atañen al paciente, en el caso de la práctica médica o psicológica, sino también al mismo profesional y a su colectividad.

En el caso particular del psicólogo, la *mal praxis*, tiene un carácter de delito, esto es porque puede ser que sea considerado como falso testimonio o bien como existencia de ignorancia inexcusable (Urra, 2007).

Existen varias formas de caer en *mal praxis* en el ámbito de la psicología clínica, a manera de ejemplo se mencionan algunas que tienen mayor resonancia en el ámbito legal (American Psychological Association, 2010):

1. Fallar en el diagnóstico o que por la práctica clínica empeore la condición del consultante.

2. Falta de consentimiento informado en usar alguna técnica en particular o procedimiento.
3. Aplicación negligente de la psicoterapia indicada.
4. Fallar en el tratamiento adecuado para el paciente.
5. Existencia de manipulación emocional o abuso físico.
6. Fallar en el cuidado del paciente o abandonarlo.
7. Fallar en la supervisión del paciente que tiene riesgos de dañarse o de dañar a otros.
8. Fallar al prevenir daños.
9. Ruptura de la confidencialidad del trabajo terapéutico.
10. Sostener relaciones sexuales con los pacientes.
11. Internación arbitraria.
12. Existencia de fraude, el cual involucra obtener algún beneficio, lucro personal o explotación del terapeuta al paciente.
13. Suicidio del paciente.

La buena práctica de la psicología en nuestro país está determinada por el código ético de la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP), dicho código considera que el psicólogo en el momento de actuar como psicólogo clínico está asumiendo la responsabilidad de actuar, a nivel profesional, académico y científico, bajo el criterio rector de garantizar en todo momento el bienestar de todas las personas, grupos y organizaciones con las que interactúa (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

El problema de lo mencionado es que la misma (SMP) deja a criterio de las instituciones formativas la decisión de cómo lograr que el psicólogo alcance dichos estándares de desempeño y es por eso que no existe un programa homologado en su currículo para garantizar el desempeño del psicólogo clínico.

Como se observará en las siguientes secciones las competencias que se sugieren en el presente escrito tienen la potencialidad de evitar los ítems mencionados en la lista de conductas que caen en la categoría de *mal praxis*.

La ventaja de presentarlo en un modelo de competencias es que se está cubriendo los siguientes aspectos: El aspecto del saber, es decir conocimientos. El saber hacer, relacionado con los procedimientos técnicos y saber ser, que se refiere a la postura ética del psicólogo.

Esta propuesta presenta la suficiente flexibilidad para adaptarse en diferentes aspectos al entorno en el que se aplica, por ejemplo la diferencia entre lo clínico público y lo clínico privado.

Sin embargo, aunque se adapte en lo conductual o práctico al contexto, no se pierde ni modifica lo relacionado al ser y al saber, por lo que se mantiene su estandarización y adaptabilidad.

CAPITULO 2. COMPETENCIAS CLINICAS

La manera en la que la escuela se ha construido en su quehacer a lo largo de su historia ha variado en función de diversos factores tanto internos como externos. Actualmente los modelos pedagógicos de las escuelas están migrando hacia los modelos por competencias, sin embargo, esto no significa que los modelos anteriores hayan fracasado, solamente significa que los modelos anteriores evolucionaron y en su intento de adaptarse a las nuevas características del entorno sufrieron cambios significativos.

Existen varios modelos pedagógicos y dependiendo del modelo es el abordaje del conocimiento, la función del docente y la percepción del alumno, así podemos encontrar el modelo de la escuela tradicional, el modelo didáctico tecnológico, la escuela crítica, el constructivismo, por mencionar algunos.

2.1 Modelos pedagógicos

2.1.1 Modelo Tradicional

El modelo didáctico tradicional busca la formación de los alumnos a través de darles la información fundamental de la cultura vigente, su foco está centrado en los contenidos. La metodología se basa en la transmisión del saber por parte del profesor y las actividades están centradas en la exposición del docente con apoyo de libro de texto y ejercicios de repaso.

Al ser el profesor el foco de atención el papel del alumno es completamente pasivo ya que función es reproducir el conocimiento sin transformarlo, es decir es un proceso de educación básicamente memorístico que atiende sólo al producto y se realiza mediante exámenes (García Pérez, 2000).

2.1.2 Modelo Tecnocrático

Se puede observar que el foco de atención en la educación deja de ser el conocimiento impartido por el profesor, se pasa a una formación bajo la idea de ser “moderna” y de ser “eficaz”; esto generó que la importancia estuviera en

función de una obsesión por los objetivos y que además se generara una programación sumamente detallada.

Lo que se enseña ahora no es lo que está correctamente aceptado para el mantenimiento de un discurso mayoritario que dicta el deber ser, sino que ahora los saberes disciplinares son generados por expertos para después ser utilizados por los profesores, esto genera importancia de lo conceptual.

En este modelo el alumno nuevamente no se toma como referencia y en ocasiones las aportaciones de los alumnos se consideran como erróneas y como oportunidades por modificarlas hacia conocimientos adecuados.

La metodología de la evaluación está en un función de la medición detallada y se atiende sólo al producto y a la mejora del proceso que permita la evolución de dicho producto, de manera que se resalta el carácter instrumental de la didáctica, el microanálisis de los microsistemas educativos y papel controlador de estímulos, castigos y respuestas por parte del profesor (Grioni, y otros, 2010).

2.1.3 Modelo Crítico

Este modelo se pronuncia por la reflexión colectiva entre los maestros y los alumnos con respecto a los problemas educativos. El proceso por el cual se adquiere conocimiento es considerado como una consecuencia de la participación activa de las personas, las cuales no nada más buscan adaptarse a la realidad objetiva sino transformarla y anticiparla.

El aprendizaje es planteado como una expresión de la relación entre el sujeto que conoce y el objeto de conocimiento. De esto se deriva que el papel del profesor es de mediador o de facilitador y por lo tanto, su profesión está en función de los intereses de los alumnos (Acosta Alamilla, 2014).

2.1.4 Modelo Constructivista

Con respecto al modelo constructivista se parte de la premisa de que los seres humanos son capaces de crear de manera activa las realidades a partir de las que emiten sus respuestas. Cuando se habla del modelo constructivista se

habla de un conjunto de elaboraciones y concepciones teóricas y prácticas (Araya, Alfaro , & Andonegui, 2007).

El constructivismo asume la responsabilidad de la persona sobre sus procesos de aprendizaje y considera la experiencia personal fundamentada en conocimientos previos como una construcción desde los cimientos. La información nueva se obtiene a partir de los conocimientos previos y por eso se busca facilitar el aprendizaje a partir de lo previo (Acosta Alamilla, 2014).

2.2 Modelo por competencias

En la evolución de los ambientes laborales el concepto de competencia adquirió relevancia como una nueva forma de establecer los conocimientos y las habilidades necesarias para que un trabajador desarrollara sus tareas.

De lo laboral el término pasó al ámbito educativo y se convirtió en un referente para la formación que requieren las personas en la sociedad global presente. De manera que las competencias se construyeron en la educación con el mismo esquema que tuvieron dentro del sector laboral referente al saber, saber hacer y al ser.

Las competencias se convirtieron en la respuesta presente para el logro de la formación que se debe de prolongar a lo largo de la vida de la persona. En educación, son un conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y aptitudes, que relacionadas entre sí, le permiten a la persona argumentar, proponer y actuar en todos los aspectos de su vida.

Tomando en cuenta lo anterior se entiende que las competencias abarcan un espectro muy amplio de la vida y por este pueden establecer competencias laborales, científicas, personales, ciudadanas, básicas, entre otras (Miklos, 2009).

El uso del término competencia a nivel institucional aplicado en el desarrollo de la formación profesional es reciente y no apareció de forma aislada, al mismo tiempo se empezó a usar junto con otras innovaciones como el auto aprendizaje, la validación de los aprendizajes previos, el constructivismo social, la construcción de conocimiento, entre otros (Mulder, Weigel, & Collings, 2007).

Las competencias, como término o definición, nos remite a muchas interpretaciones y propuestas de definiciones, algunas sumamente sencillas y otras en extremo complejas; lógicamente el término se ajusta conforme su contenido evoluciona con la aplicación de la definición operacional, sin embargo, y para dar una idea general de qué son las competencias las podemos definir como saberes de ejecución (Argudín Vázquez, 2014).

Actualmente una definición que puede guiar al lector en la comprensión de la extensión del término competencia es: la competencia se interpreta como un sistema más o menos especializado de capacidades, competencias o destrezas que son necesarias o suficientes para alcanzar un objetivo específico (Eurydice, 2012).

Curiosamente dentro de la definición se usa nuevamente el término competencia y es que como se mencionó anteriormente las competencias son potenciales de acción, es saber hacer, el cual no viene dado por la herencia. El saber hacer es un proceso desarrollado a través de la educación, la experiencia y la práctica.

Se puede entender la competencia como un conjunto de conocimientos, destrezas y actitudes que una persona puede movilizar para actuar de forma eficaz ante las demandas de un contexto. Por estas características las competencias se apoyan en el desarrollo de aspectos cognitivos, afectivos, socioemocionales y físicos (Mérida Serrano & García Cabrera, 2005).

Dado que la educación y su actividad formadora y socializadora, es la responsable de la adquisición de las competencias por parte de los alumnos se debe observar con detenimiento cuáles han de ser los conocimientos, las habilidades y las actitudes que los alumnos deben de exhibir al finalizar su formación, claro que esto debe de estar contextualizado al nivel académico correspondiente para así poder acceder a la vida adulta profesional con las capacidades necesarias para el correcto desempeño de sus funciones como individuo, comunidad, ciudadano y persona económicamente activa (Consejería de Educación, 2014).

De lo anterior se deriva que las competencias no nada más son conocimientos, de hecho, son habilidades que ponemos en acción para hacer frente a demandas del ambiente en diferentes esferas de la vida y de complejidad variable, que al final movilizan recursos psicosociales en los que van incluidos actitudes y destrezas (OCDE, 2014).

El término competencia muestra un interés en lo que se consideraría un objetivo significativo y en el contenido del aprendizaje que va a constituir el desarrollo personal de los alumnos y la posición en el dominio de los conocimientos que se consideren como los mejores para su preparación para su funcionamiento correcto en sociedad.

La educación basada en competencias se determina a partir de funciones y tareas precisas, esto lleva al desarrollo de saberes de ejecución. Una competencia implica la destreza para la demostración de una secuencia de comportamientos concatenados que funcionalmente guardan una relación directa con el desempeño o con el resultado para alcanzar una meta (Argudín, 2014).

Como se puede suponer entonces una competencia está presente cuando la persona muestra la capacidad de llevar a cabo una tarea o una actividad según los criterios definidos previamente para dicha competencia, ya sea la escuela, la empresa, o el área en la que se deba de mostrar la conducta.

Hasta este momento se ha dado una explicación genérica sobre las competencias, sin embargo, es prudente observar que por definición se pueden hacer varias distinciones o clasificaciones de las competencias como por ejemplo en el ámbito laboral y en el ámbito educativo.

La distinción radica principalmente en que en el ámbito laboral las competencias son capacidades que se consideran en su despliegue en cuanto al mundo de la empresa, es decir, en situaciones laborales, en el despliegue de sus reglas, de sus procedimientos, consecuencias e instrumentos, mientras que en el ámbito educativo la demostración de la competencia puede ser aceptada en un ámbito de evaluación educacional. Se podría pensar entonces en la importancia

que tiene el diálogo entre el planteamiento educativo y el planteamiento laboral para generar modelos integrados de competencias (OPS/OMS, 2014).

En situaciones de formación la competencia se debe de pensar como un cuerpo intencionado con un propósito pedagógico en el que se puedan realizar acciones de construcción de habilidades, así como de destrezas y que además se puedan reconstruir.

La escuela se ha transformado para que en el mejor de los casos las personas se integren a la vida adulta que en parte se caracteriza por la habilidad de poder independizarse de las familias de origen para trazar un rumbo propio que les permita trascender en su vida, desafortunadamente lo que se observa es que los jóvenes salen de las escuelas con mucho conocimiento, pero no salen competentes.

La sociedad moderna exige saber, es decir, tener conocimiento, pero también exige saber hacer y vemos justamente en ese saber hacer que la escuela tiene problemas en muchas ocasiones en explicar o justificar porque pasamos tantos años de nuestra vida en las aulas, pero nos cuesta demasiado trabajo adaptarnos a la vida fuera de ella (Perrenoud, 1999).

Las competencias al ser acciones deben de poder demostrarse en contextos prácticos y de manera teórica, comunicable y criticable por otras personas diferentes de aquellas que originan la competencia que se desea evaluar.

La no demostración de las competencias normalmente se da por la carencia de algunos rasgos actitudinales, aptitudes y capacidades requeridas que fomentan la actuación deseada determinada por la competencia indicada.

Las competencias también necesitan considerar el enfoque al que se adhieren, tradicionalmente han existido tres enfoques o modelos en este tema: el enfoque conductista, el enfoque funcional y el enfoque constructivista (Martin, Weigel, & Collings, 2007).

El enfoque conductista de competencias se basa en determinar las competencias que exhiben los mejores trabajadores (por ejemplo) y convertirlos en el referente del mejor desempeño y para lograrlo trabaja en términos cerrados de causas y efectos de problemas, hace mucho énfasis en las características de los sujetos por lo que se deben de observar las conductas visibles o no encubiertas como referentes únicos (Florián Escobar, 2014).

De lo explicado se define entonces una competencia conductual como aquello que las personas que muestran un alto desempeño están dispuestas a seguir haciendo de forma constante y continua para obtener resultados superiores (Idea Lab, 2014).

Aunque resulta atractivo el enfoque y puede ser fácilmente adaptado por las empresas, escuelas y escenarios donde se necesiten modelos por competencias es importante mencionar que se basa en un modelo explicativo que se agotó hace tiempo (el conductismo) y que además define a partir de un análisis funcional proponiendo explicaciones muy genéricas que pueden interpretarse para casi todo.

El modelo funcional de las competencias hace referencia a los resultados o desempeños predefinidos, operacionalizados adecuadamente y concretos que la persona debe de mostrar; dichas definiciones nacen de analizar las funciones que se llevan a cabo en actividades dentro de la organización (Idea Lab, 2014).

La característica de este modelo es que parte del presupuesto de que existen ciertos resultados mínimos que deben de garantizarse en el desempeño de ciertas actividades, por lo que las competencias se establecen a partir de la determinación de la cadena productiva de valor, lo que importa es el resultado y no cómo se hagan las cosas (Saracho, 2005).

Un gran problema que podemos observar con este modelo es que la persona puede perder la oportunidad de generar en su repertorio de habilidades las necesarias para en caso de cambiar los resultados exigidos poder seguir dando buenos resultados.

Por último, el enfoque constructivista parte de analizar las relaciones que existen entre los grupos y el entorno, además considera las competencias dentro de los procesos de resolución de problemas por lo que son más fluidas y permeables a los acontecimientos del ambiente en el que se encuentra la persona (Idea Lab, 2014).

Dado que las competencias se enseñan en ambientes debidamente contextualizados, no se debe de omitir que su desarrollo también debe de fomentar el pensamiento crítico, la autoestima y las ganas de conocer más allá de la zona de confort actual.

La formación basada en competencias debe de incluir los componentes éticos y de valores que la persona debe de desarrollar. Un aspecto importante a resaltar es que las competencias están ligadas a la actividad de resolución de problemas el cual a su vez se constituye como la base para construir competencias y reconstruirlas en cuanto sea necesario.

De manera simple podemos dividir los tipos de competencias en dos dimensiones. La primera sería la que corresponde a las competencias de nivel básico, estas incluyen habilidades y destrezas cognitivas de baja abstracción, como por ejemplo los procesos que incluyen el acto de recordar reproducir información, entre otros.

Las competencias básicas son las que se identifican como capacidades y habilidades que se relacionan con conocimientos netamente utilitarios para el logro o resolución de problemas.

En segundo lugar, está la dimensión de las competencias de nivel superior, estas competencias ya implican habilidades, destrezas y capacidades para la integración del saber, aunado al encadenamiento de competencias menores.

En esta dimensión se incluyen habilidades para la descomposición de la totalidad de manera que se puedan entender sus partes constitutivas, reordenarlas y reconstruirlas con nuevos elementos del saber.

Las construcciones mentales de nivel superior deben de incluirse en el nivel de las competencias de especialización, ya que para lograr la especialización de una persona pueden ser suficientes sólo algunas habilidades o sólo algunas destrezas cuya meta sea la reproducción de la acción sin creatividad (Olivares Escanilla, 2007).

En general se ha podido apreciar cómo las competencias han sufrido grandes cambios dependiendo de que parte del proceso de actuación de la persona sea el importante, además se puede apreciar cómo se van adaptando a las distintas maneras de percibir el mundo, desde el conductista donde el mundo interno de la persona pasa a un segundo grado, pasando por el funcional en el cual la gente es mero instrumento productor único de resultados hasta el constructivista en el cual las capacidades de la persona son centrales para poder resolver problemas.

Al final el enfoque basado en competencias (tanto laboral como educativo) es sumamente importante porque en primer lugar enfatiza la relación que existe entre el desarrollo socioeconómico y la capacidad de la persona para construirlo. Segundo, las competencias se convierten en un punto convergente entre la capacitación, la educación, el entrenamiento y el empleo. Tercero, permite mantener procesos flexibles que puedan hacer frente a los cambios tan demandantes y radicales que se viven actualmente. Cuarto, el enfoque basado en competencias es una propuesta para dar solución a las necesidades de generar personas que puedan ser competentes en sus desempeños y no nada más teóricos que no sepan ejecutar lo que saben (Díaz & Arancibia, 2002).

2.2.1 Competencias clínicas

Nuestro país ha participado en foros en los que se debaten y se acuerdan las directrices futuras para los estudios en Psicología, entre los resultados de estos trabajos encontramos que se destaca un papel central en la integración de ciencia-práctica en cada uno de los aspectos de la educación y del entrenamiento, así como lo es la importancia de que la práctica esté informada y basada en evidencias (Kaslow, y otros, 2004).

También en la escena nacional se encuentran algunos esfuerzos por la actualización académica, específicamente hablando hacia el modelo de competencias, las cuales funcionan como ejes rectores para algunas certificaciones y se basan en las conclusiones de grupos de trabajos conformados por psicólogos de diferentes instituciones, estas competencias son:

- Conceptual.
- Técnica.
- Adaptativa.
- Metodológica.
- Contextual.
- Ética.
- Integrativa.

En el contexto actual de la psicología y específicamente en la psicología clínica mexicana siguen observando propuestas por parte de algunas universidades del país, por ejemplo, la Universidad de Monterrey en el Área de Psicología Clínica existe una propuesta académica para alumnos de séptimo semestre (Quiroga-Garza, 2011).

El curso en cuestión se llama Aplicaciones en Psicología Clínica y persigue dentro de sus objetivos, que el alumno termine de consolidar las cinco competencias que se tienen planteadas en el plan curricular de su carrera:

1. Relaciones interpersonales.
2. Intervención.
3. Investigación.
4. Evaluación.
5. Consultoría.

El programa en cuestión está dirigido como una experiencia en función del programa curricular de la misma universidad, por lo que sólo los alumnos de dicha universidad pueden acceder al entrenamiento, lo que evidentemente limita sus alcances y no permite una generalización y comparación adecuada de los

resultados contra otras instituciones educativas al no haber correspondencia entre los programas o propuestas que se pueden evaluar.

A pesar de los esfuerzos que pueden hacer de manera aislada algunos institutos e individuos, la formación de psicólogos en México, se ha impulsado a partir de una premisa errónea y es que el conocimiento científico no sigue una relación con el conocimiento potencialmente aplicable, de manera que este último mantienen sus propias reglas de operación, esto al margen de un examen crítico de dónde proviene, por ejemplo, de si es o no es pertinente a la dimensión de la psicología y si tiene los criterios de los quehaceres y saberes científicos y tecnológicos (Piña, 2010).

El acuerdo general es que las funciones del psicólogo clínico involucran el diagnóstico, el tratamiento derivado de dicho diagnóstico y la investigación que tenga relación con el comportamiento humano. Se busca, a partir de lo mencionado, la explicación y la comprensión de la conducta para poder predecirla y modificarla.

El psicólogo clínico tiene la necesidad de conocer o poseer algunos conocimientos clave, como por ejemplo en lo que corresponde al diagnóstico, el psicólogo clínico orienta sus esfuerzos hacia la apreciación de las propiedades cognitivas de la persona bajo estudio, determina los problemas en esas dimensiones y en la personalidad.

Esto lo puede hacer a través de la entrevista, de la observación directa, de la observación indirecta y en caso de considerarse necesario mediante la aplicación de ciertos tests (Amoros, 1980).

Si consideramos lo anterior como parte de las competencias podemos ver que las llamadas competencias profesionales involucran la posesión y el desarrollo de habilidades, de conocimientos, destrezas y actitudes que permiten que la persona logre o sea capaz de llevar a cabo actividades en el área profesional en la que se desenvuelve, esto además lo debe de lograr de manera eficaz, eficiente y pertinente.

Por lo tanto, se debe de considerar en las competencias la capacidad de adaptarse a diferentes situaciones, a la posibilidad de anticiparse a los problemas, a la evaluación de las consecuencias y a la participación activa de manera que se mejore su práctica.

Las dimensiones necesarias en el área de la psicología a partir de lo mencionado pueden agruparse: diagnóstico, tratamiento, evaluación e investigación del tratamiento (Yáñez-Galecio, 2005).

Estas dimensiones si son desglosadas en competencias específicas incluyen: tratamientos psicológicos de niños, adolescentes, adultos y familias; entrevista y diagnóstico clínico; conocimientos de modelos psicológicos y redacción de casos clínicos. Sin embargo, también se debe de incluir la competencia de elaborar proyectos de intervención (Herrera Cabezas, Restrepo Álvarez, Uribe Rodríguez, & Lopez Lesmes, 2009).

Es por esto que dentro del área de la psicología el modelo de Formación Basado en Competencias (FBC) es una alternativa viable a los desfases educativos que existen al no adaptarse (las instituciones) a la velocidad de los cambios sociales, culturales, técnicos y científicos del mundo globalizado; aunado a esto también se debe de considerar que la posesión de un título no garantiza la pertinencia de los contenidos aprendidos para el mundo laboral (Yáñez-Galecio, 2005).

Las competencias profesionales del psicólogo se constituyen como una adaptación de las competencias teóricas y metodológicas que se han desarrollado en la práctica científica a las circunstancias muy particulares que delimitan cada problema desde una perspectiva social (Ribes Iñesta, 2006).

En general el presente trabajo enmarcaría las competencias específicas del psicólogo clínico ya que son estas las que tienen una relación directa con la ocupación y definen lo que un profesional debería de ser capaz de realizar en su área (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2014).

Es decir, las competencias específicas del psicólogo clínico son las que describen la capacidad para obtener resultados derivados de un desempeño eficiente aunado a la calidad del psicólogo en los contextos de salud pertinentes.

2.2.2 Evaluación de las competencias

Antes de dirigir la disertación hacia las competencias en particular se considera necesario iniciar desde la conceptualización de la evaluación del aprendizaje.

Dicha evaluación es un proceso que incluye la recolección de información de carácter cualitativo y cuantitativo relacionada con el logro de los propósitos curriculares. Además, emite juicios y orienta en la toma de decisiones académicas para mejorar el nivel de rendimiento y logro del educando (Frola, 2014).

La evaluación de competencias también es un proceso con características funcionales, sistémicas, continuas, integrales, orientadoras y cooperativas con la intención de poseer información sobre la manera en la que el alumno demuestra su competencia a través de sus desempeños.

El proceso de evaluación de las competencias tiene un carácter cualitativo y diagnóstico en el cual se necesita tener claro cuáles son las finalidades del módulo en el que se desarrollan, el bloque temático en el cual se insertan, el proceso de recolección y seguimiento de evidencias; aunado a lo anterior se puede observar que la evaluación de las competencias es un proceso que requiere que se genere una situación en la cual la competencia se pueda demostrar (Quijano Hernández, 20003).

Es por lo mencionado que las competencias necesitan de un cambio importante en la manera en la que el docente se relaciona con su clase, ya que no puede generar ni evaluar competencias si no adapta las actividades para que los alumnos puedan adquirirlas y evidenciarlas.

Por último, es necesario comentar que para evaluar una competencia se necesita como mínimo (Argudín, 2014):

- La definición de criterios de desempeño requeridos.

- La definición de los resultados individuales que se necesitan.
- Realizar un acopio de las evidencias sobre dicho desempeño.
- La comparación de las evidencias con los resultados.
- Realizar una serie de juicios sobre los logros observados en los resultados.
- Determinar una calificación que va de competente a no competente.
- Realizar un plan para la ayuda y desarrollo de las áreas calificadas como no competentes.
- Evaluar el resultado o el producto final.

En síntesis se puede mencionar que las competencias son amplias y flexibles y necesitan, para su incorporación, de diversas experiencias sociales puesto que son saberes de ejecución. La educación basada en competencias es un enfoque que evidencia el aprendizaje de conocimientos, de habilidades, de actitudes y de comportamientos para un desempeño esperado y definido (Acosta Alamilla, 2014).

Para evaluar los saberes de ejecución es necesario evaluar las competencias a través de diferentes métodos que permitan la recolección suficiente de evidencias que en última instancia permitan la generación de un juicio crítico que denote la apropiación por parte del alumno del conocimiento, habilidades y actitudes.

Capítulo 3. PREPARACIÓN Y PRÁCTICA PROFESIONAL

3.1 Preparación de los psicólogos en México

La implementación de currículos basados en competencias ha sido revisada a partir de las experiencias de otros países y aun cuando se han tenido avances en lo que corresponde a la reflexión, a la investigación, al debate y a la aplicación de los enfoques basados en competencias aún se requiere seguir avanzando en la materia (Tobón, 2008).

En lo que corresponde a la psicología y la formación basada en nuevos modelos curriculares tenemos que la educación y la credencialización del profesional de esta área es un tema que constantemente se adapta y que busca modificar sus parámetros curriculares para poder hacer frente a los nuevos modelos laborales que se generan en el mundo globalizado.

Sin embargo, la psicología en nuestro país todavía no se logra concretar como un ejercicio profesional. No existen grupos o instituciones que estén vigilando la labor del clínico en sus facetas científicas y profesionales, ni pensar que orienten a los usuarios.

Ejemplo de lo anterior es que el psicoanálisis se sigue aplicando como modelo de intervención enseñado por universidades de prestigio en el país, aun cuando la evidencia indica que no funciona y que se ha convertido en un modelo de aplicación de países con poco desarrollo económico (Vargas Bustos, 2011).

Es importante, en este contexto, considerar que la enseñanza en Psicología en nuestro país como carrera formal se inicia en 1937 en la UNAM y que el primer doctorado no se ofertó sino hasta 1956, sólo seis años después de que se abriera la carrera por primera vez en una universidad privada.

Esto se menciona porque como se puede apreciar la carrera no tiene más de 65 años en el sector privado (ver Tabla 1) y cerca de 78 años en el sector público, por lo tanto, es una carrera muy joven (Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología, 2012).

Tabla 1

Etapas de la formación del psicólogo tomando en cuenta los momentos de cambio de planes de la UNAM.

Año	Tendencia en la formación	Fase de la identidad profesional
1937	La psicología depende de los modelos médicos y de la filosofía	Indiferenciada
1945	Ambivalencia entre el modelo médico y el psicoanálisis La medición y la investigación	Identificaciones contingentes
1949	cuantitativa se vuelven tendencia. Se incorporan técnicas de investigación y estadística	Diferenciación y construcción de referentes propios
1952	Predominio de la formación hacia lo clínico	Identificación parcial de los componentes
1960	Psicología conductual y experimental como referentes principales	Representación cognitiva parcial
1970	Oscilación entre conductismo y psicoanálisis	Representaciones ambivalentes
1977	Tendencia a la formación centrada en la disciplina por confluencia de diversas orientaciones	Representación cognitiva global

TABLA 1

Continuación

1990	Predominio de orientación teórica rica con inclusión de prácticas aunado a la tendencia de incorporación de todas las orientaciones sin campos de especialización	Representación cognitiva y profesional
2000	Tendencia a la formación centrada en prácticas profesionales	Representación profesional

Tomado de "La formación profesional del psicólogo en México, trayecto de la construcción de su identidad disciplinar (Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología, 2012).

La realidad de la psicología mexicana es que lleva mucho tiempo acumulando una serie de contradicciones peligrosas para el profesional y para quienes acuden con dicho psicólogo, una de las contradicciones o problemas es que existe una brecha entre los objetivos profesionales y la formación profesional que se recibe en una institución (Millán, 2016).

A pesar de lo anterior resulta interesante el hecho de que México fue el primer país que logró la implementación de un proceso educativo basado en competencias, por medio del proyecto de Modernización de la Educación Tecnológica y la Capacitación, el cual fue desarrollado por el Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral (Herrera Cabezas, Restrepo Álvarez, Uribe Rodríguez, & Lopez Lesmes, 2009).

Con todo y los avances actuales siguen existiendo tensiones para la implementación de programas académicos basados en los modelos actuales de competencias.

Cuando se propusieron en la década de los noventas no todas las instituciones adoptaron este tipo de programas (ver Tabla 2) o decidieron modificar

sus programas, sin embargo, es importante señalar que sí existen intentos por modernizar el currículo hacia competencias (Castañeda, 1995).

Tabla 2

Instituciones que han modificado sus planes de estudio del enfoque tradicional al enfoque por competencias

Institución	Enfoque Tradicional	Enfoque por competencias
Instituto Tecnológico de Sonora	✓	
Universidad Autónoma de Aguascalientes	✓	
Universidad Autónoma de Baja California (Mexicali)	✓	
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez	✓	
Universidad Autónoma de Coahuila	✓	
Universidad Autónoma de Guanajuato	✓	
Universidad Autónoma de La Laguna	✓	
Universidad Autónoma de Nuevo León	✓	
Universidad Autónoma de Puebla	✓	
Universidad Autónoma de Querétaro	✓	
Universidad Autónoma de San Luis Potosí	✓	
Universidad Autónoma de Sinaloa	✓	
Universidad Autónoma de Yucatán	✓	
Universidad Autónoma de Zacatecas	✓	
Universidad Autónoma del estado de México	✓	

Tabla 2

Continuación

Universidad Autónoma Metropolitana	✓	
Universidad de Ciencias y Artes del estado de Chiapas	✓	
Universidad de Colima	✓	
Universidad de Guadalajara	✓	
Universidad de Sonora		✓
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco	✓	
Universidad Nacional Autónoma de México (CU)	✓	
Universidad Veracruzana (Xalapa)		✓

Tomado de "El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales" (Piña, 2010).

Las competencias constituyen una organización funcional de habilidades para cumplir un criterio, por lo tanto, la competencia es un concepto que una o vincula criterios de eficacia o de ajuste (lo que se conoce como aptitud); en una situación con las habilidades que tienen que practicarse para cumplir con dicho criterios.

Esto debe de ser entendido dentro de la noción de que una característica importante del trabajo en las sociedades humanas es que se ha ido especializando en función de las demandas sociales de forma que podemos considerar que existen especializaciones (como ser psicólogo) y especializaciones de profundización (como ser psicólogo clínico cognitivo-conductual).

En nuestro país y como ya se mencionó, la carrera de psicología es una carrera de la que los egresados no pueden ingresar directamente al área clínica porque no cuentan con las competencias específicas necesarias y porque la ley indica que es necesario tener estudios de post grado o de especialización.

Sin embargo, el alumno se topa con que algunas universidades piden como requisito de egreso la aplicación del Examen General de Egreso de la Licenciatura (EGEL); dicho examen evalúa el área clínica del psicólogo a través de tres grandes dimensiones: Evaluación, Intervención e Integración.

Desde el punto de vista del presente escrito la existencia de esas evaluaciones en la licenciatura son un sin sentido, porque la carrera en sí no tiene ni las materias, ni los espacios necesarios para desarrollar dichas competencias y en todo caso el conocimiento que el alumno pueda adquirir será netamente teórico y superficial.

De lo mencionado en este capítulo se puede apreciar que el contexto de la psicología clínica en nuestro país es sumamente complejo y en general deficiente para la adecuada formación de las competencias necesarias por los psicólogos que quieren dedicarse al área clínica.

3.2 La práctica profesional del psicólogo clínico

Algunos autores plantean que la profesión del psicólogo en México está en crisis (Procoro, 2016), en parte por la desvinculación histórica de la psicología mexicana con respecto a lo que realmente se necesita en diferentes zonas de nuestro país, así como el predominio que existe de intereses grupales por parte de grupos de docentes en la materia que llevan a determinaciones de los objetivos de los profesionales, de los objetivos educativos y hasta de los objetivos de la investigación.

Otro problema que representa un reto para el psicólogo mexicano es que existe confusión teórica y confusión práctica en las escuelas disponibles de manera que se terminan importando modelos psicológicos que no han probado su valía en poblaciones nacionales.

La psicología mexicana no ha sido capaz de concretarse como un ejercicio profesional auto regulado o en su defecto por instancias legales; desafortunadamente no existen grupos o instituciones que vigilen lo que el psicólogo realiza tanto en lo correspondiente a la ciencia como en lo

correspondiente a la actividad profesional y menos para vigilar y resolver lo concerniente a las personas afectadas por malas actuaciones del psicólogo (Vargas Bustos, 2011).

Lo anterior se menciona en el sentido de que no existe un órgano regulador al cual dirigirse en caso de problemas y lo interesante es que sí asociaciones civiles y organizaciones, pero resulta que no promueven servicios psicológicos hacia la comunidad, de hecho menos del 1% de dichas organizaciones lo hace (Aguilar Morales, Vargas-Mendoza, Castellanos Muñoz, Ruiz Altamirano, & Villaseca Jiménez, 2004).

Además, las organizaciones de profesionistas que logran su constitución como colegios se regulan de manera específica de acuerdo a la Ley Federal de Profesiones. Los colegios deben mantener como objetivos:

1. El fomento de la superación profesional de sus integrantes.
2. La promoción de expedición de leyes, reglamentos y reformas que estén relacionadas con el servicio profesional.
3. El fomento de la prestación del servicio social profesional entre sus participantes.
4. Coadyuvar con las autoridades competentes en el cumplimiento de la Ley Federal de Profesiones. Además de estar registrados ante una autoridad educativa.

Los problemas en el área laboral de la psicología clínica empiezan desde este punto porque la mayoría de las asociaciones u organizaciones de psicólogos se encuentran concentradas en el Distrito Federal.

Además no todas están constituidas formalmente o tienen diferentes figuras legales diferentes, o el objetivo que persiguen no refleja las actividades que llevan a cabo, o las actividades son más amplias que los objetivos o bien en sus documentos formales simplemente no se refleja el rango completo de actividades que realizan (Vargas-Mendoza & Aguilar-Morales, 2007).

Con respecto a las asociaciones civiles existen por lo menos 60 y se pueden dividir en las siguientes categorías: asociaciones nacionales, organizaciones de escuelas y universidades, asociaciones especializadas y paradigmáticas, asociaciones regionales, delegaciones de sociedades internacionales y otras asociaciones.

Lo interesante para el ejercicio profesional del psicólogo clínico y como se mencionó con anterioridad es la falta de un órgano regulador de la profesión y es que en el país se tienen 8 organizaciones que deberían cumplir con lo ya enumerado y además tienen los problemas ya señalados.

Por eso en la Tabla 3 y en la Tabla 4 se muestran los objetivos y las actividades que cumplen las organizaciones para que sea más fácil observar como la actividad clínica realmente pasa desapercibida y por lo tanto, no hay consensos, avances y regulaciones que protejan a los usuarios de los servicios psicológicos ni a los propios psicólogos.

Tabla 3

Los objetivos de las organizaciones de psicólogos en nuestro País

Objetivos	SMP	CNEIP	FENAPSIME	CONAPSI	AMAPSI	SMAC	AMEPSO	SOMEPSO
Agrupar a los profesionistas	X							
Fomentar el intercambio científico y profesional con las distintas sociedades profesionales afines	X	X						
Integrar Estrechar nexos con asociaciones de psicólogos en ejercicio profesional		X	X					
Estimular y apoyar la investigación psicológica	X	X	X	X				
Difundir y publicar los estudios psicológicos	X				X			
Realizar actividades de divulgación de la psicología	X	X	X	X				
Mejorar la preparación psicológica	X			X				
Vigilar el ejercicio profesional			X	X				
Realizar actividades de consultoría		X	X	X				
Realizar actividades de actualización profesional				X				
Actualizar y adecuar planes y programas de estudio		X		X				

Tabla 3

Continuación

Favorecer la práctica del servicio social del estudiante			X
Representar legalmente a los psicólogos			X
Contribuir a implementar normas y leyes	X	X	
Impulsar la mejora de la enseñanza de la psicología	X	X	X
Planificar el empleo de recursos docentes y de investigación	X		
Promover programas de intercambio de alumnos y profesores	X		
Promover programas de becas	X		
Procurar recursos financieros para apoyar programas de investigación	X		X
Establecer normas de calidad para la enseñanza e investigación de la psicología	X		
Promover el establecimiento de premios de investigación	X		
Representar a los miembros	X		
Fortalecer la unidad de los miembros		X	
Promover el servicio comunitario		X	
Promover alternativas conceptuales y prácticas en la psicología			X
Contribuir para contrarrestar la dependencia científica y tecnológica			
Ofrecer capacitación: talleres, cursos, diplomados			X
Ofrecer servicios psicológicos			X

Tomado de la Asociación Oaxaqueña de Psicología (Vargas-Mendoza & Aguilar-Morales, La psicología en México: organización, poder control, 2007).

Tabla 4

Actividades de las principales organizaciones de psicología de México

Actividades	SMP	CNEIP	FENAPSIME	CONAPSI	AMAPSI	SMAC	AMEPSO	SOMEPSO
Edición de Revista de investigación	x	x			x	x	x	x
Edición de libros	x	x		x	x	x	x	x
Certificación Profesional	x		x	x				
Acreditación de escuelas de psicología	x	x						
Establecimiento de criterios éticos	x		x					
Premio a la calidad profesional	x							
Concurso Nacional de Tesis		x						
Premio Nacional de Enseñanza		x	x					
Premio Nacional de Investigación		x	x					
Premio Nacional al Mérito		x						
Premio Nacional al Ejercicio			x					
Premio Nacional al Desarrollo de la Profesión			x					
Congresos	x	x	x	x	x	x	x	x
Educación continua	x	x	x	x	x	x	x	x
Psicoterapia								
Festejo del día del psicólogo		x	x					
Actividades socioculturales					x			

Actividades de las organizaciones del país, como se puede apreciar hay inconsistencias entre las mismas, vale enfatizar que ninguna de las organizaciones brinda el servicio de psicoterapia. Además de que no todas representan ni ejecutan todas las actividades requeridas. Tomado de la Asociación Oaxaqueña de Psicología (Vargas-Mendoza & Aguilar-Morales, La psicología en México: organización, poder control, 2007).

Como el lector puede darse cuenta existen muchas inconsistencias y tensiones en la actividad profesional del psicólogo clínico. En general se trabaja sin el amparo y sin la vigilancia de organismos reguladores lo que genera la proliferación de centros de atención de dudosa calidad.

Además no existe una línea clara de profesionalización ya que cada organización propone la educación continua de acuerdo a los intereses que persigue y a la escuela teórica a la que se adscribe.

Capítulo 4. Marco metodológico

4.1 Procedimiento General

La presente investigación se realizó en dos etapas o fases, la primera llamada “Fase I: Desarrollo del programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica y una segunda etapa llamada “Estudio: Aplicación programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica”.

Tanto en la Fase I como en el estudio se plantearon metas particulares para su desarrollo y aplicación y son las que se muestran a continuación en la Tabla 5.

Tabla 5

Descripción de la investigación

Fase 1	Estudio
Objetivo general	
Desarrollo del programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica.	Aplicación del programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica.
Validación social por jueces de la intervención desarrollada.	

Tabla 5

Continuación

Objetivos específicos

<p>Integrar un programa de intervención educativa basado en competencias a partir la actividad terapéutica: entrevista y asentamiento de la información, redacción de casos, conceptualización de casos, formulación y planeación de tratamientos y actitudes del buen terapeuta.</p>	<p>Que el psicólogo registre adecuadamente la información obtenida en la sesión terapéutica.</p>
<p>Crear el catálogo de competencias en psicología clínica para evaluación por jueces expertos.</p>	<p>Que el psicólogo ordene la información de las notas clínicas de la consulta pública o privada donde se requiere el uso del pensamiento clínico-terapéutico.</p>
<p>Desarrollar el material correspondiente.</p>	<p>Que el psicólogo separe la información en los componentes de los diferentes sistemas que contribuyen al mantenimiento del problema.</p>
	<p>Que el psicólogo produzca el esquema de conceptualización de caso derivado de la información creada en la integración de caso.</p>
	<p>El psicólogo planea el tratamiento más adecuado para el paciente en función de la conceptualización de caso.</p>

Tabla 5

Continuación

El psicólogo relaciona que el pensamiento sólo puede ser sensato en función de la información en la que se basa.

El psicólogo comprende que existen condiciones necesarias para responder adecuadamente a una pregunta.

Pregunta de investigación

El "Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica"; ¿cuenta con validez social, es ética y empíricamente válida?

¿Es el "Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica" eficaz para la mejora integral de las competencias del terapeuta en psicología clínica?

Tabla 5
Continuación

Hipótesis

Ho: Los jueces expertos no están de acuerdo con la pertinencia empírica, ética y la validez social del "Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica".

Hi: Los jueces expertos están de acuerdo con la pertinencia empírica, ética y la validez social del "Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica".

Ho: Las competencias del terapeuta no difieren antes y después del "Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica".

Hi: Las competencias del terapeuta difieren antes y después del "Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica".

Variables

Variable Dependiente: El puntaje obtenido en el cuestionario de validación por jueces expertos del "programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica".

Variable Independiente: Propuesta del "Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica".

Variables dependientes: Puntajes obtenidos en los registros de evaluación de competencias.

Variable independiente: "Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica".

Tabla 5

Continuación

Tipo de estudio	
No experimental, transeccional descriptivo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).	Diseño experimental de caso único AB.
Muestreo	
El muestreo para este tipo de estudio será por conveniencia (Johnson & Kuby, 2012) tomando jueces (psicólogos) de la Universidad de las Américas (UDLA) y de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).	Los participantes del estudio fueron seleccionados por un muestro dirigido o no probabilístico (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014), en el cual se aceptaron terapeutas interesados en desarrollar sus competencias.

Se muestran los principales componentes de la presente investigación

4.2 Instrumentos y materiales

- Formato de consentimiento informado para los jueces expertos. Dicho documento describe la participación de los psicólogos en este proceso y solicita su autorización para colaborar en la validación social de la “Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica”.
- Cuestionario para la validación de la intervención por jueces expertos: cuestionario de 9 preguntas, las respuestas de los reactivos se presentan en un formato tipo Likert que incluye cinco opciones, con respuestas que van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.
- Presentación informativa: Presentación en formato PowerPoint con el objetivo y contenido desglosado y resumido sesión por sesión del

“Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica”.

- Contrato de investigación: Se plantea mediante la carta de consentimiento informando las características del estudio, en este primer momento se realiza la aclaración sobre la confidencialidad de los datos así como su posible uso, otro dato que se comenta con el participante es el involucramiento de la Universidad Virtual Hispánica de México, se aclara que el objetivo del estudio es comprobar o rechazar que el “Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica” genera cambios en las competencias de los psicoterapeutas participantes. Se aclara que la participación en el estudio es en todo momento la participación es voluntaria.
- Presentaciones en PowerPoint: estas láminas se desarrollaron con el contenido informacional de cada sesión. Cada tema presentó la misma estructura en la cual al participante se le aclaraba el objetivo de la sesión, la relación de la competencia a desarrollar con las demás competencias y los puntos más importantes (conceptualmente) a desarrollar.
- Formato de entrevista psicológica: Formato de entrevista psicológica estructurada para que el terapeuta se entrene en los apartados a evaluar en la competencia correspondiente.
- Reglas de redacción de casos clínicos: Compendio detallado de las reglas de redacción de casos clínicos necesarias para el desarrollo de dicha competencia.
- Cuadernillo de trabajo: Elaborado como material de apoyo en el que el terapeuta tiene la información más relevante de la sesión y con espacios para realizar anotaciones pertinentes.

- Formato de evaluación de competencias clínicas: Formato creado para la evaluación de competencias en psicología clínica de acuerdo a la propuesta planteada en el presente trabajo.

4.3 Procedimiento

4.3.1 Procedimiento de la Fase I

Se llevó a cabo la revisión de la literatura relacionada con el desarrollo e impacto de las competencias en psicología clínica para posteriormente integrar los conceptos más importantes: entrevista y redacción de notas clínicas, redacción de casos clínicos, conceptualización de casos clínicos, diseño y propuestas de tratamiento, actitudes del terapeuta eficaz.

A partir de la información obtenida se realizó un bosquejo del perfil del psicólogo clínico basado en competencias profesionales. Estos elementos se tradujeron en reactivos para ser evaluados por jueces expertos, considerando las características que se pueden apreciar en sus constructos más esenciales.

Se realizaron adaptaciones a los temas abordados por sesión, con las técnicas utilizables en el material requerido y en la asignación de actividades en casa. Se desarrolló el siguiente material adicional:

- Consentimiento informado para jueces y participantes.
- Carta descriptiva de los objetivos y procedimientos sesión por sesión.
- Cuadernillo para los alumnos con los conceptos más relevantes.
- Presentación en PowerPoint del protocolo educativo para psicólogos y psicoterapeutas especialistas en la materia.
- Cuestionario para la validación por jueces expertos.

Una vez desarrolladas las cartas descriptivas y los materiales se procedió a contactar a psicólogos con posgrado de la UDLA y de la UNAM. Posteriormente se les presentó el formato de consentimiento informado, se realizó una breve presentación sobre el “Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica” y finalmente se les

pidió que contestaran el cuestionario para la validación de la intervención por jueces expertos.

El equipo de jueces expertos evaluó la intervención en las siguientes dimensiones:

- El objetivo del estudio permite mantener la integridad de los participantes.
- El número de sesiones es apropiado para el logro del objetivo del "Programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica".
- El objetivo de la intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica se encuentra correctamente respaldado de forma teórica.
- La planeación de cada sesión considera la adquisición de conocimientos y práctica.
- Las estrategias educativas utilizadas por sesión son las pertinentes de acuerdo a las metas, competencias e indicadores por sesión.
- Las tareas son adecuadas para la práctica y adquisición de habilidades por sesión.
- Las tareas y registros son fáciles de utilizar por parte de los participantes.
- El procedimiento es adecuado para el logro de los objetivos de la intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica.
- De acuerdo a su experiencia usted considera que con esta propuesta de intervención educativa los participantes se verán beneficiados.

4.3.2 Procedimiento del Estudio

Se contactó a psicoterapeutas que pudieran estar interesados en participar en la intervención. Una vez identificados a los posibles candidatos se procedió a contactarlos, se establecieron los horarios y espacios pertinentes para cada uno de los participantes con la finalidad de dar inicio a la intervención.

A los interesados que cubrieron los criterios para participar en este estudio se les entregó de forma individual la carta de consentimiento informado y se dio inicio a la intervención.

Cada sesión persigue fines específicos y están interconectadas de tal manera que los contenidos se complementen con el paso de las semanas. Esta intervención contempló que en caso de ser necesario trabajar con el terapeuta en entrenamiento más de una vez a la semana por la dificultad que pudiera presentar en la asimilación de los contenidos conceptuales, las sesiones se dividirán poniendo más énfasis en la asimilación de los conocimientos de manera rápida, el contenido de las sesiones se detalla en el próximo capítulo.

Criterios de inclusión

Los candidatos para participar en el protocolo de investigación debían tener una edad mínima de 18 años, de género indistinto, que cumplieran con los requisitos legales mínimos necesarios para ser psicoterapeutas. Con posgrado finalizado en psicoterapia o en curso, preferentemente con orientación de corte cognitivo conductual o afín y que tuvieran pacientes activos al momento de iniciar la intervención.

Criterios de exclusión

Psicólogos sin posgrado, psicólogos sin pacientes activos al momento de empezar la intervención, psicólogos que no estuvieran dispuestos a participar en los horarios y lugares determinados para la intervención.

Criterios de eliminación

Psicólogos que dejaran de asistir a dos entrenamientos consecutivos, psicólogos que no cumplieran con la agenda de entregas de actividades programadas.

Escenarios

Consultorio del privado.

CAPÍTULO 5. CONTENIDO DE LA PROPUESTA

Aunque las competencias sean específicas al tipo de trabajo en particular al que hacen referencia, no siempre están claramente delimitadas, esto en ocasiones se debe a que las fronteras entre tareas, funciones y roles no están claramente operacionalizadas.

Para hacer un perfil de competencias se debe de seguir:

1. Análisis ocupacional, en donde se detalla la información de roles, funciones, tareas.
2. Análisis de competencias, se establecen las competencias requeridas, las formas asociadas de conocimiento, habilidades y actitudes.
3. Modelizar las competencias, se hace un bosquejo de las relaciones entre las competencias particulares, los conocimientos, habilidades, actitudes y disposiciones.
4. Contrastar el modelo, se evalúa la validez del modelo y se establecen los parámetros que predicen las competencias.

Los dos primeros puntos se pueden hacer de manera sencilla con métodos convencionales de análisis de tareas y de trabajo; en la práctica el juicio de expertos y la conducta de expertos se acepta como base para llegar al perfil de las competencias. Los dos últimos pasos se pueden considerar como pasos para el refinamiento y confirmación empírica de las competencias (Roe, 2003).

5.1 Sesión #0: Introducción

La primera sesión es introductoria a la “Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica”. La sesión es de encuadre y de aclaración de dudas, así como de establecimiento de la agenda y firma de consentimientos informados.

En esta sesión se busca brindar un panorama general sobre la propuesta educativa y sobre el trabajo que se espera de parte del psicólogo. NOTA: las cartas descriptivas de todas las sesiones se encuentran en los Anexos.

5.2 Sesión #1: Registro de información

Las notas de evolución o notas clínicas son aquellas que se redactan con cada visita del profesional de la salud al paciente. En ellas es necesario asentar el estado clínico del paciente así como su respuesta al tratamiento (Castro & Gámez, 2015).

Las notas tienen la ventaja de que se integran correctamente con los apartados de la entrevista psicológica y permitirá en su momento integrar adecuadamente los apartados de la redacción de casos clínicos (competencia siguiente, en el apartado 5.3).

5.2.1 Saber

- El psicólogo registra adecuadamente la información obtenida en la sesión terapéutica.
 - Reconoce los apartados de una entrevista psicológica.
 - Escribe los datos obtenidos en el apartado correspondiente de la entrevista en la sesión.
 - Designa la información en el formato SOAP.

5.2.2 Saber hacer

Los apartados generales de las entrevistas están en función de la institución en la que se realiza el trabajo clínico y la formación propia del terapeuta. Para fines de la presente intervención la entrevista sugerida (Fernández-Ballesteros, 2015) contienen los apartados generales de las entrevistas tradicionales (ver Tabla 6) y permite un adecuado ejercicio intelectual para facilitar la transición del terapeuta en las competencias sugeridas.

Tabla 6*Apartados de la entrevista*

Tema	Objetivo
Datos personales	<ul style="list-style-type: none">• Anotar los datos personales y de identificación del paciente.
Demanda y problema	<ul style="list-style-type: none">• Escribir la descripción detallada del motivo de consulta así como su historia y evolución.
Otros problemas potenciales	<ul style="list-style-type: none">• Revisar la historia de otros problemas meta que pueden afectar la evolución del paciente.
Condiciones familiares actuales	<ul style="list-style-type: none">• Revisar la historia de la familia y el impacto del problema en su sistema familiar.
Historia familiar	<ul style="list-style-type: none">• Conocer la historia con cada uno de los integrantes de su familia.
Historia de educación y formación	<ul style="list-style-type: none">• Investigación de la vida académica, tanto de sus logros como de los problemas que existieron.
Historia laboral	<ul style="list-style-type: none">• Investigación de la vida laboral, tanto de sus logros como de los problemas que existieron.
Historia de intereses y entretenimientos	<ul style="list-style-type: none">• Revisión de pasatiempos y actividades lúdicas.
Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none">• Se investiga sobre su vida social, amistades, compañeros de trabajo/escuela y habilidades sociales.

Tabla 6

Continuación

Vida sexual	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación de la conducta sexual del paciente así como de su grado de información y conductas de riesgo.
Historia de salud	<ul style="list-style-type: none">• Análisis general de su estado de salud y de la historia de padecimientos personales y familiares.
Valores, creencias	<ul style="list-style-type: none">• Valoración de los esquemas de segundo orden (motivacionales, valorativos, conceptuales, constructivos).

Adaptado para su apreciación del formato del autor Fernández-Ballesteros (2015)

Notas SOAP

Existen diferentes formatos y diferentes maneras de asentar la información obtenida durante las sesiones, cada formato depende de la institución y modelo de formación. Para el presente modelo de intervención se muestra la Nota SOAP (Cantale, 2003), la cual es un acrónimo de las palabras en inglés:

S: subjective (subjetivo).

O: objective (objetivo).

A: assessment (valoración).

P: plan (plan a seguir).

La estructura de una nota SOAP queda determinada de la siguiente manera, orden y contenido:

Problema principal

Se anotan los problemas que afecten al paciente y que se aborden en la sesión. Este apartado es sumamente dinámico ya que pueden ir apareciendo nuevos problemas y además se van resolviendo otros.

Subjetivo

En este apartado se debe de anotar toda la información que se haya obtenido por medio del paciente, de la familia, cuidadores, enfermeras y del propio paciente.

Objetivo

El terapeuta anotará en este lugar toda la información clínica que él mismo obtuvo, ya sean los resultados del examen mental, los datos clínicos que él observa o hasta los resultados de análisis de laboratorio y pruebas psicológicas administradas.

Análisis:

Se realiza una conclusión de la evaluación realizada y del caso en general. Se evalúa el estado del paciente y la evaluación de la terapia que está recibiendo.

Plan:

Se asientan las estrategias del tratamiento clínico a seguir y de la terapia farmacológica que pueda estar llevando a la par con el tratamiento psicológico.

Como se puede ver tanto los apartados de la entrevista como el formato SOAP permiten una conducción adecuada de la entrevista psicológica y facilitan el correcto asentamiento de la información (Castro & Gámez, 2015) y además permiten que el terapeuta tenga una visión amplia y clara del momento en el que se encuentra en el avance de las sesiones.

Esta información ordenada en la propuesta, aunque útil por sí misma de esta manera, necesita integrarse y usarse en niveles superiores de trabajo para poder completar el trabajo terapéutico. En la siguiente competencia se sube un

nivel y de conocimiento (competencia presente) de pasa a comprensión a través de la redacción del caso clínico.

5.2.3 Saber ser

El psicoterapeuta valora la importancia del acomodo correcto de la información obtenida por el paciente en la sesiones. Usa los formatos estandarizados para la redacción de entrevista y nota clínica en psicoterapia.

5.3 Sesión #2: Redacción de casos clínicos

El poder compartir casos clínicos facilita el aprendizaje continuo del profesional así como la comunicación hacia el consultante y hacia otros profesionales que puedan requerir dicha información.

La presente competencia busca incrementar las habilidades del terapeuta para la redacción de casos de manera que la información esté estructurada para facilitar su manejo correcto y su comunicación interdisciplinaria. Aunado a lo anterior la redacción del caso le permite conocer qué aspectos de su entrevista y recolección de datos en sesión no ha sido eficaz (ver apartado Sesión #1: registro de información).

Esta actividad, ya sea vista como un informe clínico o como una nota de expediente, es un recuento de los hallazgos principales, de las limitaciones, de los retos y de los posibles diagnósticos por los que la intervención tuvo efecto (Villanueva , 2009).

En general la redacción de un caso comparte características entre diferentes “escuelas” y la variabilidad entre las dimensiones necesarias para la tarea se debe a las condiciones particulares del centro de trabajo en el que se atendió al paciente.

Los profesionales de la salud como lo son los médicos (generales y con especialidad), los psicólogos y los nutriólogos por mencionar algunos carecen de normas generales y estandarizadas para la redacción del caso clínico y su correcta integración en un documento coherente y que sea de utilidad para la actividad clínica (López & Torres , 2014).

Una redacción de caso puede derivar en un informe psicológico el cual es una comunicación escrita, ordenada y sintética que tiene como objetivo el transmitir los resultados y conclusiones de un proceso de evaluación o intervención psicológica (González, Claramunt, & Redondo, 2015).

La función central de la redacción de caso tiene como propósito el asesoramiento o la orientación (desde la psicología) en la toma de decisiones. Una redacción correcta debe de ser útil para la toma de decisiones, debe de estar fundamentado y sin prejuicios, ser breve, usa lenguaje científico, pero sencillo y garantizar los derechos humanos sin discriminación por género, edad, orientación sexual, religión, etnia o condición socioeconómica.

Independientemente de las dimensiones que se mencionen a continuación, la persona que va a integrar el caso no debe de perder de vista algunas actitudes y criterios centrales para la correcta redacción (Brunete, y otros, 2015):

- Buscar la máxima neutralidad posible, se debe de evitar cualquier implicación personal que pueda resultar en objetivos sesgados.
- Se necesita buscar la máxima objetividad posible, lo cual se logra usando adecuadas fuentes de información.
- Se debe de garantizar la calidad en lo referente a la metodología dentro de la orientación que se adoptó para el abordaje del tema.
- Los instrumentos de evaluación usados deberán contener altos índices de confiabilidad y validez demostrable.
- Garantizar el respeto a las diferencias individuales.

Como se puede apreciar lo mencionado corresponde a la dimensión personal del profesional que redacta o integra el caso clínico. Sin embargo, es necesario realizar algunas consideraciones adicionales especialmente en el ámbito de la comunicación escrita.

La persona que realiza la integración necesita considerar, durante la redacción, que el lector destinatario puede ser alguien desconocido (si se publicara en una revista o se presentara en un congreso) o bien puede ser alguien

sin conocimiento en la materia (como lo podría ser el mismo paciente); por lo tanto, hay que mencionar que en la redacción (Mancilla, 2011):

- El lenguaje debe de:
 - o Ser específico, no generalizable.
 - o Ser definido y evitar la vaguedad de términos.
 - o Ser concreto y evitar las abstracciones innecesarias.
- Evitar el uso de abreviaturas en la medida de lo posible.
- Evitar palabras rebuscadas o de poco uso cotidiano.
- Agrupar las ideas, si se está hablando de la familia mencionar lo relacionado con la familia, si se está hablando del trabajo mencionar la información relacionada con el trabajo, pero se debe de brincar de una dimensión temática a otra innecesariamente.
- Evitar expresiones críticas, jactanciosas o exageradas.
- Evitar el uso de calificativos: bueno, malo, poco, mucho, y demás.

En el proceso de la integración de caso se pueden cometer errores, que si bien pueden no ser intencionales tienen un impacto importante en el resultado final. Los más frecuentes son: a) la falta de fundamentación científica objetiva b) problemas con las conclusiones o con la interpretación de datos c) Omisión de datos importantes d) Errores relativos a los instrumentos de evaluación que se emplearon (Paino, 2015).

Dada la estructura y tipo de trabajo que se realiza en psicología clínica el orden en que se propone se integre el caso por escrito no tienen nada que ver con el orden en el que se recogieron los datos, por lo tanto, la integración organiza y guía las dimensiones de información necesarias, aunque no debe de entenderse como un proceso reduccionista en el que el clínico sólo debe de llenar los “espacios en blanco” (Universidad Peruana los Andes, 2015).

En general, la estructura que se propone, debe de contener los siguientes apartados:

5.3.1 Saber

- El psicólogo redacta casos clínicos de acuerdo a lineamientos básicos ya sea en el ámbito clínico público o privado.
 - o Sintetiza adecuadamente la información que obtiene del paciente en los apartados correspondientes de la redacción de caso.
 - o Asocia toda la información necesaria en la entrevista para tener la historia del paciente y del problema de forma ordenada.

5.3.2 Saber hacer

Es importante comentar que estos elementos son generales y que en todo caso cada institución agrega elementos de acuerdo a las necesidades de información requerida por lo que esta guía debe de considerarse como un modelo estándar que puede ajustarse a diferentes necesidades (Pérez, Muñoz, & Ausín , 2003).

Los elementos para la correcta integración de un caso clínico son (Buela-Casal & Sierra, 2002):

Tabla 7

Elementos de la redacción de un caso clínico

Apartado	Información a considerar
Título del caso	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre asignado al caso redactado.
Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> • Escribir el nombre completo del terapeuta tratante.
Centro	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar en el cual se llevaron a cabo las sesiones.

Tabla 7

Continuación

Resumen	<ul style="list-style-type: none">• Datos de evaluación, selección y tipo de tratamiento, sesiones, resultados y seguimiento.• 200-250 palabras.
Identificación del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, profesión, nivel sociocultural o económico, lugar de residencia.• Genograma.
Análisis del motivo de consulta	<ul style="list-style-type: none">• Descripción del problema del paciente.• Niveles cognitivo, fisiológico, emocional y conductual.
Historia de la situación problema	<ul style="list-style-type: none">• Detallar el origen del problema, inicio y circunstancias de su evolución y en qué momento se convirtió en algo desadaptativo.• Describir de forma operativa las conductas problemáticas.• Identificar las variables biológicas, las ambientales físicas, las ambientales sociales.• Especificar si se busca incremento o decremento de la probabilidad de que aparezca la conducta.
Análisis funcional de la conducta problema	<ul style="list-style-type: none">• Se establecen las metas negociadas con el paciente.• Especificar planes, proyectos vitales y objetivos.• Beneficios directos e indirectos del cambio.• Riesgos directos e indirectos del cambio.
Metas terapéuticas	

Tabla 7
Continuación

Tratamiento seleccionado	<ul style="list-style-type: none"> • Selección del tratamiento en función de las variables predeterminantes del diagnóstico, variables interpersonales, factores ambientales y expectativas. • Considerar la relación terapeuta-paciente. • Considerar los protocolos de aplicación de la intervención seleccionada.
Técnicas de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Especificar las técnicas de evaluación seleccionadas de acuerdo al tipo de problema y de paciente.
Aplicación del tratamiento elegido	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el contenido terapéutico de las sesiones, la frecuencia, el número de sesiones. • Explicar si las técnicas se aplicaron de manera secuenciada o combinadas. • Comentar los alcances de las mismas.
Evaluación de progreso	<ul style="list-style-type: none"> • Se evalúan las diferencias con respecto a la línea base de las variables objetivo. • Explicar por qué si o no se alcanzaron las metas.
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Comentar sobre los periodos en los que se realizó. • Si se detectan cambios en el seguimiento proponer una explicación sobre la razón de estos cambios.
Notas	<ul style="list-style-type: none"> • Escribir toda la información que se considere adicional al caso y que sea de utilidad para el lector.

Elementos básicos de la redacción de un caso clínico, adaptado de Buena-Casal & Sierra

(2002)

Como se ha podido observar la redacción de caso está relacionada con el análisis y la organización de la información obtenida en el proceso de evaluación y en el proceso de intervención (Caycedo, Ballesteros, & Novoa, 2008).

Es por esto que este elemento es indispensable en la formación del psicólogo enfocado al área clínica, además esta habilidad es necesaria para la correcta prestación del servicio otorgado al consultante que llega a sesión.

Dependiendo de las respuestas cognitivas de las personas sobre la información que reciben tanto del ambiente como de sí mismas, serán el tipo de respuestas que se emitan por lo que las respuestas cognitivas deben de estar lo más libre de errores posibles (Briñol, Becerra, Gallardo , Horcajo, & Valle, 2004), ante la complejidad actual de la información (Barberousse, 2008) el clínico de ser capaz de desarrollar en la medida de lo posible la habilidad de razonar sin sesgos.

5.3.3 Saber ser

El psicoterapeuta reflexiona y valora la importancia de la información correctamente ordenada para su comunicación interdisciplinaria e integración.

5.4 Sesión #3: Formulación de caso

Es necesario mejorar las habilidades de manejo de datos para poder conceptualizar adecuadamente las variables necesarias para la formulación clínica del paciente que permita una propuesta de trabajo pertinente y válido.

Una formulación de caso es un conjunto de hipótesis con respecto a las variables que han operado como causas, como detonadores o factores que mantienen los problemas de la persona en distintos ámbitos como lo son el emocional, el psicológico, el interpersonal y el conductual (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006).

5.4.1 Saber

- El psicólogo separa la información en los componentes de los diferentes sistemas que contribuyen al mantenimiento del problema.
 - o Usa la información de la redacción de caso.

- Determina las variables que afectan al paciente.
- El psicólogo produce un esquema de formulación de caso derivado de la información de la redacción de caso.
 - Especifica las variables más importantes para el trabajo clínico.
 - Detecta problemas adicionales a los referidos por el paciente.

5.4.2 Saber hacer

La formulación de caso se puede hacer de manera gráfica de forma que además se aprecie la integración de los elementos necesarios para su correcto uso, una forma es hacer el Mapa Clínico de Patogénesis (MCP).

El MCP es una descripción gráfica de las variables hipotéticas que han contribuido al surgimiento y al mantenimiento de los problemas de un paciente determinado. Está compuesto por: variables distantes, variables de antecedentes, variables organísmicas, variables de respuesta y consecuencias tanto a corto como largo plazo (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006).

Variables distantes

Son todos los factores históricos o del desarrollo que puedan ser los responsables del surgimiento inicial de las vulnerabilidades del individuo o bien los responsables del origen de los trastornos presentes.

Variables de antecedentes

Estas variables son las que operan como estímulos desencadenantes del problema actual y se pueden estudiar en dos dimensiones, la primera sería las variables relacionadas directamente con el paciente como lo son las conductas, los pensamientos, la biología de su cuerpo, entre otras. O bien pueden ser variables relacionadas con el ambiente ya sea el social o el ambiente físico.

Variables organísmicas

Se consideran todas las variables del individuo que son mediadores o moderadores de respuesta, esto significa que explican el por qué se manifiesta

5.5 Sesión #4: Elaboración de propuestas de tratamiento.

Es indudable que la elección del tratamiento atiende a múltiples variables, sin embargo, es necesario que el terapeuta pueda elegir el mejor tratamiento para cada paciente y que esta elección se realice de la mejor manera posible, a su vez el terapeuta debe de ser capaz de justificar ante el paciente la elección del tratamiento y cuáles fueron los elementos racionales que lo llevaron a la toma de dicha decisión.

El diseño del plan de tratamiento se hace en función de las variables que determinan la conducta en el tiempo presente, el tiempo pasado, las hipótesis sobre la generación del problema y las conductas que influyen sobre el mantenimiento o curso de las conductas problemáticas (Santacreu, 2015).

Al proponer un diseño de tratamiento el terapeuta debe de ser capaz de elaborar un plan específico de tratamiento que ayude al paciente en el alcance de sus metas y debe de ser capaz de identificar los componentes y métodos del tratamiento necesarios para que la aplicación del tratamiento sea óptima (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006).

5.5.1 Saber

- El psicólogo produce un esquema de formulación de tratamiento creado a partir del esquema de formulación de caso.
 - Fundamenta el uso de las técnicas de tratamiento elegidas.
 - Estructura el plan de tratamiento por sesiones.
 - El psicólogo produce un Mapa de Alcance de Metas.

5.5.2 Saber hacer

Para la formulación de tratamiento se recomienda el uso del Mapa de Alcance de Metas (MAM). Es una herramienta que de manera gráfica presenta la ubicación actual del paciente con respecto a dónde quiere llegar. Esto se traduce en que contiene una lista de las metas instrumentales pertinentes que al alcanzarse garantizan el cumplimiento de las metas finales, las cuales son el origen del tratamiento y a su vez su criterio de terminación.

El MAM es un mapa de tratamiento que de manera visual describe las metas generales del tratamiento que se seleccionaron en conjunto paciente-terapeuta; también contiene los obstáculos que están presentes para el alcance de dichas metas (resultados instrumentales seleccionados y por último los medios específicos (técnicas) que habiliten a la persona para vencer los obstáculos descritos.

Las metas de resultados finales son los resultados generales del tratamiento, es decir, constituyen el motivo de consulta por el que se inicia el tratamiento y además dirigen los esfuerzos del paciente y del terapeuta.

Por otro lado están las metas de resultados instrumentales las cuales son todas aquellas metas que habiliten a la persona para la modificación, cumplimiento o alcance de las metas de resultados finales.

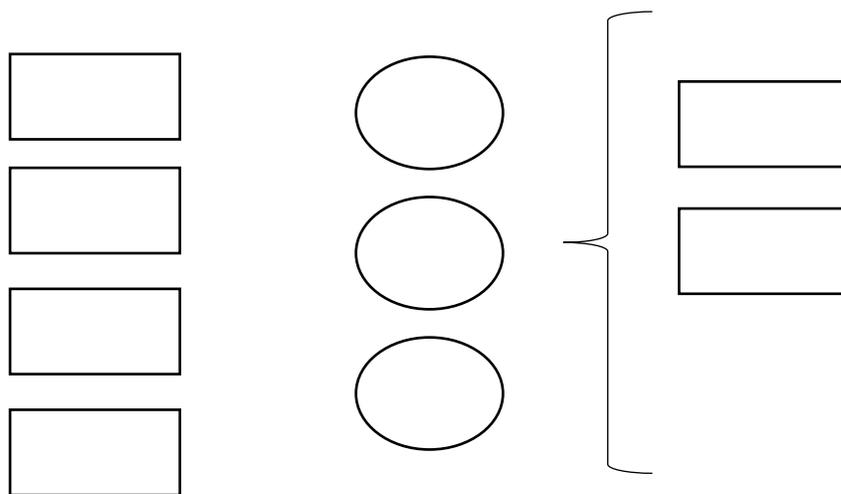


Figura 2. Formato estándar de un Mapa de Alcance de Metas (MAM)

5.5.3 Saber ser

El terapeuta organiza la información para la elaboración de propuestas de tratamiento, valora la importancia de la formulación de tratamientos para ayudar a los pacientes.

5.6 Sesión #5: El terapeuta: conceptualización de lo que significa ser psicoterapeuta

Esta sesión es una sesión de reflexión en la que se busca que el participante se cuestione la figura del terapeuta. Se busca realizar una exploración y discusión sobre los mitos que usa en su actuar como terapeuta además de que observe las características que tienen los buenos terapeutas y realice una comparación con su auto percepción.

5.6.1 Saber

Conoce los principios básicos de la conducta del terapeuta con perspectiva orientada hacia la reflexión del quehacer clínico en el enfoque cognitivo conductual.

5.6.2 Saber hacer

Comprende, analiza, sintetiza y evalúa los diferentes factores que se conjugan en la actuación del clínico ante un paciente que requiere apoyo psicoterapéutico.

5.6.3 Saber ser

Valora la importancia de la reflexión sobre la figura del terapeuta, así como la importancia de su desarrollo personal y profesional que coadyuva al desarrollo armónico de las capacidades de sus habilidades clínicas.

5.7 Sesión #6: Pensamiento clínico

El razonamiento clínico se lleva a cabo en armonía con la manera en la que se almacena, se recuerda y hasta como se utiliza la información registrada de casos clínicos. Conforme el psicólogo clínico adquiere más experiencia este proceso se hace mucho más eficiente y efectivo ya que la necesidad de realizar paso por paso todo el razonamiento disminuye (Blanco , Oliva, Bosch, Menéndez, & Suárez, 2005).

Aprender acerca de los sesgos que se pueden presentar en el razonamiento encaminado a la resolución de problemas en el ambiente clínico

aunado al aprendizaje de la técnica necesaria para mantener bajo control dichos sesgos, mejora la calidad y efectividad del razonamiento clínico.

Existen mecanismos fuera de la conciencia que influyen en la resolución de situaciones problemáticas, estos mecanismos en ciencia cognitiva se conocen como heurísticos.

En general las personas usan los heurísticos con base en un procesamiento automático involuntario y en la mayoría de las veces emocional de las situaciones. Los atajos mentales simplifican los problemas y generan resoluciones intuitivas (Squillace, 2011).

Sin embargo, pueden funcionar de manera que se generen errores en el pensamiento. Normalmente usamos (aunque existen muchos más) principalmente tres de estos heurísticos (Bonnati, 2015).

Heurístico de representatividad

Consiste en que los juicios de probabilidad relacionados a un suceso se ven alterados en función del grado en que un caso particular es representativo de una clase.

El efecto de este heurístico radica en que se genera una elevada propensión a crear amplias y detalladas generalizaciones de una persona o de un fenómeno basándose en unos pocos atributos y que normalmente no son suficientes para llegar a dicha generalización (Urra, Medina, & Acosta, 2011).

Un ejemplo cotidiano de este heurístico se relaciona con la evaluación de precios y la calidad de los productos. La mayoría de las personas cuando presentan este heurístico tienen la costumbre de asociar que si un producto tiene un precio elevado es porque la calidad de dicho producto es muy buena y eso queda reflejado en el precio.

Heurístico de disponibilidad

Este heurístico se puede apreciar cuando una persona realiza una estimación de que ocurra algún acontecimiento, pero esta estimación la hace

basándose en la mayor o menor facilidad con que puede construir ejemplos de dicho acontecimiento estimado; este heurístico se asocia a experiencias y perspectivas de la persona (Salcedo & Mosquera, 2008).

Para entender mejor este heurístico es necesario entender que su efecto genera juicios basados en información de fácil disponibilidad en la memoria de la persona, por lo tanto, baso mis decisiones en la facilidad con la que las representaciones están disponibles en la mente.

Un ejemplo de este heurístico sería si una persona decide que quiere montar un negocio familiar, si alrededor de esta persona existen conocidos que hayan montado con éxito un negocio entonces esta persona estará más predispuesta a pensar que puede montar una empresa exitosa con facilidad.

Heurístico de anclaje

Consiste en que alguna característica observada al inicio de la evaluación de la situación hace que la persona llegue a una conclusión e impide que los datos que llegan posterior a la evaluación y que indican que debe de cambiarse simplemente no se ven (Wainstein, 2009).

Lo anterior se traduce en que las decisiones finales se realizan a partir de las impresiones iniciales que en la información posterior. Un ejemplo sería al realizar la compra de un producto, en este escenario veríamos que el precio inicial ofrecido por un producto establecería el estándar para el resto de las evaluaciones, por lo que los precios más bajos que el precio inicial (anclado) parecerían más razonables aunque sean superiores a lo que realmente vale el producto a comprar.

El riesgo de estos heurísticos en el área de la consulta psicológica radica en la posibilidad de llegar a conclusiones inadecuadas tanto de conceptualización como de tratamientos y por lo tanto, que la intervención no sólo no resulte benéfica para el consultante sino que se corre el riesgo de generar algún daño.

Otro riesgo a considerar con respecto a los heurísticos es la forma natural en que la percepción, los recuerdos y los juicios están modelados por las

creencias, expectativas, intereses, prejuicios, deseos y temores de la persona (Vélez, 1997), esto es necesario mencionarlo porque también está implicado en el los procesos del razonamiento que puede llevar a cabo un profesional de la salud mental.

Una forma de disminuir la probabilidad de cometer errores de razonamiento clínico debido a la presencia de pensamientos sesgados por heurísticos es el uso del pensamiento crítico y que se presenta a continuación.

Saber

- El psicólogo relaciona que el pensamiento sólo puede ser sensato en función de la información en la que se basa.
 - Analiza la información más relevante al evaluar una problemática.
 - Distingue la diferencia entre hechos, información, experiencia, investigación, datos y evidencia.
 - Discute la evidencia para aclarar la visión que tiene.
 - Saca conclusiones en la medida en que esas conclusiones se fundamentan en hechos y en un razonamiento correcto o sensato.

- El psicólogo comprende que existen condiciones necesarias para responder adecuadamente a una pregunta.
 - Repite la información que el paciente brinda, usando sus propias palabras y la intención comunicativa del paciente no se distorsiona.
 - Divide cuestiones complejas en cuestiones más simples y específicas.
 - Determina si la pregunta que realizará corresponde a pregunta de hecho, preferencia o juicio razonado.

Saber hacer

El pensamiento crítico es un procesos en el que se analiza y evalúa el pensamiento con la finalidad de mejorarlo, el punto central de este proceso está

en lograr la reestructura del pensamiento como consecuencia de haberlo analizado y evaluado de forma efectiva (Paul & Elder, 2006).

El pensamiento crítico está en la capacidad de leer, de escribir, de hablar y de escuchar de manera efectiva. Permite a su vez, dar significado a los eventos y a los patrones de eventos, así como a la evaluación del razonamiento de otras personas.

A continuación (ver Tabla 8) se presenta un listado de elementos del pensamiento, sus implicaciones y algunas preguntas ejemplo para poder evitar los errores provocados por los heurísticos (Elder & Paul , 2003).

Tabla 8

Elementos del pensamiento crítico

Dimensión	Implicación	Preguntas ejemplo
Propósito	Lo que hacemos está guiado por nuestros propósitos y metas.	¿Cuál es mi propósito al sugerir esta solución? ¿Cuál es el objetivo de esta técnica?
	Tendemos a darnos cuenta de sólo algunas de ellas	¿Cuál es el enfoque primar de este curso de pensamiento? ¿Cuál es el propósito de la sesión?
Preguntar	Con frecuencia la pregunta o problema real está oculto.	¿Cuál es la cuestión principal que intento responder? ¿Qué otras preguntas importantes son inherentes al problema que analizo?
	Las personas tienen dificultad para reconocer los problemas.	¿La pregunta es clara? ¿Qué tendría que hacer para resolver esta situación?
Informarse	Hay que tener cuidado de la información faltante o de la que presenta contradicciones.	¿Qué información es necesaria para resolver esta pregunta? ¿Cuáles son los datos relevantes a este problema?
	Las personas piensan a partir de la información que confirma lo que ya creen.	La información que tengo ¿es relevante para el propósito planteado? ¿Cuál es la información que sustenta estos comentarios?

Tabla 8
Continuación

Inferencias	Las conclusiones con frecuencia presentan distorsiones debido a nuestros heurísticos.	Con esta información ¿a qué conclusiones puedo llegar? ¿Es lógica mi inferencia? ¿Tiene sentido la manera en la que interpreto estos acontecimientos? ¿Existe base para este razonamiento? ¿Es la mejor conclusión posible?
Suponer	Hay que tener cuidado de las ideas preconcebidas	¿Qué estoy dando por sentado? ¿Estoy asumiendo algo que no debo? ¿Cuáles son las suposiciones que me llevan a estas conclusiones?
Conceptos	Muchos problemas del pensamiento están fundamentados en suposiciones falsas.	Pienso que esto es una buena teoría, pero ¿puedo explicarla más? ¿Cuáles son las hipótesis centrales que se usan en este razonamiento?
Punto de vista	Las suposiciones incorporan prejuicios, estereotipos y falsas creencias arbitrarias.	¿Cómo estoy viendo este fenómeno?, ¿existirá alguna otra manera de verlo que deba de considerar? ¿En qué estoy enfocado? Dado el contexto ¿cuál punto de vista tiene más sentido? ¿Me es difícil mirar las cosas desde un punto de vista con el que no estoy de acuerdo?
	Lo que pensamos está basado en conceptos, pero estos pueden estar distorsionados.	A menudo se usan conceptos manipulados por otros.
	Todo lo que se razona está en función y es expresado en un punto de vista.	

Tabla 8
Continuación

Implicaciones	Cada acción tiene implicaciones.	<p>Si decido hacer... ¿qué cosas pueden suceder?</p> <p>Si, por el contrario, no decido hacer ¿qué cosas pueden suceder?</p> <p>¿Qué es lo más probable que suceda si hago esto en lugar de aquello?</p> <p>¿Qué tan significativas o importantes son las implicaciones de esta decisión a tomar?</p>
---------------	----------------------------------	---

Adaptado del texto de Elder & Paul (2003), sobre los elementos más importantes a considerar en el pensamiento crítico

Como se puede apreciar el razonamiento correcto libre de heurísticos (representatividad, disponibilidad, anclaje) es un proceso que comprende la reflexión dirigida sobre los aspectos del mismo razonamiento.

Aunque los heurísticos se den de forma natural en el pensamiento y por lo tanto, es natural que aparezcan en el pensamiento del psicoterapeuta, es importante que más allá de sólo nombrarlos, el terapeuta sea capaz de usar su mente como herramienta para depurarse a sí misma.

Saber ser

Valora la importancia de la reflexión sobre la figura del terapeuta, así como la importancia de su desarrollo personal y profesional que coadyuva al desarrollo armónico de las capacidades de sus habilidades clínicas.

5.8 Sesión #7: Cierre de intervención

Esta es la sesión final en la que se recibe el trabajo final del participante, junto con él se va cotejando lo entregado a lo largo de las sesiones previas y se va observando el avance y los cambios obtenidos. Se aclaran las dudas que se pudieran generar y se hace una evaluación final en conjunto entre el entrenador y el participante.

CAPITULO 6. RESULTADOS

6.1 Resultados de la Fase I: Desarrollo del programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica

Las características de los jueces en cuanto a su grado de estudios es el que se muestra en la Figura No 3.

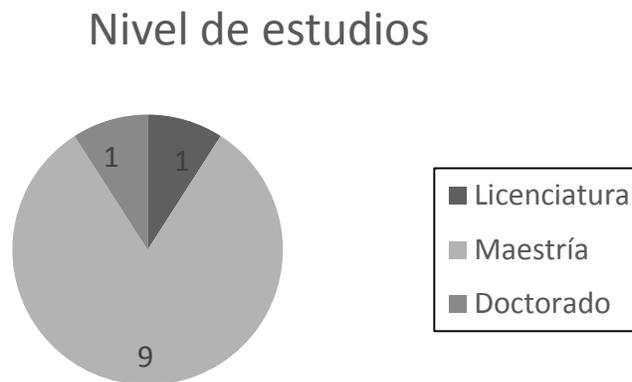


Figura 3. Nivel de estudios de los jueces expertos que participaron en la validación social de la “Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica.

Con respecto a los años de experiencia de los jueces expertos se distribuyeron de la siguiente manera (ver tabla 9):

Tabla 9

Años de experiencia de los jueces

Número de jueces	Años de experiencia
2 jueces	0
1 juez	2
1 juez	4
2 jueces	5
1 juez	7
2 jueces	8
2 jueces	10

Apreciación de las características de los jueces

En esta tabla se aprecian los años de experiencia de los jueces que participaron en la validación. Los jueces con “0 años de experiencia” son jueces que están en la maestría y por lo tanto, su experiencia es menor a un año.

Como se puede apreciar los jueces están perfectamente capacitados para emitir un juicio sobre las variables del estudio, en general se mostraron satisfechos con la intervención y las calificaciones de la misma se mantuvieron entre los valores “de acuerdo” y totalmente de acuerdo”.

Dentro de los comentarios recibidos los terapeutas consultados se reconoce la importancia de la intervención ya que los mismos jueces indican que la formación de los terapeutas es deficiente y que en ocasiones se aprenden con la práctica y no a través de la formación correcta.

Los jueces que tienen contacto con instituciones que tienen certificación ISO reconocen que si bien esta certificación enseña el manejo de los expedientes, no enseña el manejo de la información en el actuar clínico de manera que el ISO se convierte en una técnica de guardado de datos.

Adicional a los comentarios positivos se hicieron los ajustes recomendados por los jueces, dentro de los cuales estuvieron que el número de sesiones probablemente no era suficiente para la competencia de conceptualización de casos y formulación de tratamiento. Por lo que se dividieron en dos sesiones cada una de estas competencias.

También se recibió la recomendación de entregar a los participantes los archivos correspondientes para la sesión de redacción de notas y redacción de casos para que contaran con la guía adecuada para realizar las actividades entre sesiones.

Debido a las respuestas de los jueces expertos se concluye que el "programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica" es pertinente y cuenta con los elementos teóricos y metodológicos adecuados para su aplicación.

6.2 Resultados del Estudio: aplicación del programa de intervención educativa para la mejora de competencias en la práctica profesional de la psicología clínica

Para la investigación piloto se contó con la participación de dos candidatas, los cuales cumplían con los criterios de inclusión necesarios para este protocolo. Ambos participantes fueron del sexo femenino, con carrera en psicología y trabajo en el área clínica.

La primera participante "Piloto 1" (30 años de edad) al momento de la intervención estaba en el proceso de presentar su examen de titulación en la maestría en Psicoterapia Cognitivo-Humanista, atendía pacientes asignados por el centro de trabajo en el que se encontraba en aquellos momentos y adicionalmente realizaba funciones, cuenta con 7 años de experiencia en el área clínica, administrativa y docentes.

La segunda participante "Piloto 2" (31 años de edad) al momento de la intervención llevaba cursado año y medio de la maestría en Psicoterapia Sistémica, por las mañanas desempeñaba un puesto en un departamento de Recursos Humanos (RRHH) y por las tardes atendía pacientes en consulta privada, los cuales le eran referidos por recomendaciones de conocidos y de los mismos pacientes activos, cuenta con una experiencia clínica de año y medio.

Dado que ambas participantes cubrían los criterios de inclusión se procedió a la explicación de la intervención y a la firma del acuerdo de confidencialidad y la carta de consentimiento informado, además se entregaron los materiales correspondientes para la intervención y se agendaron las sesiones de acuerdo a la posibilidad de agenda de cada una de las participantes. Las rúbricas calificadas antes y después del programa se pueden revisar en el Anexo 4.

Como se puede observar en la gráfica (ver Figura 4) del caso Piloto 1, la intervención presenta un nivel de significancia adecuado para la validación de la hipótesis alterna, por lo que se comprueba que la Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica genera un cambio en las competencias del terapeuta que al que se le aplica.

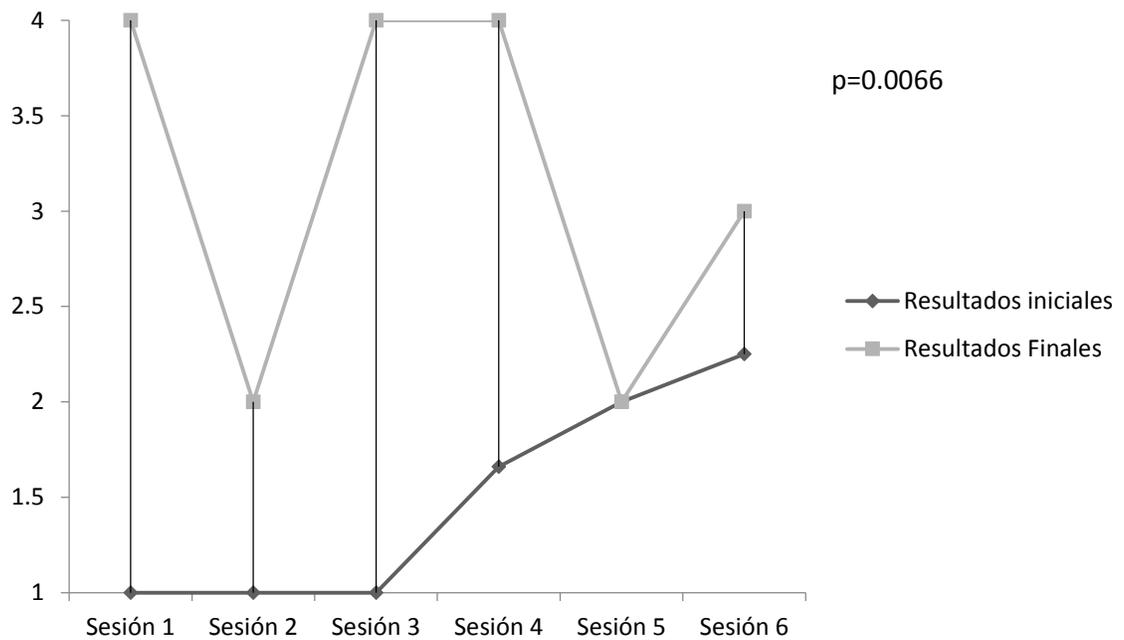


Figura 4. Resultados del Piloto 1

En casi todos los puntos se aprecia mejoría en las competencias, aunque existen dos aspectos que en la inspección visual resaltan en el Piloto 1. El primer aspecto es que el puntaje correspondiente a la sesión relacionada con la redacción de casos, el impacto no es muy elevado (sólo cambió por un punto, de bronce a plata).

La explicación en este aspecto atiende a que por las características de los tratamientos institucionales que el terapeuta tenía que proponer por el lugar de trabajo no permitieron que se lograra obtener todo el apartado de “reflexiones y propuestas de tratamiento” correspondiente al nivel oro.

El segundo aspecto que llama la atención es el correspondiente a la sesión “El terapeuta, conceptualización de lo que significa ser terapeuta”, el Piloto 1 tiene el mismo resultado que inicio que de salida, esto probablemente se debe a que el terapeuta tiene nociones firmes de la terapia dada su experiencia, pero por lo mismo de que esa experiencia se ha generado por la estructuración institucional

de tratamientos no ve desventajas en la actuación concreta del terapeuta y por lo tanto, no cubre el criterio para nivel oro.

En la gráfica del caso Piloto 2 (ver Figura 5) la intervención presenta un nivel de significancia adecuado para la validación de la hipótesis alterna, por lo que se comprueba que la Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica genera un cambio en las competencias del terapeuta que al que se le aplica (ver Figura 6).

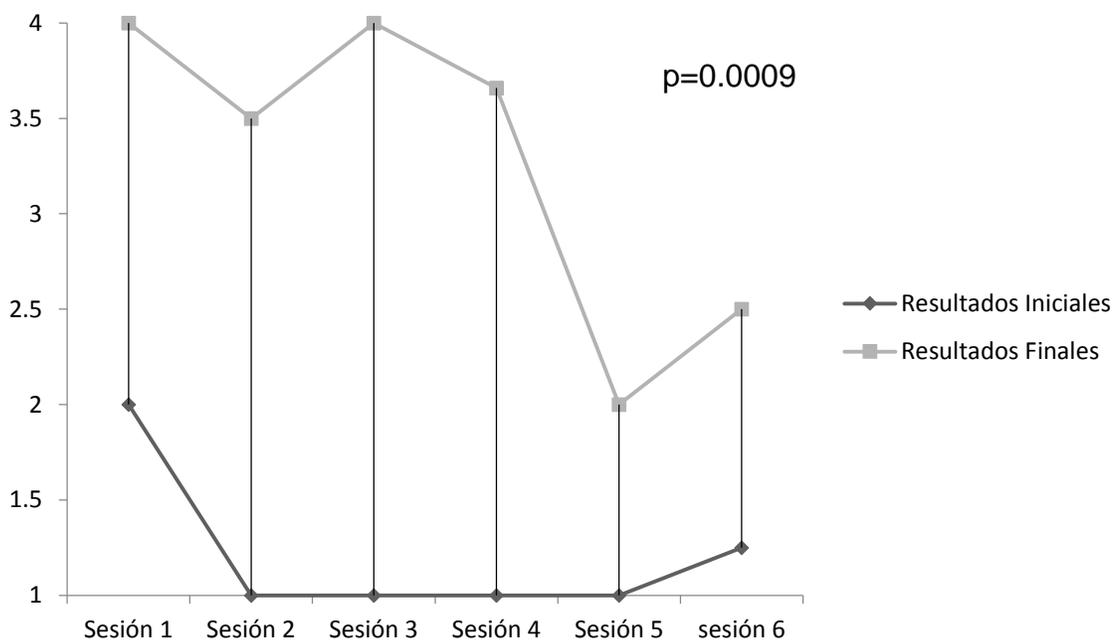


Figura 5. Resultados del Piloto 2

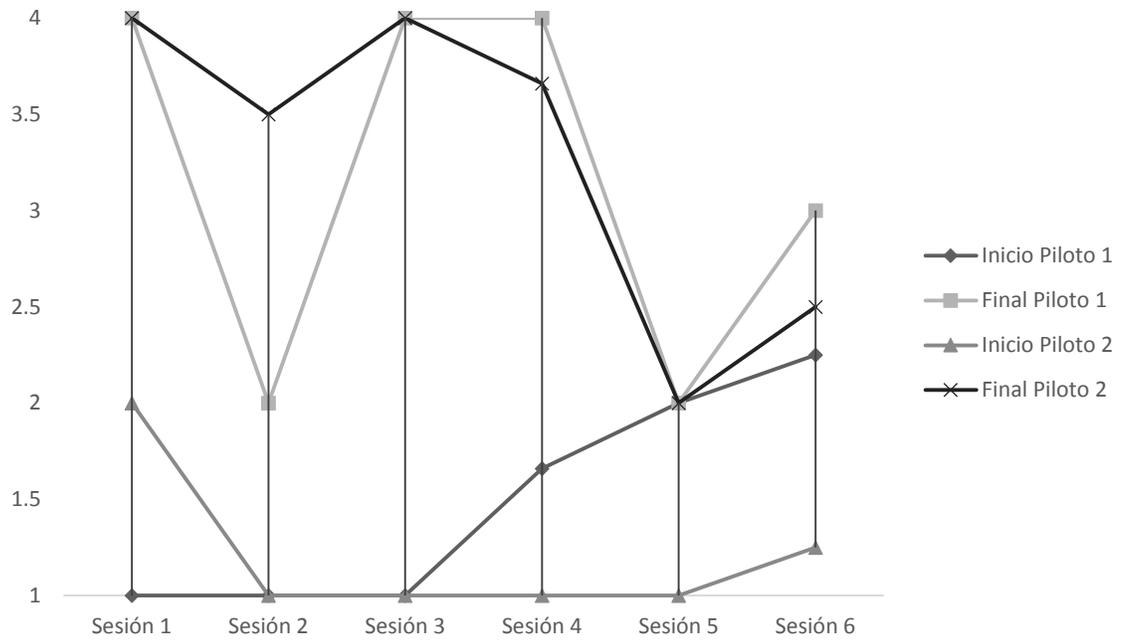


Figura 6. Visualización de ambos participantes

Todos los puntos presentan mejorías sustanciales en las competencias y en la inspección visual de la gráfica no se aprecian puntos que requieran explicaciones adicionales.

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El modelo educativo actual basado en competencias tiene la característica de estar entrado en el alumno y en las formas que tiene de aprender, a partir de esto es que mediante diversas estrategias de aprendizaje de busca que adquiera el dominio de conocimientos, habilidades, actitudes, capacidades y de valores para que la educación recibida le sea útil a lo largo de la vida y a través de diferentes contextos (Lozano Rosales, Castillo Santos, & Cerecedo Mercado, 2012).

La carrera de Psicología también ha tenido que enfrentar el cambio hacia el modelo de las competencias La implementación de currículos ha sido revisada a partir de las experiencias de otros países y aun cuando se han tenido avances en lo que corresponde a la reflexión, a la investigación, al debate y a la aplicación de los enfoques basados en competencias aún se requiere seguir avanzando en la materia (Tobón, 2008).

Desafortunadamente la psicología en México no se logra concretar como un ejercicio profesional, todavía no existen grupos o instituciones que vigilen la labor del psicólogo en el área clínica, en lo científico y profesional y mucho menos en lo que corresponde al apoyo a los usuarios de servicios psicológicos.

A pesar de que los modelos basados en competencias han cobrado y siguen cobrado fuerza, todavía falta mucho por hacer para lograr que exista una aplicación real en el área de la psicología clínica.

La presente Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica es una respuesta posible a los déficits de habilidades, actitudes, valores y capacidades con las que los psicólogos clínicos intentan ayudar a los pacientes.

La Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología fue validada en cuanto a su procedimiento por jueces expertos en el área de la psicología clínica, consideraron que la intervención es adecuada desde el

mantenimiento de la integridad de sus usuarios hasta el procedimiento pertinente para el logro de los objetivos planteados por la intervención.

La forma en la que los psicólogos mejoran o modifican sus competencias en el área clínica inicia por la correcta recopilación y archivado de datos, seguida de la correcta redacción de casos, la estrategia de formulación de caso clínico, la formulación de tratamientos pertinentes, válidos y justificables así como las actitudes, conductas y formas de procesar la información de las sesiones para el máximo beneficio de los pacientes.

Se desarrolló la estructura y el contenido de las sesiones, así como los materiales de apoyo pertinentes a cada sesión. Cada una de las sesiones persigue objetivos específicos y están interconectadas de forma tal que los contenidos son complementarios y se retroalimentan de forma activa en cada momento.

Esta intervención educativa contempló que en caso de ser necesario trabajar con los terapeutas más de una vez a la semana por la dificultad del tema o por la dificultad para el desarrollo de la competencia las sesiones se dividirán poniendo énfasis en la asimilación de los constructos.

En la presente investigación los resultados se evaluaron a partir de la revisión con rúbrica de las actividades iniciales de cada tema así como con la evaluación de una integración de caso considerada como un portafolio de evidencias.

Se halló un claro cambio en el nivel de competencias en ambos participantes los cuales además expresaron en sus juicios de autoevaluación muestras claras de las diferencias observadas en sus competencias antes y después de la intervención.

Por su parte los jueces expertos que evaluaron la intervención para su aplicación estuvieron totalmente de acuerdo en la pertinencia de dicha intervención, se realizaron los ajustes pertinentes a los comentarios y sugerencias emitidos por los jueces.

Los estudios de caso único o como la presente investigación con dos pilotos, tienen importantes ventajas ya que permiten generar modelos de intervención específicos para las problemáticas que presentan los participantes y son una fuente importante de información para la formulación de hipótesis que permitan el enriquecimiento de los modelos (Rodríguez, 2009).

De los datos que se obtuvieron se puede estimar que la “Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica” es una herramienta útil en lograr una mejora en las competencias de los participantes.

La intervención estudiada en el presente escrito tiene la ventaja de ser útil para el participante en su actividad laboral directa por lo que puede realizar los cambios necesarios lo antes posible para la mejora de su quehacer.

REFERENCIAS

- Acosta Alamilla, S. (2014). *Pedagogía por competencias*. México: Trillas.
- Aguilar Morales, J., Vargas-Mendoza, J., Castellanos Muñoz, E., Ruiz Altamirano, L., & Villaseca Jiménez, E. (2004). La autogestión de la salud mental en Oaxaca: asociaciones civiles con registro formal. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.*, 5-9. Obtenido de <http://www.conductitlan.net/autogestion.htm>
- American Psychological Association. (6 de 2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Obtenido de <http://www.apa.org/ethics/code/>
- Amoros, V. (1980). Acerca del psicólogo clínico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12(2), 363-369.
- Araya, V., Alfaro, M., & Andonegui, M. (2007). Constructivismo: orígenes y perspectivas. *Laurus*, 13(24), 76-92.
- Argudín, Y. (2014). *Educación basada en competencias, nociones y antecedentes*. México: Trillas.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal, V Legislatura. (22 de 12 de 2014). Obtenido de <http://www.aldf.gob.mx/archivo-97e277b1efff864da060f6a16fbefc17.pdf>
- Barberousse, P. (2008). Fundamentos del pensamiento complejo de Edgar Morin. *Revista Electrónica Educare*(2), 95-113.
- Blanco, M. A., Oliva, L., Bosch, R. I., Menéndez, L., & Suárez, R. (2005). Evaluación del razonamiento clínico. *Educ Med Sup*, 19(4), 1-7.
- Bonnati, P. (18 de 11 de 2015). *Universidad de Buenos Aires*. Obtenido de http://www.econ.uba.ar/www/institutos/epistemologia/marco_archivos/ponencias/Actas%20XIII/Trabajos%20Episte/BONATTI_trabajo.pdf

- Briñol, P., Becerra, A., Gallardo, I., Horcajo, J., & Valle, C. (2004). Validación del pensamiento y persuasión. *Psicothema*, 16(4), 606-610.
- Brunete, M., Esteban, V., Fernández, T., Mohamed, A., Ortega, M., & Santacruz, D. (17 de 11 de 2015). Obtenido de https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/como_escribir_informe_psicologico.pdf
- Buela-Casal, G., & Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 525-532.
- Candia, V., & Rubén, H. (2009). I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI. *Mala Praxis psicológica: M.,G. C/M.C.,C.A. Consecuencias psíquicas y legales de una falla ética*. Buenos Aires: www.aacademica.com.
- Cantale, C. (2003). *Centro Privado de Medicina Familiar*. Obtenido de <https://jaimebueso.files.wordpress.com/2007/07/historia-clinica-orientada-a-problemas.pdf>
- Castañeda, S. (1995). *Redalyc*. Recuperado el 22 de 4 de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13206802>
- Castro, I., & Gámez, M. (8 de 12 de 2015). *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*. Obtenido de <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf>
- Caycedo, C. C., Ballesteros, B. P., & Novoa, M. M. (2008). Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 7(1), 231-250.
- CEAACES. (2012). *Consejo de evaluación, acreditación y aseguramiento de la calidad de la educación superior*. Obtenido de <http://docplayer.es/11779454-Guia-para-el-estudiante-examen-de-competencia-en-especializacion-psicologia.html>

- Colegio Colombiano de Psicólogos. (3 de 11 de 2014). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Psicologia_Octubre2014.pdf
- CoMePPsi. (26 de 2 de 2016). *Colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología A.C.* Obtenido de <http://comeppsi.com/certificacion-profesional>
- CONACYT. (26 de 2 de 2016). Obtenido de http://svrtmp.main.conacyt.mx/ConsultasPNPC/listar_padron.php
- Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología. (2012). La formación profesional del psicólogo en México: trayecto de la construcción de su identidad disciplinar. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(1), 151-170.
- COPAES. (26 de 2 de 2016). Obtenido de sieduca.com/copaes
- Dahab, J., Rivadeneria, C., & Minici, A. (2013). Efectos iatrogénicos del psicoanálisis en el Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*(23), 1-10.
- Elder, L., & Paul, R. (2003). *Los fundamentos del pensamiento analítico, cómo decifrar el pensamiento y qué buscar cuando lo decifra*. The Foundation for Critical Thinking.
- Fernández-Ballesteros, R. (8 de 12 de 2015). *Universidad de Huelva*. Obtenido de http://www.uhu.es/susana_paino/EP/anexo1.pdf
- Frola, P. (2014). *Maestros competentes a través de la planeación y la evaluación por competencias*. México: Trillas.
- García Pérez, F. (2000). Los modelos didácticos como instrumento de análisis y de intervención en la realidad educativa. *Revista Bibliográfica de Análisis y de Intervención en la Realidad Educativa*, 5(207).

- González, M., Claramunt, M. C., & Redondo, A. (17 de 11 de 2015). *Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica*. Obtenido de www.psicologiacr.com
- Grión, C., Arguiñariz, E., Ballart, A., Debarnot, J., González, H., Maceira, E., & Reija, G. (Noviembre de 2010). *Jefatura de Gabinete de Ministros/Secretaría de Gabinete*. Obtenido de http://www.sgp.gov.ar/contenidos/ag/paginas/opp/docs/2010/12_OPP_2010_EDUCACION_Y-TICS.pdf
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación*. Distrito Federal: McGrawHil.
- Herrera Cabezas, A., Restrepo Álvarez, M. F., Uribe Rodríguez, A. F., & Lopez Lesmes, C. N. (2009). Competencias académicas y profesionales del psicólogo. *Diversitas. Perspectivas en psicología*, 5(2), 241-254.
- Johnson, R., & Kubly, P. (2012). *Estadística Elemental* (11A. ed.). Distrito Federal: CENGAGE Learning.
- Kaslow, N., Borden, K., Collins, G., Forrest, L., Illfelder-Kaye, J., Nelson, P., . . . Willmuth, M. (2004). Competencies Conference: Future Directions in Education and Credentialing in Professional Psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 699-712.
- Lilienfeld, S., Wood, J., & Garb, H. (2000). The Scientific Status of Projective Techniques. *Psychological Science*, 1(2), 27-66.
- López, D., & Torres, A. (2014). Recomendaciones para redactar, diseñar y estructurar una publicación de caso clínico. *Rev Esp Med Quir*, 19, 229-235.
- Lozano Rosales, R., Castillo Santos, A. N., & Cerecedo Mercado, M. T. (2012). Modelo educativo basado en competencias en universidades politécnicas en México: percepción de su personal docente-administrativo. *Actualidades Investigativas en Educación*, 12(2), 1-19.

- Mancilla, B. E. (2011). Manual para elaborar los informes psicológicos. *Manual para elaborar los informes psicológicos*. Distrito Federal, México: UNAM.
- Millán, P. (11 de 3 de 2016). ANUIES. Obtenido de http://publicaciones.anui.es.mx/pdfs/revista/Revista43_S1A4ES.pdf
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales; un enfoque basado en problemas*. Distrito Federal: Manual Moderno.
- Paino, S. (17 de 11 de 2015). *Universidad de Huelva*. Obtenido de http://www.uhu.es/susana_paino/EP/Informe.pdf
- Paul, R., & Elder, L. (2006). Estándares de competencia para el pensamiento crítico. E.E.U.U.: Fundación para el pensamiento crítico.
- Pérez, E., Muñoz, M., & Ausín, B. (2003). Diez claves para la elaboración de informes psicológicos clínicos (de acuerdo a las principales leyes, estándares, normas y guías actuales). *Papeles del Psicólogo*, 48-60.
- Piña, J. (2010). EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD: DE LAS FUNCIONES A LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(2), 233-255.
- Procoro, B. (28 de 4 de 2016). *Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior*. Obtenido de http://publicaciones.anui.es.mx/pdfs/revista/Revista43_S1A4ES.pdf
- Quijano Hernández, M. E. (2003). Prpuesta modelo de evaluacion por competencias. *Revista Escuela de Administración de Negocios*(48), 55-71.
- Quiroga-Garza, A. (2011). Competencias profesionales del psicólogo clínico en la complejidad: desarrollo de proyectos multi-aplicación. *Revista Mexicana de Psicología Educativa*, 2(1), 51-62.

- Ribes Iñesta, E. (2006). Competencias conductuales: Su pertinencia en la formación y práctica profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 19-26.
- Rodríguez, I. (2009). *Intervención cognitivo conductual de emergencia para trastornos depresivos*. UDLA.
- Roe, R. (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo? *Papeles del Psicólogo*, 24(86), 1-12.
- Salcedo, A., & Mosquera, J. (2008). Sesgo de disponibilidad en estudiantes universitarios. *Investigación y Postgrado*, 23(2), 411-432.
- Sánchez Sosa, J. (21 de 11 de 2014). *USF College of Education*. Obtenido de http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/formacion_II/mexico.pdf
- Sánchez Sosa, J. J. (18-21 de abril de 2011). *Aspectos Contemporáneos de la Regulación de la Psicoterapia y el Consejo Psicológico en México*. Acapulco, Guerrero, México. Obtenido de http://www.healthnet.unam.mx/afeipal/lecturas/AMEPsiCS_final_castellano.pdf
- Sánchez-Sosa, J. (2007). Psychotherapy in Mexico: Practice, Training and Regulation. *J Clin Psychol*, 765-771.
- Santacreu, J. (30 de 12 de 2015). *Universidad Autónoma de Madrid*. Obtenido de http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/TECNICAS/DOCUMENTOS/Proceso-intervencion-clinica.PDF
- Servicios de Salud Mental y Medicina Conductual MAVA S.A. de C.V. (26 de 2 de 2016). *heyevent.com*. Obtenido de <http://heyevent.com/event/6oq57atj5j5ema/curso-en-linea-de-preparacion-para-presentar-el-examen-unico-para-la-certificacion-profesional-en-psicologia-euc-psi>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo*. Distrito Federal: Trillas.

- Squillace, M. (2011). *Universidad de Buenos Aires*. Obtenido de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_heuristicos_tomadecisiones.pdf
- Tobón, S. (2008). *Universidad Autónoma de Guadalajara*. Recuperado el 11 de 11 de 20015, de www.cife.ws
- Universidad Peruana los Andes*. (17 de 11 de 2015). Obtenido de <http://distancia.upla.edu.pe/libros/psicologia/07/DIAGNOSTICO%20E%20INFORME%20PSICOLOGICO.pdf>
- Urra, J. (2007). Dilemas éticos de los psicólogos jurídicos. *Anuario de Psicología Jurídica*, 17, 91-109.
- Urra, J. A., Medina, A., & Acosta, A. (2011). Heurísticos y sesgos cognitivos en la dirección de empresas: un meta-análisis. *Revista Venezolana de Gerencia*, 16(55), 390-419.
- Vargas Bustos, J. A. (2011). Estado actual de la psicología: opiniones en el 2011. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 373-383.
- Vargas-Mendoza, J. E., & Aguilar-Morales, J. E. (2007). La psicología en México: organización . *Boletín electrónico de Investigación de la Asociación oaxaqueña de Psicología*, 5-24.
- Vargas-Mendoza, J. E., & Aguilar-Morales, J. E. (2007). La psicología en México: organización, poder control. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 3(1), 5-24.
- Vélez, A. (1997). Sesgos, ilusiones y otras fallas cognitivas. *Universidad del Antioquia*, 18-28.
- Villanueva , I. (2009). Cómo redactar un caso clínico. *Acta Ortopédica Mexicana*, 23(5), 315-316.

Wainstein, E. (2009). Algunos problemas del razonamiento médico en el proceso de diagnóstico. Papel de algunas heurísticas y posibles soluciones. *Rev Medi Chile*, 137(12), 1636-1641.

Yañez-Galecio, J. (2005). Competencias Profesionales del Psicólogo Clínico: Un Análisis Preliminar. *Terapia Psicológica*, 23(2), 85-93.

Yañez-Galecio, J. (2005). Competencias Profesionales del Psicólogo Clínico: Un Análisis Preliminar. *Terapia Psicológica*, 23(2), 85-93.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario para la validación de jueces expertos

El objetivo de este estudio es comprobar o rechazar la hipótesis -Las competencias del terapeuta no difieren antes y después de la Intervención Educativa para la Mejora de Competencias en Psicología Clínica-

A usted le mostraron a través de una exposición de forma general los contenidos y objetivos de la presente intervención educativa, a continuación se le presentan algunas afirmaciones relacionadas con las metas, procedimiento y posibles resultados de la intervención, le pedimos su colaboración para seleccionar la opción que considere apropiada para cada enunciado. De antemano le agradecemos su participación y observaciones.

GENERO:

FEMENINO MASCULINO

ESCOLARIDAD:

LICENCIATURA , MAESTRIA , DOCTORADO

AÑOS DE PRACTICA CLÍNICA EN EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD:

MENOS DE 1 , DE 1 A 4 , DE 5-10 , MÁS DE 10 AÑOS

ENUNCIADOS	TOALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NO SE	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
El objetivo del estudio permite mantener la integridad de los participantes.					
El número de sesiones es apropiado para el logro del objetivo.					
El objetivo del tratamiento se encuentra respaldado de forma teórica de acuerdo al modelo de intervención cognitivo-conductual.					
La planeación de cada sesión considera la adquisición de conocimientos y practica.					
Las estrategias cognitivo conductuales utilizadas por sesión son las pertinentes de acuerdo a las metas					

del tratamiento por sesión.					
Las tareas son adecuadas para la práctica y adquisición de habilidades por sesión.					
Las tareas y registros son fáciles de utilizar por parte de los usuarios					
El procedimiento es adecuado para el logro de los objetivos del tratamiento.					
De acuerdo a su experiencia usted considera que con esta propuesta de tratamiento los participantes se verán beneficiados					

Observaciones:

Anexo 2. Consentimiento Informado para los participantes

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **Ismael Rodríguez**, de la **Universidad Virtual Hispánica de México**. El objetivo de este estudio es comprobar o rechazar la hipótesis de que una intervención educativa en competencias de psicología clínica en psicoterapeutas lleva a una mejora en sus habilidades clínicas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá formar parte de un proceso educativo individual, con una frecuencia de una sesión por semana a convenir con el participante.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. **La información personal que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación** los datos serán codificados usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(En letras de imprenta)

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **Ismael Rodríguez**. He sido informado de que el objetivo de este estudio es comprobar o rechazar la hipótesis de que una intervención educativa en competencias de psicología clínica en psicoterapeutas lleva a una mejora en sus habilidades clínicas.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a **Ismael Rodríguez en el teléfono 044-55-23-10-87-03**

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a **Ismael Rodríguez** a los teléfonos anteriormente mencionados.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(En letras de imprenta)

Anexo 3. Cartas descriptivas por sesión

Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica				
Sesión 0: Introducción				
Objetivo General:	Tema	Objetivos	Duración	Recursos/Técnica
El participante observará la estructura global del curso incluyendo las características de su estructura, los requisitos mínimos para su permanencia y los requisitos de las sesiones.	Introducción	Conocer la estructura de la intervención. Conocer la duración de la intervención.	10 minutos	Presentación en PowerPoint
	Encuadre	Firma del consentimiento informado. Establecimiento de las sesiones en agenda.	30 minutos	Consentimiento informado para el participante. Consentimiento informado para los pacientes del participante.
	Establecimiento de la actividad en casa	Especificar las características de la actividad a realizar derivada de la presente sesión.	10 minutos	Presentación en PowerPoint.
	Actividades en casa			
	<p>Revisar cómo registra actualmente la información de las sesiones con sus pacientes, tanto en entrevista inicial como en entrevistas de seguimiento.</p> <p>Llevar para la próxima sesión la entrevista inicial que considere que está mejor redactada.</p> <p>Llevar para la próxima sesión la entrevista de seguimiento que considere que está mejor redactada.</p>			

Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica				
Sesión #1: Registro de información				
Objetivo General:	Tema	Objetivos	Duración	Recursos/Técnica
<p>El participante observará la estructura de una entrevista de primera vez así como la estructura de la nota clínica de sesiones subsecuentes.</p> <p>Resultados de Aprendizaje</p> <p>✓ El psicólogo registra adecuadamente la información obtenida en la sesión terapéutica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Reconoce los apartados de una entrevista psicológica ○ Escribe los datos obtenidos en el apartado correspondiente de la entrevista en la sesión ○ Designa la información en el formato SOAP 	Introducción	Revisar las maneras que conoce el participante para ordenar y asentar la información de los pacientes Entrega de tarea	5 minutos	Tarea entregada por el participante
	Entrevista de primera vez	Que el participante reconozca los apartados de la entrevista psicológica de primera vez.	30 minutos	Presentación en PowerPoint. Formato de entrevista inicial.
	Entrevista subsecuente	El participante conocerá el formato SOAP	25 minutos	Presentación en PowerPoint. Formato SOAP
	Establecimiento de la actividad en casa	Especificar las características de la actividad a realizar derivada de la presente sesión	10 minutos	Presentación en PowerPoint
Actividades en casa (a entregar en la siguiente sesión en copia)				

Completar una entrevista de primera vez aprovechando la guía aprendida en la sesión o realizar una entrevista de primera vez si es que se le presenta algún paciente nuevo.

Completar por lo menos dos sesiones el expediente del paciente usando notas tipo SOAP.

Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica				
Sesión #2: Redacción de casos clínicos				
Objetivo General:	Tema	Objetivos	Duración	Recursos/Técnica
<p>El participante observará la estructura de una entrevista de primera vez así como la estructura de la nota clínica de sesiones subsecuentes.</p> <p>Resultados de Aprendizaje</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El psicólogo redacta casos clínicos de acuerdo a lineamientos básicos ya sea en el ámbito clínico público o privado. <ul style="list-style-type: none"> ○ Sintetiza adecuadamente la información que obtiene del paciente en los apartados correspondientes de la redacción de caso. ○ Asocia toda la información necesaria en la entrevista para tener la historia del paciente y del problema de forma 	Introducción	Revisar las actividades entregadas de la sesión pasada. Aclaración de dudas	5 minutos	Tarea entregada por el participante
	Reflexión sobre la información	Que el participante reflexione sobre el que ahora tiene información y que ahora debe de hacer algo con esa información	5	Discusión
	Redacción de casos clínicos	Que el participante conozca las reglas generales de la redacción de casos clínicos. Que el participante conozca la estructura general de la redacción de casos clínicos.	60 minutos	Presentación en PowerPoint. Formato de redacción de casos clínicos.
	Establecimiento de la actividad en casa	Especificar las características de la actividad a realizar derivada de la presente	10 minutos	Presentación en PowerPoint

ordenada.		sesión		
<p>Actividades en casa (a entregar en la siguiente sesión en copia)</p> <p>Del paciente elegido para la entrevista inicial y con formato SOAP completo, realizar la redacción de caso clínico.</p> <p>Nota: Revisar si al redactar el caso clínico es necesario regresar al paso previo de entrevista y formato SOAP.</p> <p>Completar Tarea de sesión #1 conforme se necesita para Tarea de sesión #2</p>				

Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica				
Sesión #3: Formulación de caso				
Objetivo General:	Tema	Objetivos	Duración	Recursos/Técnica
<p>El participante aprenderá de manera concreta cómo formular adecuadamente un caso clínico.</p> <p>Resultados de Aprendizaje</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El psicólogo separa la información en los componentes de los diferentes sistemas que contribuyen al mantenimiento del problema <ul style="list-style-type: none"> ○ Usa la información de la redacción de caso. ○ Determina las variables que afectan al paciente ✓ El psicólogo produce un esquema de formulación de caso derivado de la información de la redacción de caso. <ul style="list-style-type: none"> ○ Especifica las variables más importantes para el trabajo 	Introducción	Revisar las actividades entregadas de la sesión pasada. Aclaración de dudas	5 minutos	Tarea entregada por el participante
	Reflexión sobre la formulación de caso	Que el participante reflexione sobre el que ahora tiene la información ordenada y completa y que ahora debe de estructurarla en una hipótesis de trabajo clínico	5	Discusión
	Formulación de casos clínicos	Que el participante conozca la formulación de caso: Mapa Clínico de Patogénesis (MCP)	60 minutos	Presentación en PowerPoint.
	Establecimiento de la actividad en casa	Especificar las características de la actividad a realizar derivada de la presente sesión	10 minutos	Presentación en PowerPoint

<p>clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Detecta problemas adicionales a los referidos por el paciente. 				
<p>Actividades en casa (a entregar en la siguiente sesión en copia)</p> <p>Del paciente elegido para la redacción de caso, realizar la creación del Mapa Clínico de Patogénesis. Elegir u segundo paciente y realizar el MCP.</p> <p>Nota: Revisar si al realizar el MCP es necesario regresar al paso previo de redacción de caso. Completar Tarea de sesión #1 conforme se necesita para Tarea de sesión #2 conforme se requiera para Tarea de sesión #3</p>				

Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica				
Sesión #4: Elaboración de propuestas de tratamiento				
Objetivo General:	Tema	Objetivos	Duración	Recursos/Técnica
<p>El participante aprenderá de manera concreta cómo formular adecuadamente un caso clínico.</p> <p>Resultados de Aprendizaje</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El psicólogo produce un esquema de formulación de tratamiento creado a partir del esquema de formulación de caso. <ul style="list-style-type: none"> ○ Fundamenta el uso de las técnicas de tratamiento elegidas. ○ Estructura el plan de tratamiento por sesiones. ○ El psicólogo produce un Mapa de Alcance de Metas. 	Introducción	Revisar las actividades entregadas de la sesión pasada. Aclaración de dudas	5 minutos	Tarea entregada por el participante
	Reflexión sobre la formulación de tratamiento	Que el participante reflexione sobre el que ahora tiene una formulación de caso y necesita un tratamiento para lograr las metas del paciente	5	Discusión
	Formulación de casos clínicos	Que el participante conozca la formulación de caso: Mapa de Alcance de Metas	60 minutos	Presentación en PowerPoint.
	Establecimiento de la actividad en casa	Especificar las características de la actividad a realizar derivada de la presente sesión	10 minutos	Presentación en PowerPoint
<p>Actividades en casa (a entregar en la siguiente sesión en copia)</p> <p>De los pacientes elegidos para la formulación de caso (MCP), realizar la creación del Mapa de Alcance de Metas (MAM).</p> <p>Nota: Revisar si al realizar el MAM es necesario regresar al paso previo de MCP.</p>				

Completar Tarea de sesión #1 conforme se necesita para Tarea de sesión #2 conforme se requiera para Tarea de sesión #3 conforme se requiera para Tarea de sesión #4

Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica				
Sesión #5: El terapeuta, conceptualización de lo que significa ser terapeuta				
Objetivo General:	Tema	Objetivos	Duración	Recursos/Técnica
<p>El participante se cuestionará lo que significa ser terapeuta.</p> <p>Resultados de Aprendizaje</p> <p>✓ Conoce los principios básicos de la conducta del terapeuta con perspectiva orientada hacia la reflexión del quehacer clínico en el enfoque cognitivo conductual.</p>	Introducción	Revisar las actividades entregadas de la sesión pasada. Aclaración de dudas	5 minutos	Tarea entregada por el participante
	Reflexión sobre las nociones que tiene sobre el quehacer terapéutico	Que el participante reflexione sobre el que ahora tiene una formulación de tratamiento y si eso lo convierte en terapeuta	5	Discusión
	La figura del terapeuta	Revisar los mitos que usa en su actuar como terapeuta Observar las características de los terapeutas exitosos Comparar la información obtenida con sus observaciones personales	60 minutos	Presentación en PowerPoint. Videos de sesiones terapéuticas de psicólogos diversos
	Establecimiento de la actividad en casa	Especificar las características de la actividad a realizar derivada de la presente sesión	10 minutos	Presentación en PowerPoint Formato de Pensamiento crítico
<p>Actividades en casa (a entregar en la siguiente sesión en copia)</p> <p>Leer el texto entregado para su revisión en la próxima sesión</p>				

Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica				
Sesión #6: Pensamiento clínico				
Objetivo General:	Tema	Objetivos	Duración	Recursos/Técnica
<p>El participante aprenderá los pasos del pensamiento clínico/crítico.</p> <p>Resultados de Aprendizaje</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El psicólogo relaciona que el pensamiento sólo puede ser sensato en función de la información en la que se basa <ul style="list-style-type: none"> ○ Analiza la información más relevante al evaluar una problemática ○ Distingue la diferencia entre hechos, información, experiencia, investigación, datos y evidencia. ○ Discute la evidencia para aclarar la visión que tiene. ○ Saca conclusiones en la medida en que esas 	Introducción	Aclaración de dudas del texto revisado	5 minutos	Tarea entregada por el participante
	Pensamiento clínico	<p>Que el participante observe que toda conducta tiene un contexto.</p> <p>Que el participante observe que toda conducta (interna/externa) tiene frecuencia, intensidad y duración.</p> <p>Que el participante observe que debe de intervenir a partir de información comprobable</p> <p>Que el participante observe que se debe de tener certeza en la información</p> <p>Que el participante observe el propósito de pensamiento</p>	60	Discusión
	Establecimiento de la	Especificar las características	10 minutos	Presentación en PowerPoint

conclusiones se fundamentan en hechos y en un razonamiento correcto o sensato.	actividad en casa	de la actividad a realizar derivada de la presente sesión		
<p>✓ El psicólogo comprende que existen condiciones necesarias para responder adecuadamente a una pregunta</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Repite la información que el paciente brinda, usando sus propias palabras y la intención comunicativa del paciente no se distorsiona. ○ Divide cuestiones complejas en cuestiones más simples y específicas. ○ Determina si la pregunta que realizará corresponde a pregunta de hecho, preferencia o juicio razonado. 				
Actividades en casa (a entregar en la siguiente sesión en copia)				

Realizar una integración de caso completa como actividad final en la que se aprecien todos los elementos aprendidos en la intervención educativa.

Intervención educativa para la mejora de competencias en psicología clínica				
Sesión 7: Cierre de la intervención				
Objetivo General:	Tema	Objetivos	Duración	Recursos/Técnica
Cierre de la intervención.	Introducción	Recepción del trabajo final y aclaración de dudas.	10 minutos	Trabajo final
	Revisión	Cotejar lo entregado a lo largo de las sesiones previas y se va observando el avance y los cambios obtenidos.	60 minutos	Tareas entregadas previamente Trabajo final
	Cierre	Se aclaran las dudas que se pudieran generar y se hace una evaluación final en conjunto entre el entrenador y el participante.	20 minutos	

Anexo 3. Rúbrica

Sesión #1: Registro de información				
Indicadores	Bronce	Plata	Oro	Platino
Reconoce los apartados de una entrevista psicológica	Realiza la entrevista enfocándose sólo en el problema del paciente	Entrevista tomando en cuenta la historia familiar y del problema del paciente	Recoge datos personales, describe la demanda del paciente, evalúa otros problemas potenciales	Realiza la entrevista cubriendo por lo menos 8 aspectos diferentes de los sistemas evaluables en la entrevista.
Escribe los datos obtenidos en el apartado correspondiente de la entrevista en la sesión	Escribe lo que el paciente contó directamente en una hoja	Escribe la información intentando dar un orden aunque no se ven apartados	Escribe la entrevista separando adecuadamente los temas que evaluó	Transcribe la entrevista en un formato estandarizado en el que se aprecian todos los elementos que integraron el cuestionamiento
Designa la información en el formato SOAP	No conoce el formato SOAP	Escribe los aspectos de la información sin mayor división	Escribe sólo lo Subjetivo y lo Objetivo, no brinda mayor reflexión ni planeación	Completa todo el formato SOAP

Sesión #2: Redacción de casos clínicos				
Indicadores	Bronce	Plata	Oro	Platino
Sintetiza adecuadamente la información que obtiene del paciente en los apartados correspondientes de la redacción de caso.	Realiza una recopilación sin formato de la información con la cuenta del paciente	Recopila la información tomando en cuenta divisiones conceptuales para su manejo	Realiza la redacción de caso dividiendo toda la información incluyendo sus reflexiones y propuestas de tratamiento	La redacción de caso tiene formato que puede ser publicado como investigación e caso único
Asocia toda la información necesaria en la entrevista para tener la historia del paciente y del problema de forma ordenada.	No logra crear coherencia en los datos para la correcta lectura del caso	Intenta dar coherencia a los datos para entender el problema del paciente, pero no se logra entender el caso	La historia se presenta de forma ordenada y se logra entender el problema del paciente así como la propuesta de trabajo	Se presenta adecuadamente la secuencia lógica de construcción de un caso en el que se incluyen hasta las observaciones de seguimiento al finalizar el tratamiento

Sesión #3: Formulación de caso				
Indicadores	Bronce	Plata	Oro	Platino
Usa la información de la redacción de caso.	No usa la información de la redacción de caso	Usa de manera insuficiente algunos aspectos de la redacción de caso	Usa la información de caso, pero le cuesta trabajo justificar el uso de dicha información	Usa y justifica la información obtenida y derivada de la redacción de caso
Determina las variables que afectan al paciente	No logra ver cuáles son las causas y mantenedores del problema del paciente	Determina las variables que afectan al paciente, pero no las ordena adecuadamente	Determina las variables que afectan al paciente y logra separar cuáles son las que tiene que trabajar directamente	Determina las variables adecuadamente y sus consecuencias
Especifica las variables más importantes para el trabajo clínico.	No logra generar un esquema de redacción de caso	Genera un esquema de formulación de caso, pero falla en la elección de los elementos funcionales que expliquen los problemas del paciente	Genera un esquema de formulación de caso, aunque fallen las relaciones funcionales en los elementos que se incluyen	Transcribe adecuadamente la información necesaria para la formulación de caso
Detecta problemas adicionales a los referidos por el paciente.	No detecta problemas adicionales a los referidos por el paciente	Detecta problemas adicionales, pero no les da lugar en la formulación	Detecta problemas adicionales y los incluye, pero no considera las consecuencias a corto y largo plazo	Considera problemas adicionales y los formula con sus consecuencias a corto y a largo plazo

Sesión #4: Elaboración de propuestas de tratamiento				
Indicadores	Bronce	Plata	Oro	Platino
Fundamenta el uso de las técnicas de tratamiento elegidas	Propone las técnicas que vienen en los manuales de intervención	Propone estrategias de intervención que no vienen en los manuales, pero su intervención se queda corta para los problemas	Propone estrategias de intervención de los manuales y de su conceptualización, logra cierta coherencia de tratamiento	Propone estrategias de intervención de los manuales y de su conceptualización, logra justificar y fundamentar un tratamiento coherente y congruente con la demanda del paciente
Estructura el plan de tratamiento por sesiones.	Sólo realiza un listado de lo que tiene que trabajar	Realiza un listado de lo que tiene que trabajar y propone un marco temporal de referencia	Realiza un listado de los que tiene que trabajar, con metas instrumentales y finales con marco de tiempo	Realiza una estructura de plan que incluye metas instrumentales, metas finales, técnicas, materiales y fechas de trabajo
El psicólogo produce un Mapa de Alcance de Metas.	No logra estructurar el MAM	Estructura un MAM incompleto	Logra todos los elementos del MAM y sólo se encuentran fallas en las relaciones funcionales de sus elementos	Logra todos los elementos del MAM sin fallas en las relaciones funcionales de sus elementos

Sesión #5: El terapeuta, conceptualización de lo que significa ser terapeuta				
Indicadores	Bronce	Plata	Oro	Platino
Conoce los principios básicos de la conducta del terapeuta con perspectiva orientada hacia la reflexión del quehacer clínico en el enfoque cognitivo conductual	Desconoce los principios epistemológicos de la conducta del terapeuta	Conoce algunos principios que deben de regir la conducta del terapeuta, pero repito sin cuestionamiento lo que viene en la literatura	Conoce algunos principios regidores de la conducta del terapeuta, cuestiona y critica las sugerencias de conducta no contextualizadas	Cumple con el nivel Oro y además sugiere acciones y guías de conducta para potencializar los efectos del terapeuta

Sesión #6: Pensamiento clínico				
Indicadores	Bronce	Plata	Oro	Platino
Analiza la información más relevante al evaluar una problemática	Usa toda la información que sale en las sesiones	Discrimina cuál es la información que se relaciona directamente con lo que se está trabajando	Usa sólo información relevante en sus intervenciones, justifica porqué es relevante la información	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a usar información relevante
Distingue la diferencia entre hechos, información, experiencia, investigación, datos y evidencia.	No tiene certeza en la información con la que trabaja	Distingue cierto grado de certeza en la información que usa, pero no comprueba la certeza en la información del paciente	Distingue adecuadamente la certeza de los hechos, de la experiencia y de la información basada en evidencias	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a usar información certera
Saca conclusiones en la medida en que esas conclusiones se fundamentan en hechos y en un razonamiento correcto o sensato.	No utiliza el contexto para justificar las percepciones	Utiliza el contexto del paciente, pero lo busca ajustar para tapar lagunas de información	Logra concluir basado en razonamientos sustentados en contextos y en evidencia lógica y coherente	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a razonar en función lógica del contexto
Divide cuestiones complejas en cuestiones más simples y específicas.	No atomiza la conducta	Logra determinar algunas variables de la conducta	Determina la frecuencia, la duración y la intensidad de las conductas del paciente	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a analizar los problemas en sus variables más sencillas

Anexo 4. Evaluaciones

Piloto 1

Evaluación inicial

Sesión #1: Registro de información				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Reconoce los apartados de una entrevista psicológica	Realiza la entrevista enfocándose sólo en el problema del paciente	Entrevista tomando en cuenta la historia familiar y del problema del paciente	Recoge datos personales, describe la demanda del paciente, evalúa otros problemas potenciales	Realiza la entrevista cubriendo por lo menos 8 aspectos diferentes de los sistemas evaluables en la entrevista.
Escribe los datos obtenidos en el apartado correspondiente de la entrevista en la sesión	Escribe lo que el paciente contó directamente en una hoja	Escribe la información intentando dar un orden aunque no se ven apartados	Escribe la entrevista separando adecuadamente los temas que evaluó	Transcribe la entrevista en un formato estandarizado en el que se aprecian todos los elementos que integraron el cuestionamiento
Designa la información en el formato SOAP	No conoce el formato SOAP	Escribe los aspectos de la información sin mayor división	Escribe sólo lo Subjetivo y lo Objetivo, no brinda mayor reflexión ni planeación	Completa todo el formato SOAP

Sesión #2: Redacción de casos clínicos				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Sintetiza adecuadamente la información que obtiene del paciente en los apartados correspondientes de la redacción de caso.	Realiza una recopilación sin formato de la información con la cuenta del paciente	Recopila la información tomando en cuenta divisiones conceptuales para su manejo	Realiza la redacción de caso dividiendo toda la información incluyendo sus reflexiones y propuestas de tratamiento	La redacción de caso tiene formato que puede ser publicado como investigación e caso único
Asocia toda la información necesaria en la entrevista para tener la historia del paciente y del problema de forma ordenada.	No logra crear coherencia en los datos para la correcta lectura del caso	Intenta dar coherencia a los datos para entender el problema del paciente, pero no se logra entender el caso	La historia se presenta de forma ordenada y se logra entender el problema del paciente así como la propuesta de trabajo	Se presenta adecuadamente la secuencia lógica de construcción de un caso en el que se incluyen hasta las observaciones de seguimiento al finalizar el tratamiento

Sesión #3: Formulación de caso				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Usa la información de la redacción de caso.	No usa la información de la redacción de caso	Usa de manera insuficiente algunos aspectos de la redacción de caso	Usa la información de caso, pero le cuesta trabajo justificar el uso de dicha información	Usa y justifica la información obtenida y derivada de la redacción de caso
Determina las variables que afectan al paciente	No logra ver cuáles son las causas y mantenedores del problema del paciente	Determina las variables que afectan al paciente, pero no las ordena adecuadamente	Determina las variables que afectan al paciente y logra separar cuáles son las que tiene que trabajar directamente	Determina las variables adecuadamente y sus consecuencias
Especifica las variables más importantes para el trabajo clínico.	No logra generar un esquema de redacción de caso	Genera un esquema de formulación de caso, pero falla en la elección de los elementos funcionales que expliquen los problemas del paciente	Genera un esquema de formulación de caso, aunque fallen las relaciones funcionales en los elementos que se incluyen	Transcribe adecuadamente la información necesaria para la formulación de caso
Detecta problemas adicionales a los referidos por el paciente.	No detecta problemas adicionales a los referidos por el paciente	Detecta problemas adicionales, pero no les da lugar en la formulación	Detecta problemas adicionales y los incluye, pero no considera las consecuencias a corto y largo plazo	Considera problemas adicionales y los formula con sus consecuencias a corto y a largo plazo

Sesión #4: Elaboración de propuestas de tratamiento				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Fundamenta el uso de las técnicas de tratamiento elegidas	Propone las técnicas que vienen en los manuales de intervención	Propone estrategias de intervención que no vienen en los manuales, pero su intervención se queda corta para los problemas	Propone estrategias de intervención de los manuales y de su conceptualización, logra cierta coherencia de tratamiento	Propone estrategias de intervención de los manuales y de su conceptualización, logra justificar y fundamentar un tratamiento coherente y congruente con la demanda del paciente
Estructura el plan de tratamiento por sesiones.	Sólo realiza un listado de lo que tiene que trabajar	Realiza un listado de lo que tiene que trabajar y propone un marco temporal de referencia	Realiza un listado de los que tiene que trabajar, con metas instrumentales y finales con marco de tiempo	Realiza una estructura de plan que incluye metas instrumentales, metas finales, técnicas, materiales y fechas de trabajo
El psicólogo produce un Mapa de Alcance de Metas.	No logra estructurar el MAM	Estructura un MAM incompleto	Logra todos los elementos del MAM y sólo se encuentran fallas en las relaciones funcionales de sus elementos	Logra todos los elementos del MAM sin fallas en las relaciones funcionales de sus elementos

Sesión #5: El terapeuta, conceptualización de lo que significa ser terapeuta				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Conoce los principios básicos de la conducta del terapeuta con perspectiva orientada hacia la reflexión del quehacer clínico en el enfoque cognitivo conductual	Desconoce los principios epistemológicos de la conducta del terapeuta	Conoce algunos principios que deben de regir la conducta del terapeuta, pero repito sin cuestionamiento lo que viene en la literatura	Conoce algunos principios regidores de la conducta del terapeuta, cuestiona y critica las sugerencias de conducta no contextualizadas	Cumple con el nivel Oro y además sugiere acciones y guías de conducta para potencializar los efectos del terapeuta

Sesión #6: Pensamiento clínico				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Analiza la información más relevante al evaluar una problemática	Usa toda la información que sale en las sesiones	Discrimina cuál es la información que se relaciona directamente con lo que se está trabajando	Usa sólo información relevante en sus intervenciones, justifica por qué es relevante la información	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a usar información relevante
Distingue la diferencia entre hechos, información, experiencia, investigación, datos y evidencia.	No tiene certeza en la información con la que trabaja	Distingue cierto grado de certeza en la información que usa, pero no comprueba la certeza en la información del paciente	Distingue adecuadamente la certeza de los hechos, de la experiencia y de la información basada en evidencias	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a usar información certera
Saca conclusiones en la medida en que esas conclusiones se fundamentan en hechos y en un razonamiento correcto o sensato.	No utiliza el contexto para justificar las percepciones	Utiliza el contexto del paciente, pero lo busca ajustar para tapar lagunas de información	Logra concluir basado en razonamientos sustentados en contextos y en evidencia lógica y coherente	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a razonar en función lógica del contexto
Divide cuestiones complejas en cuestiones más simples y específicas.	No atomiza la conducta	Logra determinar algunas variables de la conducta	Determina la frecuencia, la duración y la intensidad de las conductas del paciente	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a analizar los problemas en sus variables más sencillas

Evaluación inicial piloto 2

Sesión #1: Registro de información				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Reconoce los apartados de una entrevista psicológica	Realiza la entrevista enfocándose sólo en el problema del paciente	Entrevista tomando en cuenta la historia familiar y del problema del paciente	Recoge datos personales, describe la demanda del paciente, evalúa otros problemas potenciales	Realiza la entrevista cubriendo por lo menos 8 aspectos diferentes de los sistemas evaluables en la entrevista.
Escribe los datos obtenidos en el apartado correspondiente de la entrevista en la sesión	Escribe lo que el paciente contó directamente en una hoja	Escribe la información intentando dar un orden aunque no se ven apartados	Escribe la entrevista separando adecuadamente los temas que evaluó	Transcribe la entrevista en un formato estandarizado en el que se aprecian todos los elementos que integraron el cuestionamiento
Designa la información en el formato SOAP	No conoce el formato SOAP	Escribe los aspectos de la información sin mayor división	Escribe sólo lo Subjetivo y lo Objetivo, no brinda mayor reflexión ni planeación	Completa todo el formato SOAP

Sesión #2: Redacción de casos clínicos				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Sintetiza adecuadamente la información que obtiene del paciente en los apartados correspondientes de la redacción de caso.	Realiza una recopilación sin formato de la información con la cuenta del paciente	Recopila la información tomando en cuenta divisiones conceptuales para su manejo	Realiza la redacción de caso dividiendo toda la información incluyendo sus reflexiones y propuestas de tratamiento	La redacción de caso tiene formato que puede ser publicado como investigación e caso único
Asocia toda la información necesaria en la entrevista para tener la historia del paciente y del problema de forma ordenada.	No logra crear coherencia en los datos para la correcta lectura del caso	Intenta dar coherencia a los datos para entender el problema del paciente, pero no se logra entender el caso	La historia se presenta de forma ordenada y se logra entender el problema del paciente así como la propuesta de trabajo	Se presenta adecuadamente la secuencia lógica de construcción de un caso en el que se incluyen hasta las observaciones de seguimiento al finalizar el tratamiento

Sesión #3: Formulación de caso				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Usa la información de la redacción de caso.	No usa la información de la redacción de caso	Usa de manera insuficiente algunos aspectos de la redacción de caso	Usa la información de caso, pero le cuesta trabajo justificar el uso de dicha información	Usa y justifica la información obtenida y derivada de la redacción de caso
Determina las variables que afectan al paciente	No logra ver cuáles son las causas y mantenedores del problema del paciente	Determina las variables que afectan al paciente, pero no las ordena adecuadamente	Determina las variables que afectan al paciente y logra separar cuáles son las que tiene que trabajar directamente	Determina las variables adecuadamente y sus consecuencias
Especifica las variables más importantes para el trabajo clínico.	No logra generar un esquema de redacción de caso	Genera un esquema de formulación de caso, pero falla en la elección de los elementos funcionales que expliquen los problemas del paciente	Genera un esquema de formulación de caso, aunque fallen las relaciones funcionales en los elementos que se incluyen	Transcribe adecuadamente la información necesaria para la formulación de caso
Detecta problemas adicionales a los referidos por el paciente.	No detecta problemas adicionales a los referidos por el paciente	Detecta problemas adicionales, pero no les da lugar en la formulación	Detecta problemas adicionales y los incluye, pero no considera las consecuencias a corto y largo plazo	Considera problemas adicionales y los formula con sus consecuencias a corto y a largo plazo

Sesión #4: Elaboración de propuestas de tratamiento				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Fundamenta el uso de las técnicas de tratamiento elegidas	Propone las técnicas que vienen en los manuales de intervención	Propone estrategias de intervención que no vienen en los manuales, pero su intervención se queda corta para los problemas	Propone estrategias de intervención de los manuales y de su conceptualización, logra cierta coherencia de tratamiento	Propone estrategias de intervención de los manuales y de su conceptualización, logra justificar y fundamentar un tratamiento coherente y congruente con la demanda del paciente
Estructura el plan de tratamiento por sesiones.	Sólo realiza un listado de lo que tiene que trabajar	Realiza un listado de lo que tiene que trabajar y propone un marco temporal de referencia	Realiza un listado de los que tiene que trabajar, con metas instrumentales y finales con marco de tiempo	Realiza una estructura de plan que incluye metas instrumentales, metas finales, técnicas, materiales y fechas de trabajo
El psicólogo produce un Mapa de Alcance de Metas.	No logra estructurar el MAM	Estructura un MAM incompleto	Logra todos los elementos del MAM y sólo se encuentran fallas en las relaciones funcionales de sus elementos	Logra todos los elementos del MAM sin fallas en las relaciones funcionales de sus elementos

Sesión #5: El terapeuta, conceptualización de lo que significa ser terapeuta				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Conoce los principios básicos de la conducta del terapeuta con perspectiva orientada hacia la reflexión del quehacer clínico en el enfoque cognitivo conductual	Desconoce los principios epistemológicos de la conducta del terapeuta	Conoce algunos principios que deben de regir la conducta del terapeuta, pero repito sin cuestionamiento lo que viene en la literatura	Conoce algunos principios regidores de la conducta del terapeuta, cuestiona y critica las sugerencias de conducta no contextualizadas	Cumple con el nivel Oro y además sugiere acciones y guías de conducta para potencializar los efectos del terapeuta

Sesión #6: Pensamiento clínico				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Analiza la información más relevante al evaluar una problemática	Usa toda la información que sale en las sesiones	Discrimina cuál es la información que se relaciona directamente con lo que se está trabajando	Usa sólo información relevante en sus intervenciones, justifica por qué es relevante la información	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a usar información relevante
Distingue la diferencia entre hechos, información, experiencia, investigación, datos y evidencia.	No tiene certeza en la información con la que trabaja	Distingue cierto grado de certeza en la información que usa, pero no comprueba la certeza en la información del paciente	Distingue adecuadamente la certeza de los hechos, de la experiencia y de la información basada en evidencias	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a usar información certera
Saca conclusiones en la medida en que esas conclusiones se fundamentan en hechos y en un razonamiento correcto o sensato.	No utiliza el contexto para justificar las percepciones	Utiliza el contexto del paciente, pero lo busca ajustar para tapar lagunas de información	Logra concluir basado en razonamientos sustentados en contextos y en evidencia lógica y coherente	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a razonar en función lógica del contexto
Divide cuestiones complejas en cuestiones más simples y específicas.	No atomiza la conducta	Logra determinar algunas variables de la conducta	Determina la frecuencia, la duración y la intensidad de las conductas del paciente	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a analizar los problemas en sus variables más sencillas

Final Piloto 1

Sesión #1: Registro de información				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Reconoce los apartados de una entrevista psicológica	Realiza la entrevista enfocándose sólo en el problema del paciente	Entrevista tomando en cuenta la historia familiar y del problema del paciente	Recoge datos personales, describe la demanda del paciente, evalúa otros problemas potenciales	Realiza la entrevista cubriendo por lo menos 8 aspectos diferentes de los sistemas evaluables en la entrevista.
Escribe los datos obtenidos en el apartado correspondiente de la entrevista en la sesión	Escribe lo que el paciente contó directamente en una hoja	Escribe la información intentando dar un orden aunque no se ven apartados	Escribe la entrevista separando adecuadamente los temas que evaluó	Transcribe la entrevista en un formato estandarizado en el que se aprecian todos los elementos que integraron el cuestionamiento
Designa la información en el formato SOAP	No conoce el formato SOAP	Escribe los aspectos de la información sin mayor división	Escribe sólo lo Subjetivo y lo Objetivo, no brinda mayor reflexión ni planeación	Completa todo el formato SOAP

Sesión #2: Redacción de casos clínicos				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Sintetiza adecuadamente la información que obtiene del paciente en los apartados correspondientes de la redacción de caso.	Realiza una recopilación sin formato de la información con la cuenta del paciente	Recopila la información tomando en cuenta divisiones conceptuales para su manejo	Realiza la redacción de caso dividiendo toda la información incluyendo sus reflexiones y propuestas de tratamiento	La redacción de caso tiene formato que puede ser publicado como investigación e caso único
Asocia toda la información necesaria en la entrevista para tener la historia del paciente y del problema de forma ordenada.	No logra crear coherencia en los datos para la correcta lectura del caso	Intenta dar coherencia a los datos para entender el problema del paciente, pero no se logra entender el caso	La historia se presenta de forma ordenada y se logra entender el problema del paciente así como la propuesta de trabajo	Se presenta adecuadamente la secuencia lógica de construcción de un caso en el que se incluyen hasta las observaciones de seguimiento al finalizar el tratamiento

Sesión #3: Formulación de caso				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Usa la información de la redacción de caso.	No usa la información de la redacción de caso	Usa de manera insuficiente algunos aspectos de la redacción de caso	Usa la información de caso, pero le cuesta trabajo justificar el uso de dicha información	Usa y justifica la información obtenida y derivada de la redacción de caso
Determina las variables que afectan al paciente	No logra ver cuáles son las causas y mantenedores del problema del paciente	Determina las variables que afectan al paciente, pero no las ordena adecuadamente	Determina las variables que afectan al paciente y logra separar cuáles son las que tiene que trabajar directamente	Determina las variables adecuadamente y sus consecuencias
Especifica las variables más importantes para el trabajo clínico.	No logra generar un esquema de redacción de caso	Genera un esquema de formulación de caso, pero falla en la elección de los elementos funcionales que expliquen los problemas del paciente	Genera un esquema de formulación de caso, aunque fallen las relaciones funcionales en los elementos que se incluyen	Transcribe adecuadamente la información necesaria para la formulación de caso
Detecta problemas adicionales a los referidos por el paciente.	No detecta problemas adicionales a los referidos por el paciente	Detecta problemas adicionales, pero no les da lugar en la formulación	Detecta problemas adicionales y los incluye, pero no considera las consecuencias a corto y largo plazo	Considera problemas adicionales y los formula con sus consecuencias a corto y a largo plazo

Sesión #4: Elaboración de propuestas de tratamiento				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Fundamenta el uso de las técnicas de tratamiento elegidas	Propone las técnicas que vienen en los manuales de intervención	Propone estrategias de intervención que no vienen en los manuales, pero su intervención se queda corta para los problemas	Propone estrategias de intervención de los manuales y de su conceptualización, logra cierta coherencia de tratamiento	Propone estrategias de intervención de los manuales y de su conceptualización, logra justificar y fundamentar un tratamiento coherente y congruente con la demanda del paciente
Estructura el plan de tratamiento por sesiones.	Sólo realiza un listado de lo que tiene que trabajar	Realiza un listado de lo que tiene que trabajar y propone un marco temporal de referencia	Realiza un listado de los que tiene que trabajar, con metas instrumentales y finales con marco de tiempo	Realiza una estructura de plan que incluye metas instrumentales, metas finales, técnicas, materiales y fechas de trabajo
El psicólogo produce un Mapa de Alcance de Metas.	No logra estructurar el MAM	Estructura un MAM incompleto	Logra todos los elementos del MAM y sólo se encuentran fallas en las relaciones funcionales de sus elementos	Logra todos los elementos del MAM sin fallas en las relaciones funcionales de sus elementos

Sesión #5: El terapeuta, conceptualización de lo que significa ser terapeuta				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Conoce los principios básicos de la conducta del terapeuta con perspectiva orientada hacia la reflexión del quehacer clínico en el enfoque cognitivo conductual	Desconoce los principios epistemológicos de la conducta del terapeuta	Conoce algunos principios que deben de regir la conducta del terapeuta, pero repite sin cuestionamiento lo que viene en la literatura	Conoce algunos principios regidores de la conducta del terapeuta, cuestiona y critica las sugerencias de conducta no contextualizadas	Cumple con el nivel Oro y además sugiere acciones y guías de conducta para potencializar los efectos del terapeuta

Sesión #6: Pensamiento clínico				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Analiza la información más relevante al evaluar una problemática	Usa toda la información que sale en las sesiones	Discrimina cuál es la información que se relaciona directamente con lo que se está trabajando	Usa sólo información relevante en sus intervenciones, justifica porqué es relevante la información	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a usar información relevante
Distingue la diferencia entre hechos, información, experiencia, investigación, datos y evidencia.	No tiene certeza en la información con la que trabaja	Distingue cierto grado de certeza en la información que usa, pero no comprueba la certeza en la información del paciente	Distingue adecuadamente la certeza de los hechos, de la experiencia y de la información basada en evidencias	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a usar información certera
Saca conclusiones en la medida en que esas conclusiones se fundamentan en hechos y en un razonamiento correcto o sensato.	No utiliza el contexto para justificar las percepciones	Utiliza el contexto del paciente, pero lo busca ajustar para tapar lagunas de información	Logra concluir basado en razonamientos sustentados en contextos y en evidencia lógica y coherente	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a razonar en función lógica del contexto
Divide cuestiones complejas en cuestiones más simples y específicas.	No atomiza la conducta	Logra determinar algunas variables de la conducta	Determina la frecuencia, la duración y la intensidad de las conductas del paciente	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a analizar los problemas en sus variables más sencillas

Final Piloto 2

Sesión #1: Registro de información				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Reconoce los apartados de una entrevista psicológica	Realiza la entrevista enfocándose sólo en el problema del paciente	Entrevista tomando en cuenta la historia familiar y del problema del paciente	Recoge datos personales, describe la demanda del paciente, evalúa otros problemas potenciales	Realiza la entrevista cubriendo por lo menos 8 aspectos diferentes de los sistemas evaluables en la entrevista.
Escribe los datos obtenidos en el apartado correspondiente de la entrevista en la sesión	Escribe lo que el paciente contó directamente en una hoja	Escribe la información intentando dar un orden aunque no se ven apartados	Escribe la entrevista separando adecuadamente los temas que evaluó	Transcribe la entrevista en un formato estandarizado en el que se aprecian todos los elementos que integraron el cuestionamiento
Designa la información en el formato SOAP	No conoce el formato SOAP	Escribe los aspectos de la información sin mayor división	Escribe sólo lo Subjetivo y lo Objetivo, no brinda mayor reflexión ni planeación	Completa todo el formato SOAP

Sesión #2: Redacción de casos clínicos				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Sintetiza adecuadamente la información que obtiene del paciente en los apartados correspondientes de la redacción de caso.	Realiza una recopilación sin formato de la información con la cuenta del paciente	Recopila la información tomando en cuenta divisiones conceptuales para su manejo	Realiza la redacción de caso dividiendo toda la información incluyendo sus reflexiones y propuestas de tratamiento	La redacción de caso tiene formato que puede ser publicado como investigación de caso único
Asocia toda la información necesaria en la entrevista para tener la historia del paciente y del problema de forma ordenada.	No logra crear coherencia en los datos para la correcta lectura del caso	Intenta dar coherencia a los datos para entender el problema del paciente, pero no se logra entender el caso	La historia se presenta de forma ordenada y se logra entender el problema del paciente así como la propuesta de trabajo	Se presenta adecuadamente la secuencia lógica de construcción de un caso en el que se incluyen hasta las observaciones de seguimiento al finalizar el tratamiento

Sesión #3: Formulación de caso				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Usa la información de la redacción de caso.	No usa la información de la redacción de caso	Usa de manera insuficiente algunos aspectos de la redacción de caso	Usa la información de caso, pero le cuesta trabajo justificar el uso de dicha información	Usa y justifica la información obtenida y derivada de la redacción de caso
Determina las variables que afectan al paciente	No logra ver cuáles son las causas y mantenedores del problema del paciente	Determina las variables que afectan al paciente, pero no las ordena adecuadamente	Determina las variables que afectan al paciente y logra separar cuáles son las que tiene que trabajar directamente	Determina las variables adecuadamente y sus consecuencias
Especifica las variables más importantes para el trabajo clínico.	No logra generar un esquema de redacción de caso	Genera un esquema de formulación de caso, pero falla en la elección de los elementos funcionales que expliquen los problemas del paciente	Genera un esquema de formulación de caso, aunque fallen las relaciones funcionales en los elementos que se incluyen	Transcribe adecuadamente la información necesaria para la formulación de caso
Detecta problemas adicionales a los referidos por el paciente.	No detecta problemas adicionales a los referidos por el paciente	Detecta problemas adicionales, pero no les da lugar en la formulación	Detecta problemas adicionales y los incluye, pero no considera las consecuencias a corto y largo plazo	Considera problemas adicionales y los formula con sus consecuencias a corto y a largo plazo

Sesión #4: Elaboración de propuestas de tratamiento				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Fundamenta el uso de las técnicas de tratamiento elegidas	Propone las técnicas que vienen en los manuales de intervención	Propone estrategias de intervención que no vienen en los manuales, pero su intervención se queda corta para los problemas	Propone estrategias de intervención de los manuales y de su conceptualización, logra cierta coherencia de tratamiento	Propone estrategias de intervención de los manuales y de su conceptualización, logra justificar y fundamentar un tratamiento coherente y congruente con la demanda del paciente
Estructura el plan de tratamiento por sesiones.	Sólo realiza un listado de lo que tiene que trabajar	Realiza un listado de lo que tiene que trabajar y propone un marco temporal de referencia	Realiza un listado de los que tiene que trabajar, con metas instrumentales y finales con marco de tiempo	Realiza una estructura de plan que incluye metas instrumentales, metas finales, técnicas, materiales y fechas de trabajo
El psicólogo produce un Mapa de Alcance de Metas.	No logra estructurar el MAM	Estructura un MAM incompleto	Logra todos los elementos del MAM y sólo se encuentran fallas en las relaciones funcionales de sus elementos	Logra todos los elementos del MAM sin fallas en las relaciones funcionales de sus elementos

Sesión #5: El terapeuta, conceptualización de lo que significa ser terapeuta				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Conoce los principios básicos de la conducta del terapeuta con perspectiva orientada hacia la reflexión del quehacer clínico en el enfoque cognitivo conductual	Desconoce los principios epistemológicos de la conducta del terapeuta	Conoce algunos principios que deben de regir la conducta del terapeuta, pero repite sin cuestionamiento lo que viene en la literatura	Conoce algunos principios regidores de la conducta del terapeuta, cuestiona y critica las sugerencias de conducta no contextualizadas	Cumple con el nivel Oro y además sugiere acciones y guías de conducta para potencializar los efectos del terapeuta

Sesión #6: Pensamiento clínico				
Indicadores	Bronce (1)	Plata (2)	Oro (3)	Platino (4)
Analiza la información más relevante al evaluar una problemática	Usa toda la información que sale en las sesiones	Discrimina cuál es la información que se relaciona directamente con lo que se está trabajando	Usa sólo información relevante en sus intervenciones, justifica por qué es relevante la información	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a usar información relevante
Distingue la diferencia entre hechos, información, experiencia, investigación, datos y evidencia.	No tiene certeza en la información con la que trabaja	Distingue cierto grado de certeza en la información que usa, pero no comprueba la certeza en la información del paciente	Distingue adecuadamente la certeza de los hechos, de la experiencia y de la información basada en evidencias	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a usar información certera
Saca conclusiones en la medida en que esas conclusiones se fundamentan en hechos y en un razonamiento correcto o sensato.	No utiliza el contexto para justificar las percepciones	Utiliza el contexto del paciente, pero lo busca ajustar para tapar lagunas de información	Logra concluir basado en razonamientos sustentados en contextos y en evidencia lógica y coherente	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a razonar en función lógica del contexto
Divide cuestiones complejas en cuestiones más simples y específicas.	No atomiza la conducta	Logra determinar algunas variables de la conducta	Determina la frecuencia, la duración y la intensidad de las conductas del paciente	Cubre con el estándar de Oro y enseña al paciente a analizar los problemas en sus variables más sencillas