

Terapia de procesamiento cognitivo (TPC)

Guía de implementación de E2i

Una intervención basada en evidencia, adaptada para el Programa Ryan White de VIH/sida de la Administración de Recursos y Servicios de Salud, que se enfoca en reducir los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) entre las personas con VIH.

OTOÑO 2021



A SPECIAL PROJECT OF
NATIONAL SIGNIFICANCE

Autores

Expertos en intervención (University of Texas Health Science Center at San Antonio STRONG STAR Training Initiative)

Katherine Dondanville, PsyD, ABPP

John Moring, PhD

Centro de coordinación de E2i para asistencia técnica (The Fenway Institute y AIDS United)

Richard Cancio, MPH

Hilary Goldhammer, MS

Sean Cahill, PhD

Linda Marc, ScD, MPH

Mabel Sheau Fong Low, MPH

Massah Massaquoi, MPH

Alicia Downes, LMSW

Reagin Wiklund

Neeki Parsa

Hannah Bryant, MPH

Joseph D. Stango

Bryan Thompson

Tess McKenney

Alex Keuroghlian, MD, MPH

Centro de evaluación de E2i (Center for AIDS Prevention Studies, University of California San Francisco)

Janet Meyers, PhD, MPH

Starley Shade, PhD

Mary Guzé, MPH

Beth Bourdeau, PhD

Andrés Maiorana, MA, MPH

Kimberly Koester, PhD

Carol Dawson-Rose, RN, PhD, FAAN

Greg Rebchook, PhD

Administración de Recursos y Servicios de Salud, Oficina de VIH/sida

Nicole Chavis, MPH

Demetrios Psihopaidas, PhD, MA

Stacy Cohen, MPH

Antigone Dempsey, MEd



Reconocimientos

Nos gustaría agradecer a las siguientes organizaciones por poner a prueba la implementación de la TPC. Estamos especialmente agradecidos con las siguientes personas que lideraron la implementación en su organización y compartieron sus historias, experiencias y comentarios para esta Guía de implementación.

Positive Impact Health Centers

Gwen Davies, Victoria Leftridge,
Eileen Pagan, Lucero Morse,
Brace Arnette, Danielle Wright

Gracias también a Anna Laurence y
Rachel Kohn, de John Snow, Incorporated;
y Érica Sawyer, Jordan Hutensky y Katie
Burkhart de Fenway Health por diseñar la
Guía de implementación.

Western North Carolina Community Health Services

Nivee Roy, Lindsey Phillips, Scott Parker,
Todd Wallenius, Mónica Olsen,
Sierra Lohman

Cita sugerida: *Cognitive Processing Therapy: E2i Implementation Guide*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, HIV/AIDS Bureau; 2021.

Nota: *Terapia de procesamiento cognitivo: Guía de implementación de E2i* no tiene derechos de autor y se puede usar y copiar sin permiso. Se agradece citar la fuente.

Declaración de financiación: Este producto fue respaldado por las adjudicaciones de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) como parte del Programa Ryan White de VIH/sida (Ryan White HIV/AIDS Program, RWHAP) Parte F - Programa de Proyectos Especiales de Importancia Nacional (Special Projects of National Significance, SPNS) por un total de \$20,307,770 con 0% financiado con fuentes no gubernamentales, y \$2,200,000 con 0% financiado con fuentes no gubernamentales. Los contenidos pertenecen a los autores y no representan necesariamente los puntos de vista oficiales ni el respaldo de HRSA, HHS, RWHAP SPNS o el gobierno de los EE. UU. Para obtener más información, visite [HRSA.gov](https://www.hrsa.gov).

Índice

	Resumen ejecutivo	1
	Introducción a la Guía de implementación	2
	Descripción general de la TPC	6
	Evaluación de E2i: Resultados continuos del cuidado del VIH de la TPC.....	10
	Elementos principales	11
	Actividades de planificación	14
	Evaluación de E2i: Resultados de la implementación de la TPC.....	18
	Actividades de implementación	19
	Evaluación de E2i: Resultados de la participación en la TPC	33
	Evaluación de E2i: Retos, éxitos, adaptaciones y aprendizajes	34
	Programas destacados de E2i	36
	Positive Impact Health Centers	37
	Western North Carolina Community Health Services	40
	Apéndices	43
	Apéndice A. Evaluación y ciencia de la implementación: Marco y métodos.....	44
	Apéndice B. Mejores prácticas generales para planificar la implementación de una estrategia de intervención	47
	Apéndice C. Hoja de trabajo de “Go Live” de la TPC.....	50
	Apéndice D. Entrevista psicosocial y de antecedentes de trauma.....	56
	Apéndice E. Listas de verificación de seguimiento de la fidelidad de la TPC.....	67
	Apéndice F. Aplicaciones móviles para clientes de TPC	86



RESUMEN EJECUTIVO

La terapia de procesamiento cognitivo (TPC) es una intervención basada en evidencia adaptada por expertos en VIH en colaboración con miembros de la comunidad para mejorar los resultados de salud entre las personas con VIH. La TPC da tratamiento conductual cognitivo para reducir los síntomas de estrés postraumático entre las personas con VIH diagnosticadas con trastorno de estrés postraumático. Mediante sesiones de TPC impartidas por un terapeuta de salud mental, los clientes aprenden a reconocer y tratar los efectos del trauma en sus pensamientos y sentimientos.

Esta Guía de implementación fue desarrollada para el *Uso de intervenciones basadas en evidencia para mejorar los resultados de salud de las personas que tienen VIH (E2i)*, que evaluó la TPC dentro del entorno del Programa Ryan White de VIH/sida (RWHAP) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y valoró su impacto. Puede encontrar herramientas de implementación, consejos y recursos adicionales fáciles de usar para apoyar la replicación de TPC en el RWHAP y otras organizaciones de servicios contra el VIH en la [Caja de herramientas de E2i para la TPC](#).



INTRODUCCIÓN A LA GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN



INTRODUCCIÓN A LA GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN

¿Qué es la terapia de procesamiento cognitivo?

La terapia de procesamiento cognitivo (TPC) es un tratamiento cognitivo conductual basado en la evidencia para el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Mediante sesiones individuales o grupales de TPC, los clientes aprenden a reconocer y desafiar pensamientos y creencias inútiles relacionadas con el trauma. La TPC es implementada por un terapeuta de salud mental que sigue el protocolo y las hojas de trabajo disponibles en [*Terapia de procesamiento cognitivo para el TEPT: Un manual completo*](#) (Manual de TPC) disponible en Guilford Press.¹

Propósito de la Guía de implementación

El propósito de esta Guía de implementación es orientar a los usuarios sobre la implementación de TPC y dar información y herramientas esenciales para planificar e implementar la TPC en el Programa Ryan White de VIH/sida (RWHAP) y otras organizaciones de servicios contra el VIH. Esta Guía es parte de la [*Caja de herramientas de E2i para la TPC*](#), una colección de recursos útiles para implementar la TPC. Puede encontrar información esencial adicional en el [*Manual de TPC*](#).

Historial de la Guía de implementación

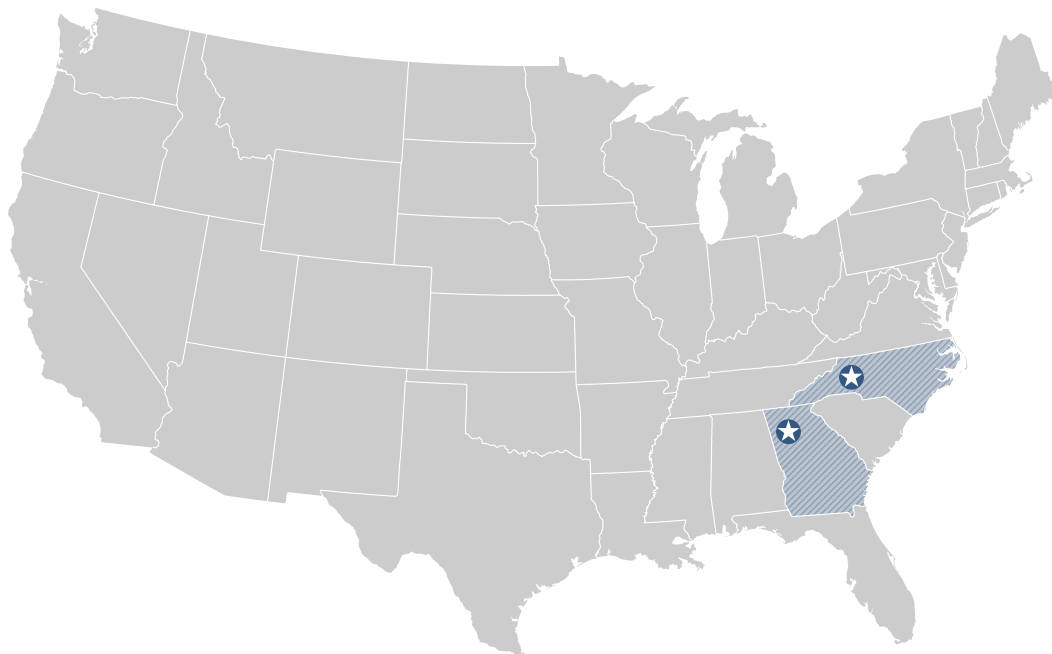
Esta Guía fue desarrollada bajo el Programa de Proyectos Especiales de Importancia Nacional (SPNS) de la Parte F del RWHAP, que se conoce como *Uso de intervenciones basadas en evidencia para mejorar los resultados de salud de las personas que tienen VIH (E2i)*, una iniciativa de cuatro años (2017-2021) financiada por la Oficina de VIH/sida de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA HAB) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Se diseñó E2i para mejorar los resultados de salud de las personas con VIH que tienen brechas persistentes en los cuidados continuos del VIH, como el compromiso con el cuidado, la retención en el cuidado, el cumplimiento de la terapia antirretroviral (TAR) y la supresión viral. Debido a que el TEPT está asociado con efectos adversos en los resultados de salud del VIH, las personas con VIH que tienen TEPT están entre las que más necesitan intervenciones que traten el trauma.

E2i eligió poner a prueba la implementación de TPC dentro de las organizaciones de servicios contra el VIH debido a su eficacia demostrada en la reducción de los síntomas del TEPT. Mediante una solicitud competitiva de propuestas, se seleccionaron dos organizaciones de servicios contra el VIH en el RWHAP para implementar la TPC entre 2018 y 2020. Estos centros informaron de los datos de los resultados de los clientes y del programa a un equipo de evaluadores que después analizó estos datos. Las historias, experiencias y resultados de la evaluación de los dos centros se integran y destacan en esta Guía.

¹ Resick PA, Monson CM, Chard KM. Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual. New York, NY: Guilford Press; 2016. Disponible en: <https://www.guilford.com/books/Cognitive-Processing-Therapy-for-PTSD/Resick-Monson-Chard/9781462528646>

Los centros de implementación de E2i

FIGURA 1. Lugares de los dos centros que implementaron TPC mediante la iniciativa E2i.



Positive Impact Health Centers (Decatur, Duluth y Marietta, Georgia)

- Clínica de cuidado primario y cuidado especializado del VIH
- Beneficiario de las Partes A, B y C del RWHAP
- 2,860 clientes con VIH al año
- 95 empleados prestan servicios contra el VIH
- Servicios no médicos más comunes a los que acceden los clientes con VIH: remisiones médicas/de apoyo (82%), transporte médico (77%), extensión (23%)

Western North Carolina Community Health Services (Asheville, Carolina del Norte)

- Centro médico calificado a nivel federal
- Beneficiario de las Partes B, C y D del RWHAP
- 750 clientes con VIH al año
- 45 empleados prestan servicios contra el VIH
- Servicios no médicos más comunes a los que acceden los clientes con VIH: administración de casos no médicos (100%), educación para la salud (100%), apoyo psicosocial (100%)

Evaluación de la ciencia de implementación

E2i usó un enfoque científico de implementación para evaluar la TPC. El objetivo de la evaluación fue responder las siguientes preguntas:

- » “¿Qué se necesita para implementar esta intervención en una organización de servicios contra el VIH?”
- » “¿Cómo se relaciona una implementación exitosa con los mejores resultados contra el VIH para los clientes?”

Los evaluadores de E2i recopilamos datos de los clientes de TPC del centro de E2i durante toda la iniciativa para medir el compromiso con el cuidado, las recetas de medicamentos de TAR, la retención en el cuidado y la supresión viral. También recopilamos y revisamos encuestas del personal del centro, formularios de encuentro con clientes, informes de visitas al centro y notas de reuniones para aprender más sobre los factores clave para: una implementación exitosa, los retos de los implementadores y las adaptaciones para cubrir las necesidades de los entornos locales y poblaciones de prioridad. Los principales descubrimientos de la evaluación se informan en esta Guía. Para obtener más información sobre el enfoque y los métodos teóricos de E2i, vea el [Apéndice A](#). También, consulte la [Caja de herramientas de E2i para la TPC](#) para obtener información sobre más evaluaciones en los manuscritos.



DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA TPC



DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA TPC

Objetivo

Los objetivos principales de implementar la TPC en una organización de servicios contra el VIH son:

- » Reducir los síntomas del TEPT y trastornos relacionados (p. ej., depresión)
- » Ayudar a las personas con VIH a mantenerse comprometidas con el cuidado del VIH

Descripción

La TPC es un tratamiento conductual cognitivo basado en la evidencia para el TEPT. Un terapeuta de salud mental da aproximadamente 12 sesiones individuales o grupales semanales o quincenales usando el protocolo y las hojas de trabajo del [Manual de TPC](#). La TPC para personas con VIH guía a los clientes a reconocer cómo las experiencias traumáticas, y otros factores como las identidades interseccionales, las experiencias de prejuicios y discriminación social y el estado del VIH, pueden influir en sus pensamientos sobre sí mismos, los demás y el mundo. Como parte de la TPC, los clientes completan hojas de trabajo para ayudarlos a desafiar los pensamientos relacionados con el trauma, llamados “puntos de estancamiento”, que impiden la recuperación del TEPT.

Población de prioridad

- » Personas con VIH que tienen un diagnóstico de TEPT
- » Los clientes pueden ser de diversas edades, razas, orígenes étnicos, géneros y niveles de alfabetización.



Inscripción en la TPC en los centros de E2i

34 clientes

36-55 años

79% hombres

56% blancos

38% personas de color/
afroamericanos

Fundamento

Se calcula que entre el 30% y el 50% de las personas con VIH cumplen los criterios para el TEPT.^{2,3} Entre las personas con VIH, el TEPT afecta negativamente la revelación del VIH, la adherencia a los medicamentos,⁴ y la salud física.⁵ Reduciendo los síntomas del TEPT, la TPC puede ayudar a los clientes con VIH a tener mejores resultados de salud relacionados con el VIH.

² Gonzalez A, Locicero B, Mahaffey B, Fleming C, Harris J, Vujanovic AA. Internalized HIV stigma and mindfulness: Associations with PTSD symptom severity in trauma-exposed adults with HIV/AIDS. *Behav Modif.* 2016;40(1-2):144-163.

³ Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52(12):1048-1060.

⁴ Safren SA, Gershuny BS, Hendriksen E. Symptoms of posttraumatic stress and death anxiety in persons with HIV and medication adherence difficulties. *AIDS Client Care STDs.* 2003;17(12):657-66.

⁵ Brownley JR, Fallot RD, Wolfson Berley R, Himelhoch SS. Trauma history in African-American women living with HIV: Effects on psychiatric symptom severity and religious coping. *AIDS Care.* 2015;27(8):964-971.

Historial de la intervención

La TPC ha demostrado eficacia para tratar el TEPT entre una variedad de poblaciones y en una variedad de entornos de tratamiento.⁶⁻¹¹

Duración de la intervención

- » La duración del tratamiento de TPC se determina haciendo un seguimiento de los síntomas de TEPT del cliente en respuesta a la intervención.
- » El curso del tratamiento suele ser de 12 sesiones semanales o quincenales; sin embargo, algunos clientes responden tan pronto como seis sesiones, mientras que otros necesitan sesiones adicionales.
- » Dependiendo del progreso de un cliente, la TPC puede extenderse hasta 24 sesiones.
- » Los expertos en TPC *recomiendan encarecidamente* dar un mínimo de seis sesiones por cliente o grupo.

⁶ Asmundson GJG, Thorisdottir AS, Roden-Foreman JW, et al. A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. *Cogn Behav Ther.* 2019;48(1):1-14.

⁷ Chard KM. An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(5):965-971.

⁸ Galovski TE, Blain LM, Mott JM, Elwood L, Houle T. Manualized therapy for PTSD: Flexing the structure of cognitive processing therapy. *J Consult Clin Psychol.* 2012;80(6):968-981.

⁹ Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(4):867-879.

¹⁰ Resick PA, Galovski TE, Uhlmansiek MO, Scher CD, Clum GA, Young-Xu Y. A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(2):243-258.

¹¹ Resick PA, Wachen JS, Dondanville KA, et al. Effect of group vs individual cognitive processing therapy in active-duty military seeking treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(1):28-36.

Entorno

La TPC se puede implementar en cualquier organización que atienda a personas con VIH y emplee a un terapeuta de salud mental. Los entornos pueden incluir:

- » Cuidado primario
- » Cuidado de la salud mental
- » Telesalud
- » Pacientes hospitalizados
- » Entornos de justicia penal

Los dos centros de E2i que implementaron la TPC fueron una clínica de cuidado médico y especializada en VIH y un centro médico calificado a nivel federal que da cuidado médico integral a personas con VIH.

Personal

La dotación de personal de TPC variará según la estructura única de cada organización.

Personal básico

Como mínimo, la TPC necesita:

- » **Terapeutas de salud mental:** para dar sesiones de TPC a clientes con VIH.

Personal adicional recomendado

El apoyo adicional del personal existente depende del contexto y las necesidades locales de cada clínica. Los programas pueden necesitar ayuda de:

- » **Director del programa:** para supervisar la evaluación, las remisiones y la integración dentro de los departamentos médicos y de salud mental.
- » **RN administradores de cuidado:** para ayudar con la detección y remisiones.

Además de contar con un terapeuta de salud mental en su equipo de TPC, uno de los centros de E2i también incluía una enfermera coordinadora de cuidados y un médico de cuidados primarios que se reunían con los clientes durante la admisión de TPC para ayudar a reforzar el tratamiento y el cumplimiento de las citas. El otro centro de E2i capacitó a pasantes de terapia de salud mental para apoyar a los clientes y dar sesiones de TPC.

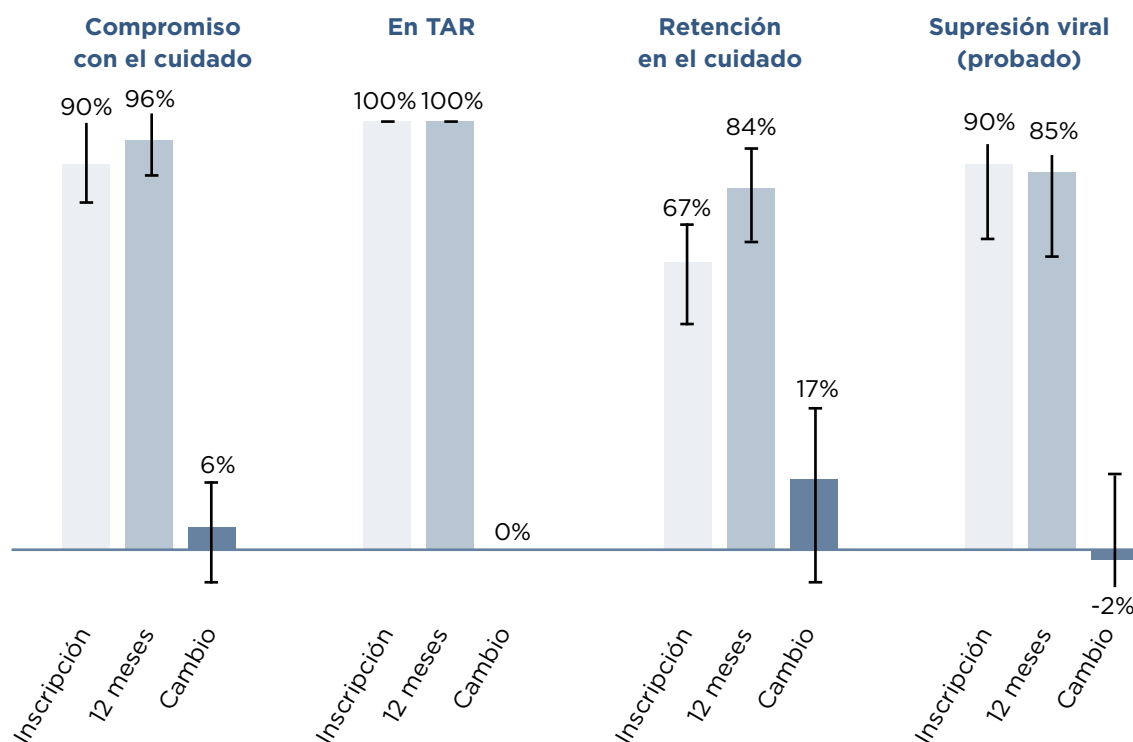


EVALUACIÓN de E2i:

RESULTADOS CONTINUOS DEL CUIDADO DEL VIH DE LA TPC

- ◆ **Inscripción:** Durante un período de 9 a 13 meses, los centros de E2i inscribieron a 34 clientes en la TPC (10 clientes en un centro y 24 en el otro centro). Los clientes tenían entre 36 y 55 años. La mayoría de los clientes eran hombres (79%), el 18% eran mujeres y el 3% eran mujeres transgénero. Los clientes se identificaron como blancos (56%), personas de color/afroamericanos (38%) e hispanos/latinos (11%).
- ◆ **Resultados:** La iniciativa E2i midió los resultados continuos del cuidado del VIH en el momento de la inscripción y 12 meses después. Entre los clientes inscritos en la TPC, no hubo cambios estadísticamente significativos en los resultados. Dado que los clientes de TPC ya tenían altos niveles de compromiso, recetas de medicamentos de TAR y supresión viral en el momento de la inscripción, es probable que no haya un tamaño de muestra suficiente para observar cambios estadísticamente significativos.

FIGURA 2. Resultados continuos del cuidado del VIH entre los 34 clientes inscritos en la TPC como parte de la iniciativa E2i.



Nota: E2i usó las siguientes definiciones de HRSA para los resultados continuos del cuidado del VIH:

- **Compromiso con el cuidado** = al menos una visita de cuidado primario para el VIH en los 12 meses anteriores
- **En TAR (cumplimiento)** = haber recibido TAR en los últimos 12 meses
- **Retención en el cuidado** = al menos dos visitas de cuidado del VIH en los últimos 12 meses
- **Supresión viral** = tener una prueba de carga viral del VIH de los últimos 12 meses Y tener un resultado de menos de 200 copias/mL en la última prueba de carga viral



ELEMENTOS PRINCIPALES



ELEMENTOS PRINCIPALES

Los elementos principales son los “ingredientes activos” esenciales para lograr los resultados deseados de una estrategia de intervención. Es fundamental seguir los elementos principales al implementar una intervención en una organización de servicios contra el VIH; de lo contrario, es posible que la intervención no funcione como se esperaba.¹² Todas las demás actividades, como los acuerdos con el personal y los flujos de trabajo clínico, pueden adaptarse a las circunstancias únicas de una organización. Sin embargo, las adaptaciones no deben competir ni contradecir los elementos principales de la TPC. **La TPC tiene cuatro elementos principales:**



1. Evaluación de TEPT y seguimiento de síntomas

- Todos los clientes con VIH son evaluados universalmente para el TEPT con una herramienta de detección estándar validada.
- Los clientes que dan positivo reciben una evaluación adicional del TEPT por un terapeuta de salud mental que usa herramientas de evaluación validadas.
- Los clientes con un diagnóstico de TEPT participan en la toma de decisiones compartida con el terapeuta para determinar si la TPC es el mejor plan de tratamiento.
- Durante el tratamiento, los clientes tienen un seguimiento semanal para detectar síntomas de TEPT y depresión. Los clientes que ya no cumplen los criterios de TEPT pueden estar listos para finalizar el tratamiento de TPC.



2. Sesiones de TPC

Las sesiones de TPC son implementadas por un terapeuta de salud mental que está capacitado en TPC y sigue el protocolo y las hojas de trabajo en el [Manual de TPC](#).

El número de sesiones de TPC se determina haciendo un seguimiento de los síntomas de TEPT del cliente en respuesta a la intervención.

Las sesiones se pueden implementar:

- Uno a uno o en un grupo cerrado
- De 50 a 60 minutos (sesiones individuales) o 90 minutos (sesiones grupales)

¹² Psihopoulos D, Cohen SM, West T, et al. Implementation science and the Health Resources and Services Administration's Ryan White HIV/AIDS Program's work towards ending the HIV epidemic in the United States. PLoS Med. 2020;17(11):e1003128.



3. Diálogo socrático

El diálogo socrático es una técnica que valora que los clientes lleguen a saber algo por sí mismos, en lugar de que el terapeuta les diga qué hacer. Esta técnica es útil cuando se tratan los pensamientos de los clientes sobre sus experiencias personales con el trauma.

En la TPC, las técnicas de diálogo socrático incluyen:

- Preguntas para aclarar (p. ej., “¿Qué quiere decir cuando dice...?”)
- Preguntas para investigar las suposiciones (p. ej., “¿Cómo llegó a esta conclusión?”)
- Preguntas para explorar la evidencia (p. ej., “¿Cómo sabe esto?”)
- Preguntas para explorar creencias más profundas (p. ej., “¿Qué significa sobre usted que le haya ocurrido el trauma?”)



4. Identificar y desafiar los “puntos de estancamiento”

Los “puntos de estancamiento” son pensamientos poco realistas o inútiles relacionados con el trauma que impiden la recuperación del TEPT. Los clientes aprenden a identificar, evaluar y desafiar los puntos de estancamiento para cambiar sus pensamientos y sentimientos sobre sus traumas. Los puntos de estancamiento comunes relacionados con el trauma incluyen:

- “Es mi culpa que haya ocurrido el trauma.”
- “Si hubiera hecho algo diferente, podría haber evitado el trauma.”
- “Va a suceder de nuevo.”

El terapeuta usa una serie de hojas de trabajo para enseñar al cliente a desafiar sus propios puntos de estancamiento. También se les pide a los clientes que completen tareas de práctica diaria entre sesiones.

“Para algunos clientes puede haber un trauma en torno a su propio diagnóstico de VIH. Pueden surgir puntos de estancamiento sobre lo que significa su estado del VIH.” —Terapeuta de TPC del centro de E2i



ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN



ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN

La siguiente sección incluye actividades recomendadas para planificar la implementación de la TPC.

Para obtener herramientas de planificación útiles adicionales, consulte:

Apéndice B: Mejores prácticas generales para planificar la implementación de una estrategia de intervención

Apéndice C: Hoja de trabajo de “Go Live” de la TPC

Obtener el Manual de TPC

- » Para implementar la TPC, cada terapeuta debe tener una copia del **Manual de TPC** disponible en Guilford Press.
- » Puede encontrar **traducciones del Manual de TPC y folletos para pacientes** en varios idiomas.

Capacitar al personal

Para convertirse en un proveedor registrado de TPC, los terapeutas primero deben:

- » Participar en un taller de TPC en vivo de dos días de una empresa de capacitación o consultoría aprobada.
- » Inscribirse en la consulta posterior al taller de 7.5 horas individuales o 20 horas grupales para desarrollar competencia y confianza en la implementación de la TPC. El consultor ayuda a garantizar que el terapeuta implemente la TPC según las mejores prácticas.

Para obtener más información sobre la consulta y capacitación para la TPC, visite:

- » **Consulta de TPC para el TEPT**
- » **STRONG STAR Training**

También se recomienda, pero no es obligatorio, capacitar a todo el personal de la organización en el uso de un enfoque informado por el trauma para el cuidado de clientes con VIH. Puede encontrar información sobre el cuidado informado por el trauma en la **Caja de herramientas de E2i para TIA/CHANGE**.

Identificar espacios

Encuentre un espacio para hacer sesiones de TPC que sea:

- » Cómodo
- » Privado
- » Seguro
- » Agradable y dé confianza a los clientes

Considere decorar el espacio con colores relajantes y muebles cómodos. Las sesiones virtuales de telesalud también pueden ser posibles para los clientes que no pueden asistir a todas las sesiones en persona.

Desarrollar un plan de implementación

Un proveedor de TPC capacitado puede comenzar a dar TPC con los clientes en cualquier momento. Las preguntas orientativas generales que se deben tener en cuenta al planificar la TPC incluyen:

- » ¿Su organización ofrecerá sesiones individuales, sesiones grupales cerradas o ambas?
- » ¿Con qué frecuencia se harán las sesiones?
- » ¿Cuántos terapeutas necesita?
- » ¿Incluirá a pares como personal de apoyo?
- » ¿Puede identificar un espacio privado y cómodo para las sesiones?
- » ¿Se ofrecerán sesiones de manera virtual?
- » ¿Qué hora del día es mejor para que sus clientes tengan sesiones?
- » ¿Cuál es su presupuesto para cubrir todos los elementos principales de la TPC?
- » ¿Necesitará dar cuidado de niños, transporte u otros servicios para ayudar a los clientes a asistir con regularidad?
- » ¿Ofrecerá incentivos económicos por la asistencia?
- » ¿Cómo involucrará a los clientes entre sesiones?
- » ¿Cómo se prepararán los terapeutas para las sesiones?

Desarrollar un plan de sostenibilidad

La sostenibilidad es la capacidad de mantener la programación y sus beneficios a lo largo del tiempo. Un recurso útil para desarrollar la capacidad para la sostenibilidad es la [*Herramienta de evaluación de la sostenibilidad del programa*](#) desarrollada por el Center for Public Health Systems Science en Brown School, Washington University en St. Louis.

Esta herramienta ayuda a los planificadores de programas a lograr lo siguiente:

1. Entender los factores que influyen en la capacidad de sostenibilidad de un programa
2. Evaluar la capacidad del programa para la sostenibilidad
3. Revisar los resultados de la evaluación
4. Planificar para aumentar la probabilidad de sostenibilidad mediante el desarrollo de un plan de acción

Lograr la sostenibilidad generalmente implica solicitar subvenciones y acceder a las opciones de reembolso disponibles. Para el reembolso por terceros pagadores, los códigos de terminología procesal actual de salud mental para pacientes ambulatorios para psicoterapia individual (90834 para 45 minutos con un cliente) o psicoterapia grupal (código 90853) son códigos de facturación apropiados para la TPC. La consejería de salud mental es un servicio médico central permitido bajo el financiamiento del RWHAP, y las organizaciones financiadas por el RWHAP pueden recibir asistencia técnica sobre las opciones de cobertura médica del [*Access, Care, and Engagement Technical Assistance \(ACE TA\) Center*](#).



EVALUACIÓN de E2i: RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TPC

Para obtener más información sobre cómo la gerencia y el personal de los centros de E2i veían a la TPC, E2i recopiló datos de las personas que implementaron la intervención. Los datos incluyeron: (1) una encuesta de la organización completada por la gerencia del centro una vez durante el período de planificación y cada seis meses durante la implementación y (2) revisión de los documentos del centro creados por el personal durante la implementación, incluyendo los informes de visitas al centro, notas de reuniones y libros de trabajo de costos (consulte el [Apéndice A](#)).

Medida (definición)	Resultados en los centros de E2i
Aceptabilidad: cómo el personal y la gerencia consideran la intervención	Ambos centros de E2i encontraron que la intervención era muy aceptable durante la duración de la iniciativa. Cada centro creía que la intervención se ajustaba a la misión y los objetivos de su organización.
Adopción: la intención, decisión inicial o acción para implementar la intervención	Un centro informó de una adopción consistentemente alta a lo largo de la iniciativa. El otro centro informó de una adopción más baja al principio y luego una adopción alta dentro de un año.
Idoneidad: la compatibilidad de la intervención para tratar un tema o problema en particular	Ambos centros informaron que la TPC era muy apropiada y cubría una necesidad de servicio. El personal del centro consideró apropiada una intervención de trauma porque muchos de sus clientes habían sido afectados por un trauma en sus vidas.
Viabilidad: la medida en que la intervención puede implementarse con éxito	Ambos centros encontraron la TPC altamente viable dentro de un año de implementación.
Fidelidad: el grado en que un centro se sintió capaz de (a) implementar la intervención según la intención de los desarrolladores del programa y (b) hacer un seguimiento del progreso	Un centro aumentó gradualmente su capacidad para tener un equipo de implementación completo y, por lo tanto, pudo evaluar y mantener la fidelidad. El otro centro redujo su calificación de fidelidad con el tiempo, probablemente debido a los desafíos para reclutar y retener clientes.
Participación: la integración de la intervención dentro de la organización	Aunque un centro percibió que la integración de las actividades de TPC disminuyó con el tiempo, el otro centro informó de un aumento en la integración de la TPC con el tiempo. La integración pareció facilitarse haciendo de la detección del trauma un estándar de cuidado para los clientes y dando capacitaciones sobre el cuidado informado por el trauma para todo el personal y capacitaciones sobre TPC para los proveedores médicos.
Costo: los costos asociados a la planificación y la implementación, como: personal, capacitación, suministros, incentivos y actividades de extensión	Los costos incluyen los gastos directos y en especie. Los gastos promedio para cada centro fueron: • <i>Período de planificación:</i> \$ 265,855 (el alto costo se relacionó con un centro que tomó mucho tiempo para comenzar la fase de implementación) • <i>Reclutamiento:</i> \$3,815 por cliente inscrito • <i>Actividades de implementación:</i> \$7,109 por cliente inscrito • <i>Supervisión y gestión de la intervención:</i> \$4,329 por cliente inscrito Estos números no reflejan necesariamente lo que costaría implementar la TPC en otras organizaciones de servicios contra el VIH. Los costos por cliente serían más bajos en entornos donde más clientes podrían inscribirse en la intervención.



ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIÓN



ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIÓN

Actividad 1. Reclutamiento, remisión y evaluación de clientes

- » Para identificar a los clientes existentes con TEPT diagnosticado o sospechado que pueden beneficiarse de la TPC, las organizaciones pueden revisar los expedientes médicos y pedir remisiones a los proveedores.
- » Se recomienda también evaluar universalmente a todos los clientes con VIH para detectar posibles TEPT a fin de identificar candidatos potenciales para la TPC u otros tratamientos basados en evidencia.
 - Las pruebas de detección universales pueden hacerse en el momento de la admisión y anualmente por parte del personal de recepción, los trabajadores sociales, los administradores de cuidados de enfermería o los proveedores de cuidados primarios.
 - La medida de detección recomendada para el TEPT es la [*Evaluación de TEPT de cuidado primario para el DSM-5 \(Primary Care PTSD Screen for DSM-5, PC-PTSD-5\)*](#).¹³ Los clientes que respondan “Sí” a tres o más preguntas deben recibir una evaluación adicional del TEPT por parte de un terapeuta de salud mental usando una herramienta de evaluación validada (consulte la Actividad 2: Evaluación previa al tratamiento).
- » Para encontrar otros clientes elegibles, las organizaciones pueden asociarse con agencias que atienden a personas con VIH.

Actividad 2. Evaluación y compromiso previos al tratamiento

Antes de comenzar el tratamiento de TPC, los terapeutas primero se reúnen con los clientes para evaluar más a fondo el TEPT, identificar un evento índice en el que centrarse durante el tratamiento y participar en la toma de decisiones compartida para determinar si la TPC es el mejor plan de tratamiento.

Evaluación

Para evaluar la elegibilidad de los clientes para la TPC, los terapeutas pueden usar las siguientes medidas validadas:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">» <i>Lista de verificación del trastorno de estrés postraumático (Post-Traumatic Stress Disorder Checklist, PCL-5) con la Lista de verificación de eventos de vida-5 (Life Events Checklist-5, LEC-5) y el Criterio A</i>^{14,15} | <ul style="list-style-type: none">» <i>Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)</i> para los síntomas de la depresión¹⁶» Opcional: <i>Inventario breve de funcionamiento psicosocial</i> para evaluar el deterioro funcional asociado al TEPT en los 30 días anteriores |
|---|---|

¹³ Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, et al. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and evaluation within a veteran primary care sample. *J Gen Intern Med*. 2016;31(10):1206-1211.

¹⁴ Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *J Trauma Stress*. 2015;28(6):489-498.

¹⁵ Gray M, Litz B, Hsu J, Lombardo T. Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment*. 2004;11(4):330-341.

¹⁶ Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613.

Toma de decisiones compartida

Para los clientes que cumplen los criterios de diagnóstico de TEPT, el terapeuta y el cliente luego deben participar en la toma de decisiones compartida para hablar sobre la TPC y otras opciones de tratamiento. La [*Ayuda para la decisión de tratamiento del TEPT*](#) es una herramienta que puede ayudar en esta conversación.

Compromiso con la TPC

Si el cliente decide seguir adelante con la TPC, el terapeuta debe orientarlo sobre cómo funciona la TPC, establecer una buena relación y hablar sobre los objetivos del cliente para el tratamiento. Cuando el cliente se sienta listo, el terapeuta puede hacer la **Entrevista psicosocial y de antecedentes de trauma** ([*Apéndice D*](#)). Las sesiones previas al tratamiento son *fundamentales* para involucrar a los clientes, muchos de los cuales pueden desconfiar de los proveedores de cuidado médico y experimentar barreras complejas para recibir cuidado.

Durante las sesiones previas al tratamiento, es importante:

- » Normalizar y desestigmatizar el tratamiento del TEPT
- » Dar educación sobre el TEPT y los roles que la evasión y el consumo de sustancias con frecuencia juegan para hacer frente a los síntomas
- » Hablar sobre cómo el tratamiento ayudará al cliente a alcanzar sus objetivos
- » Tratar y planificar las barreras que pueden impedir la capacidad de un cliente para asistir a las sesiones y completar las tareas de práctica
- » Planificar y comunicarse con los clientes sobre la disponibilidad de consultas adicionales y sesiones de ASAP (p. ej., sesiones de crisis)

Sesiones de apoyo social

Las personas con TEPT varían a lo largo de un continuo que va desde querer que sus familiares, amigos y parejas no sepan nada sobre sus experiencias, diagnósticos y tratamientos relacionados con el trauma hasta esperar que los demás “entiendan” o “sepan” todo. Debido a que el apoyo social es esencial para las personas con VIH que sufren de TEPT, es posible que los terapeutas deban hacer una sesión informativa con los amigos, parejas/cónyuges u otros familiares seleccionados del cliente. Alternativamente, una sesión podría enfocarse en cómo los clientes pueden hablar con sus parejas, amigos y familiares sobre el TEPT y el tratamiento. Si el cliente tiene la intención de hablar sobre el trauma, el terapeuta debe dar orientación directa sobre el nivel apropiado de detalle para revelar a cada destinatario de la historia.

Los centros de E2i informaron de que los clientes más dispuestos a participar en la TPC:

- *Estaban más establecidos y estabilizados en sus necesidades de administración de casos y*
- *Ya participaban en el cuidado primario del VIH en su clínica.*

Además, era más probable que los clientes que tenían una relación continua de confianza con su terapeuta de salud mental estuvieran listos y dispuestos a participar en un protocolo nuevo e intensivo.

Actividad 3. Sesiones de tratamiento de TPC

Las sesiones de tratamiento de TPC están dirigidas por un terapeuta de salud mental y cubren varios temas sobre la recuperación de un trauma. Las sesiones siguen el protocolo estructurado establecido en el Manual de TPC. Cada semana, los clientes completan la PCL-5 y la PHQ-9 para el control de síntomas. Se recomienda que los terapeutas que todavía están en el período de capacitación de TPC completen la **Lista de verificación de seguimiento de la fidelidad de la TPC** (consulte el [Apéndice E](#)) durante o después de cada sesión.

Para respaldar su tratamiento de TPC, los clientes pueden usar la [aplicación móvil TPC Coach](#), que incluye:

- » Todas las tareas de práctica y folletos
- » Seguimiento de síntomas del TEPT
- » Información sobre la terapia de TPC
- » Recordatorios de sesiones de TPC

Para otras aplicaciones móviles útiles, consulte el [Apéndice F](#).

Sesiones 1-7 de TPC: Enfocarse en el trauma

Las primeras siete sesiones de TPC se enfocan en reflexionar sobre el impacto del TEPT en la vida diaria y aprender a identificar, evaluar y desafiar los puntos de estancamiento mediante la práctica diaria. Abajo se presentan algunos de los temas tratados durante estas sesiones.

Impacto del TEPT en la vida diaria

Las personas que viven con TEPT con frecuencia no son conscientes de cómo los síntomas del TEPT afectan sus respuestas a las situaciones cotidianas. El terapeuta de TPC comienza la primera sesión recopilando información sobre el impacto de los síntomas del TEPT en la vida diaria del cliente, mientras lo educa sobre los síntomas, la recuperación y el tratamiento del TEPT. Juntos, el cliente y el terapeuta comienzan a identificar objetivos concretos.

Abajo se presentan cuatro grupos de síntomas asociados con el TEPT que afectan la calidad de vida:

- » *Pensamientos intrusivos*: Las personas con TEPT pueden volver a experimentar reacciones al evento traumático mediante recuerdos repetidos e involuntarios, sueños angustiosos o flashbacks. Los sueños y los flashbacks pueden ser tan vívidos que las personas sienten que están reviviendo la experiencia traumática.

- » *Evasión:* Las personas con TEPT pueden tratar de evitar los recuerdos del evento traumático evitando personas, lugares, actividades, objetos y situaciones que les traen recuerdos angustiosos. Las personas también pueden tratar de evitar recordar o pensar en el evento traumático y pueden resistirse a hablar sobre lo que sucedió o cómo se sienten al respecto.
- » *Pensamientos y sentimientos negativos:* Las personas con TEPT pueden tener creencias continuas y distorsionadas sobre sí mismos o sobre los demás (p. ej., “soy malo,” “no se puede confiar en nadie”); miedo continuo, horror, ira, culpa o vergüenza; mucho menos interés en actividades que antes disfrutaban; o sentimientos de desapego de los demás.
- » *Excitación y síntomas reactivos:* Las personas con TEPT pueden volverse irritables; tener arrebatos de ira; comportarse de manera imprudente o autodestructiva; asustarse fácilmente; o tener problemas para concentrarse o dormir.

Redirigir la culpa

Gran parte de la primera mitad de la TPC se enfoca en ayudar al cliente a desafiar los puntos de estancamiento relacionados con la autoculpabilidad, culpar erróneamente a otros o la creencia de que el mundo siempre es justo, conocida como la creencia del “mundo justo.” Los terapeutas exploran una variedad de temas comunes que incluyen la culpa/responsabilidad, la culpa errónea de los demás, la creencia de un mundo justo, la pérdida traumática, el miedo a ser dañado, el miedo a la intimidad, el estigma asociado con el VIH/sida y la desconfianza en los proveedores de cuidado médico.

Las personas con VIH que se identifican como una minoría sexual pueden informar de puntos de estancamiento como, “Yo tengo la culpa de la agresión sexual porque soy diferente” o “Si no fuera gay, no habría sido abusado sexualmente de niño”. Las hojas de trabajo de asignación de práctica y diálogo socrático pueden ayudar al cliente a explorar todas las alternativas posibles, con el objetivo de llegar a la conclusión de que el cliente no tiene la culpa de las acciones de otras personas.

Durante la TPC, el terapeuta usa preguntas suaves para explorar el significado que subyace en la posición del cliente. Por ejemplo, puede preguntar: “Si los amigos y la familia ‘comprendieran,’ ¿qué significaría para usted? Si nunca saben nada, ¿entonces qué?” Una visión del significado personalizado del cliente ayudará al terapeuta a identificar el nivel de compromiso y los posibles puntos de estancamiento.

Hojas de trabajo

Cada sesión de TPC tiene una hoja de trabajo adjunta para ayudar a los clientes a desafiar sus puntos de estancamiento. Las hojas de trabajo se presentan y revisan en la sesión y se asignan para la práctica diaria entre sesiones. Puede encontrar las hojas de trabajo en el Manual de TPC.

Hay cuatro tipos de hojas de trabajo:

1. Hoja de trabajo ABC

Al usar la Hoja de trabajo ABC, el cliente completa los espacios en las secciones A, B y C:

- *A = Evento Activador*: un evento que desencadena ansiedad u otra reacción. “Pasa algo”
- *B = Creencia/Punto de estancamiento*: la creencia o los pensamientos asociados a ese evento. “Me digo algo”
- *C = Consecuencia*: los sentimientos asociados al evento y la creencia/punto de estancamiento. “Siento algo”

Por ejemplo, un cliente puede escribir “de compras” debajo de A, “me van a agredir de nuevo” debajo de B y “asustado y enojado” debajo de C.

Luego, el cliente decide si sus pensamientos en la sección B son realistas o útiles. Por ejemplo, en respuesta a la pregunta: “¿Son mis pensamientos en la sección B realistas o útiles?” el cliente escribiría: “No, no son útiles. Nunca me han agredido en una tienda.”

El cliente entonces puede cambiar sus creencias y generar pensamientos más realistas. Por ejemplo, en respuesta a la pregunta: “¿Qué puedo decirme en tales ocasiones en el futuro?” el cliente escribiría: “Está bien ir a la tienda. Nunca me han atacado allí. La gente ni siquiera me mira.”

2. Hoja de trabajo de preguntas desafiantes

Los clientes reciben una lista de preguntas para ayudar a desafiar un punto de estancamiento o una creencia problemática. Ejemplos de preguntas incluyen:

- ¿Cuál es la evidencia de este punto de estancamiento?
- ¿Cuál es la evidencia contra este punto de estancamiento?
- ¿Su punto de estancamiento es un hábito o se basa en hechos?
- ¿De qué manera su punto de estancamiento no incluye toda la información?

3. Hoja de trabajo de patrones de pensamiento problemático

Los clientes reciben una lista de varios patrones diferentes de pensamiento problemático que las personas usan habitualmente en diferentes situaciones de la vida, pero que con frecuencia hacen que las personas se involucren en comportamientos autodestructivos. Los clientes escriben ejemplos para cada uno de estos patrones basados en sus propios puntos de estancamiento, describen cómo se ajusta a ese patrón y cómo les afecta ese patrón. Ejemplos de patrones incluyen:

- Saltar a conclusiones o predecir el futuro
- Exagerar o minimizar una situación (desproporcionar las cosas o reducir su importancia de manera inapropiada)
- Ignorar partes importantes de una situación
- Simplificar las cosas como “bueno-malo” o “correcto-incorrecto”
- Generalizar en exceso a partir de un solo incidente (p. ej., un evento negativo se ve como un patrón interminable)
- Leer la mente (asumir que las personas piensan negativamente de usted cuando no hay evidencia definitiva de esto)
- Razonamiento emocional (usar sus emociones como prueba)

4. Hoja de trabajo de creencias desafiantes

Con esta hoja de trabajo, se les pide a los clientes que vuelvan a evaluar sus puntos de estancamiento.

- *Situación:* Describa el evento, pensamiento o creencia que condujo a las emociones desagradables.
- *Pensamiento/punto de estancamiento:* Escriba un pensamiento/punto de estancamiento asociado a la situación de la sección A. Califique su creencia en este pensamiento/punto de estancamiento de 0 a 100%. ¿Cuánto cree en este pensamiento?
- *Emociones:* Especifique sus emociones (triste, enojado, etc.) y califique con qué intensidad siente cada emoción del 0 al 100%.
- *Pensamientos desafiantes:* Use la hoja de trabajo de preguntas desafiantes para examinar su pensamiento automático de la sección B. Considere si el pensamiento es equilibrado y objetivo, o extremo.
- *Patrones problemáticos:* Use la hoja de trabajo de patrones de pensamiento problemático para decidir si este es uno de sus patrones de pensamiento problemáticos.
- *Pensamientos alternativos:* ¿Qué más puedo decir en lugar del pensamiento en la sección B? ¿De qué otra manera puedo interpretar el evento en lugar del punto de estancamiento original? Califique su creencia en los pensamientos alternativos de 0 a 100%.
- *Vuelva a calificar el pensamiento/punto de estancamiento antiguo:* Vuelva a calificar cuánto cree ahora en el pensamiento/punto de estancamiento original en la sección B, de 0 a 100%.
- *Emociones:* Ahora qué siente? Califíquelo de 0 a 100%.

En los centros de E2i, algunos clientes completaron sus hojas de trabajo de TPC en casa antes de sus sesiones, mientras que otros clientes no pudieron porque no tenían privacidad o seguridad en casa. El personal hizo adaptaciones a los clientes programando tiempo antes o después de las sesiones para completar las tareas.

Sesiones de TPC 8+: Mirar hacia adelante

Desde la sesión 8 en adelante, el tratamiento de TPC se enfoca en el impacto del trauma en los pensamientos de los clientes sobre sí mismos, los demás y su visión general del mundo mediante cinco temas: seguridad, confianza, poder y control, estima e intimidad.¹⁷

En este punto del tratamiento, los clientes pueden experimentar una reducción de los síntomas y un mayor sentido de su propia seguridad, lo que mejora su capacidad para participar en la vida cotidiana. El terapeuta debe seguir fomentando y apoyando el compromiso del cliente en su vida personal y profesional. Si los puntajes del cliente en la PCL-5 son 19 o menos, el terapeuta y el cliente pueden hablar sobre la opción de finalizar la TPC temprano o antes de la sesión 12.

Aquellos que continúan experimentando dificultades para participar en situaciones sociales y eventos personales pueden encontrar que los temas de seguridad, confianza, poder y control, estima e intimidad son de gran ayuda. Por ejemplo, los clientes pueden relacionar los desafíos en entornos sociales con los temas de seguridad y confianza (p. ej., “No puedo confiar en nadie para que no me haga daño”) y estima (p. ej., “Estoy dañado”). Un examen más profundo de las creencias, los valores y las tradiciones fundamentales relacionados con los cinco temas puede facilitar un importante movimiento cognitivo más allá de los puntos de estancamiento.

Seguridad

El tema de la seguridad explora la creencia de que las personas tienen la capacidad de controlar los eventos y protegerse a sí mismos o a los demás del daño y las intenciones peligrosas de los demás. Las personas con VIH y TEPT con frecuencia informan de puntos de estancamiento sobre la seguridad del mundo. También pueden participar en comportamientos de seguridad. Una conducta de seguridad es una acción que se usa para intentar evitar que los miedos se hagan realidad y sentirse más cómodos en situaciones en las que se experimenta ansiedad. Por ejemplo, un cliente puede gastar una cantidad considerable de dinero en sistemas de seguridad para la casa además de la verificación frecuente de cerraduras y ventanas para garantizar su seguridad física. Verificar las cerraduras, las ventanas y las imágenes de seguridad son ejemplos de comportamientos de seguridad.

¹⁷ McCann IL, Pearlman LA Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 1990; 3(1):131-149.

Al evaluar los puntos de estancamiento, los clientes pueden considerar los efectos de los puntos de estancamiento en el funcionamiento diario. Las preguntas para explorar incluyen:

- » ¿Cuándo comenzó la verificación (p. ej., el comportamiento de seguridad)?
- » Si no verifica, ¿qué le preocupa/cómo se siente?
- » ¿Cuál es la probabilidad de que ocurra el miedo?
- » ¿Cómo lo está ayudando el comportamiento de seguridad?
- » ¿Hay algún costo por la verificación?
- » ¿Cómo se siente su pareja cuando está muy ansioso?
- » ¿Cómo afecta este miedo a su salud física?

Disminuir las respuestas de ansiedad y miedo ayudará a los clientes a distinguir entre situaciones objetivamente seguras y peligrosas.

Confianza

El tema de la confianza explora la confianza en los propios juicios y la confiabilidad de las promesas, intenciones y comportamientos de los demás. Las personas con VIH y TEPT con frecuencia tienen dificultad para confiar en su propia seguridad y en la seguridad de su familia.

Otros puntos de estancamiento pueden provenir directamente del incidente en el que el cliente se infectó con el VIH (p. ej., “No debí haber confiado en esta persona” o “No debí haber confiado en mí mismo en esa situación”). Para muchos clientes, la agresión sexual y física puede generar puntos de estancamiento sobre su nivel general de confianza en los demás (p. ej., “No se le puede confiar nada a nadie”). Juntos, el cliente y el terapeuta pueden explorar las creencias sobre la confianza en sí mismos y en los demás. La TPC usa una “Estrella de confianza” para facilitar una conversación sobre diferentes tipos de confianza y diferentes niveles de confianza para confiar en otras personas y en ellos mismos. Las preguntas para hacerle al cliente pueden incluir:

- » Cuando conoce a alguien por primera vez, ¿dónde comienza en cuanto a la confianza: negativa, positiva, neutral?
- » Si le presta a alguien \$5.00 y no se lo devuelve, ¿qué aprende sobre confiarle el dinero a esa persona?
- » ¿Hay alguien en su vida en quien pueda confiar que llegará tarde?
- » Si le dice un secreto a alguien y lo guarda, ¿qué le dice eso sobre confiarle información?

Los terapeutas también pueden explorar formas en las que el cliente puede evaluar la confiabilidad de una persona en su vida personal y profesional, como sus roles como estudiante, voluntario, padre o cuidador y cliente. Por ejemplo, un cliente puede aspirar a transformar el punto de estancamiento de “No se puede confiar en nadie” a “Se puede confiar en algunas personas con algunas cosas, algunas veces.”

Poder y control

La sesión de poder y control explora las creencias sobre la capacidad del cliente para controlar las emociones y el comportamiento, enfrentar los desafíos y mantener un equilibrio entre dar y tomar poder y control en las relaciones interpersonales. Para las personas con VIH y TEPT, el trauma con frecuencia incluye agresión física y sexual en la niñez, con un control limitado considerando su edad en ese momento. Como resultado, estos clientes comúnmente desean tener poder y control total sobre las experiencias externas e internas.

Desafortunadamente, el control completo no es viable. El intento de ejercer un control total con frecuencia da como resultado relaciones interpersonales caóticas y evasión de otras personas y situaciones. Los terapeutas deben hacer preguntas socráticas para ayudar a los clientes a comprender lo que pueden controlar sobre sí mismos, al mismo tiempo que reconocen los aspectos incontrolables de ciertas situaciones. Las preguntas para hacerle al cliente incluyen:

- » ¿A qué se refiere con controlar? ¿Control de exactamente qué?
- » ¿Qué tipo de decisiones ha tomado hoy?
- » ¿Sobre qué tiene control sobre usted mismo?

Además, los terapeutas deben explorar el peor de los casos en situaciones en las que el cliente no tiene el control total, o momentos en los que puede abstenerse de ejercer el control. Las preguntas incluyen:

- » Si no tiene el control completo, ¿qué cree que sucederá?
- » ¿Cómo es el control completo?
- » ¿Qué pasaría si tratara de ejercer control en una situación específica?

Las personas con VIH pueden sentir ansiedad por morir, lo que puede influir en los síntomas del TEPT. Pueden tener la impresión de que no pueden controlar su estado de salud. Estas preocupaciones tienen implicaciones cuando se habla de poder y control. Los terapeutas pueden usar preguntas socráticas sobre cómo el cliente podría recuperar algo de control, como adherirse a los medicamentos con receta y seguir los consejos de sus terapeutas médicos.

Estima

La estima explora las creencias sobre el valor propio y el valor de los demás. El pensamiento “estoy dañado” es un ejemplo de un punto de estancamiento común. El terapeuta puede explorar con el cliente lo que significa estar dañado con preguntas como:

- » ¿Qué significa para usted ser una buena o mala persona?
- » ¿Las buenas personas a veces toman malas decisiones?
- » ¿Son todas las malas decisiones igualmente importantes?

El objetivo de esta línea de preguntas es ayudar al cliente a contextualizar el significado de ser una buena o mala persona y comprender que no se trata de un conjunto de categorías “una de dos”.

Dado el trauma y el estigma asociado al VIH, los terapeutas deben tratar los sentimientos del cliente sobre la aprobación de los demás. Las personas con VIH que tienen TEPT pueden tener puntos de estancamiento como “Otras personas son indiferentes y egoístas” y “Otras personas simplemente me rechazarán.” Las preguntas socráticas pueden tratar estos puntos de estancamiento:

- » ¿Quién en su vida no lo ha rechazado?
- » ¿Cómo sabe que esta persona específica lo rechazará porque tiene VIH?
- » ¿Qué significa si lo rechazan?

Los grupos de apoyo o un sistema de apoyo social sólido pueden ayudar a combatir el estigma, dar a los clientes un sentido de aceptación y desafiar las creencias sobre los demás.

Intimidad

La intimidad explora las creencias sobre la capacidad de estar solo sin sentirse solo, la capacidad de calmarse cuando se experimenta angustia y la capacidad de conectarse con los demás. Las personas con VIH y TEPT pueden tener dificultades con la intimidad y pueden consumir drogas y alcohol para evitar pensar o experimentar sentimientos. A veces, pueden tener puntos de estancamiento sobre su capacidad para manejar emociones difíciles. Las preguntas para fomentar el autocontrol y aumentar la autoeficacia para controlar las emociones desagradables incluyen:

- » ¿Qué hay de malo en estas emociones?
- » ¿Qué cree que pasaría si sintiera estas emociones?
- » ¿Cómo sabe que durarían indefinidamente?

La intimidad con los demás también puede provocar sentimientos de vacío o soledad, especialmente entre las personas con VIH que han sufrido un trauma interpersonal o sexual. Estas personas pueden tener puntos de estancamiento sobre cómo otras personas eventualmente los lastimarán si se acercan demasiado, y sobre cómo nunca podrán tener intimidad sexual con nadie más.

Además, si los clientes todavía experimentan adormecimiento emocional, pueden malinterpretar la falta de alegría o felicidad con los demás como que no se preocupan ni aman. Cuando los clientes presentan estos patrones de pensamiento, los terapeutas pueden hacer preguntas como:

- » ¿Por qué podría ser importante acercarse a los demás?
- » ¿Quién en su vida es más importante para usted?
- » ¿Cómo sabe que si se acerca a alguien, le hará daño?
- » ¿Cómo podría determinar si puede confiar en otra persona para tener intimidad?

Actividad 4. Sesiones de ASAP de “crisis”

La adherencia al protocolo de TPC es fundamental. Sin embargo, muchos clientes en algún momento durante la TPC presentan una angustia significativa que justifica una desviación del protocolo. El cliente y el terapeuta deben identificar las crisis de manera adecuada y con moderación, y volver al protocolo de TPC lo más rápido posible.

Definición de crisis

Durante la evaluación, los terapeutas deben informar a sus clientes de que pueden recibir hasta dos sesiones adicionales en caso de crisis. Los clientes y los terapeutas deben usar un proceso de colaboración para decidir qué constituye una “crisis” y si usar una sesión adicional para una sesión de Servicios complementarios y prevención del desgaste (Adjunctive Services and Attrition Prevention, ASAP). En general, los terapeutas querrán hablar con antelación sobre la diferencia entre una crisis y una angustia general (p. ej., un problema que se puede tratar mediante una sesión regular de TPC).

Con frecuencia, las crisis que necesitan una sesión adicional incluyen:

- | | |
|---|--|
| » Eventos de vida que impiden que un cliente asista a terapia | » Problemas importantes en la relación, como una separación o un divorcio pendientes |
| » Preocupaciones de salud propias y de los familiares | » Vivir otro trauma |
| » Una muerte en la familia | » Tendencia suicida |

En comparación, la angustia general intensificada generalmente surge de eventos menos severos, como:

- » Tener una pelea con un ser querido/pareja
- » Preocupaciones sobre la posibilidad de perder un trabajo
- » Un hijo al que le está yendo mal en la escuela

El aumento de la angustia general ocurre con mayor frecuencia que las crisis. En casos de angustia, los terapeutas deben considerar seguir adelante con la TPC y tratar los puntos de estancamiento que limitan la capacidad de los clientes para hacer frente al estrés adicional.

Por ejemplo, si un cliente ha tenido una pelea con su pareja, puede indicar que está en crisis y que le gustaría usar una de sus sesiones de ASAP. Sin embargo, el terapeuta puede ayudar al cliente a conceptualizar el comportamiento como angustia en el contexto del TEPT; tratando los síntomas del TEPT, el cliente puede aprender a lidiar con el estrés, disminuir su ira e irritabilidad y evitar discusiones extremas en el futuro. Los terapeutas pueden dejar cinco minutos adicionales cerca del final de la sesión para tratar la causa de la angustia intensificada, mientras mantienen un marco de TPC mediante el uso de las hojas de trabajo de asignación de práctica asociadas con la angustia.

Decidir usar una sesión de ASAP

Si ocurre una crisis, un terapeuta no debe asumir de inmediato que al cliente le gustaría usar una de sus sesiones de ASAP. Más bien, un terapeuta debe pedir la opinión del cliente. Como expertos en sus propias vidas, los clientes necesitan que el terapeuta respete su capacidad para tomar esta decisión por sí mismos; esto puede fomentar un sentido de autoeficacia. Los clientes pueden incluso demostrar que pueden usar las competencias y técnicas que han aprendido a lo largo de la terapia y pueden desarrollar formas alternativas de interpretar los eventos estresantes. Al mismo tiempo, los terapeutas deben usar su juicio clínico para determinar si los clientes son capaces de tomar una decisión razonable. Por ejemplo, si un cliente experimentó otro trauma entre sesiones y está en estado de shock, el terapeuta puede decidir por él y usar una sesión de ASAP.

Durante una sesión de ASAP, los terapeutas deben continuar ayudando al cliente a identificar pensamientos y sentimientos, y desafiar esos pensamientos con delicadeza. Los terapeutas deben usar la hoja de trabajo dentro de la sesión de ASAP que corresponda a su última asignación de práctica. El objetivo al final de la sesión de ASAP es volver a la TPC. Por lo tanto, al final de la sesión de ASAP, los terapeutas deben volver a explicar la asignación de práctica que corresponde a la próxima sesión de TPC.

Actividad 5. Seguimiento de síntomas, reevaluación y planificación del tratamiento

Durante el tratamiento de TPC, los clientes deben completar la PCL-5 y la PHQ-9 semanalmente para hacer un seguimiento de los síntomas. Los puntajes de 19 o menos en la PCL-5 indican que es probable que un cliente ya no cumpla los criterios para el TEPT y puede estar listo para finalizar la TPC.

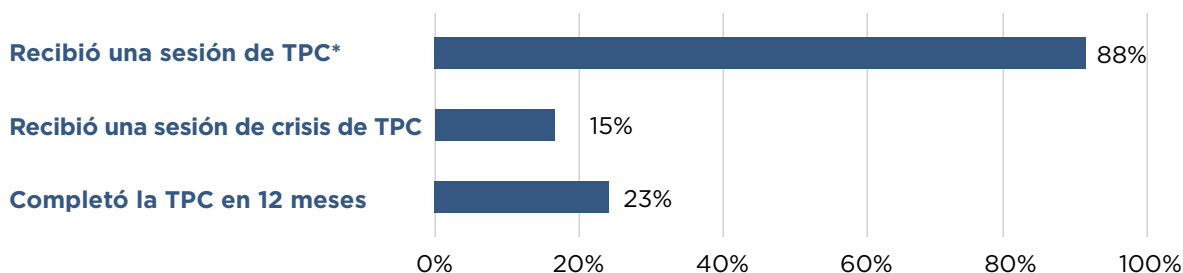
Después de finalizar un curso de tratamiento de TPC, el terapeuta y el cliente deben revisar el progreso hacia los objetivos del cliente y el cambio de síntomas de TEPT y depresión para informar los próximos pasos. Los siguientes pueden ser resultados a considerar:

- » **Alta:** Es posible que el cliente ya no necesite tratamiento de salud mental. Algunos clientes pueden beneficiarse programando una cita de seguimiento de un mes para consulta con su terapeuta. Esta cita de seguimiento con frecuencia se cancela cuando los clientes están bien, pero también ofrece la opción de volver a evaluar el progreso y programar citas futuras según sea necesario.
- » **Mantenimiento:** Los clientes con áreas problemáticas adicionales o necesidades de administración de casos pueden beneficiarse al dejar las citas semanales de psicoterapia. Esto puede ser la transición del cuidado a un administrador de casos, la programación de dos citas por semana o citas de mantenimiento mensuales.
- » **Tratamiento activo:** El terapeuta y el cliente pueden determinar que se necesita más tratamiento para tratar el TEPT, la depresión u otras condiciones comórbidas. Los clientes que no respondieron como deseaban a un curso de TPC pueden beneficiarse de sesiones adicionales de TPC o de un segundo curso de tratamiento de TPC.



EVALUACIÓN de E2i: RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN EN LA TPC

FIGURA 3. Resultados de la participación entre los 34 clientes inscritos en la TPC como parte de la iniciativa E2i.



*Las sesiones de TPC no incluyen sesiones de crisis o previas al tratamiento.

◆ Asistencia a las sesiones:

- 30 clientes participaron en al menos una sesión de TPC. Los otros cuatro clientes participaron en sesiones previas al tratamiento o de crisis, pero no en sesiones regulares de TPC.
- Los clientes participaron en una media de cuatro sesiones de TPC, que está por debajo de las 6-12+ sesiones recomendadas.

◆ **Finalización:** Los centros de E2i definieron la finalización de la TPC como haber participado en al menos seis sesiones de TPC y tener una reducción de los síntomas. El proveedor de TPC evaluó la reducción de los síntomas cliente por cliente. Solo 8 clientes finalizaron la TPC en un año.



EVALUACIÓN de E2i: RETOS, ÉXITOS, ADAPTACIONES Y APRENDIZAJES

Los centros de E2i compartieron barreras y facilitadores para implementar la TPC. También hicieron cambios a la intervención original para cubrir las necesidades específicas de sus clientes y miembros del personal. Aquí encontrará un resumen de las adaptaciones y aprendizajes. Puede encontrar información adicional sobre las experiencias de los centros en la sección Programas destacados abajo.

- ◆ **Retos con el reclutamiento y la retención de clientes:** Los clientes con VIH con frecuencia presentan necesidades básicas insatisfechas relacionadas con la vivienda, el empleo y el transporte. Los clientes también pueden tener trastornos concurrentes de salud mental y consumo de sustancias que necesiten tratamiento. Los centros de E2i descubrieron que los clientes que tenían necesidades insatisfechas generalmente no estaban interesados en la TPC, no podían comprometer el tiempo o no eran lo suficientemente estables para comenzar o permanecer en la TPC. Asimismo, los clientes con un diagnóstico reciente de VIH necesitaban más tiempo para adaptarse a su nuevo régimen de medicamentos y familiarizarse con la información relacionada con el VIH antes de poder comenzar la TPC.
- ◆ **Preparar a los clientes para la TPC:** Los terapeutas del centro de E2i notaron la importancia del pretratamiento de TPC y otros medios para preparar a los clientes para participar en sesiones intensivas en tiempo y enfocadas en el trauma. Uno de los centros daba a los clientes consejería/psicoterapia general para mejorar su disposición para la TPC. Ambos centros permitieron múltiples sesiones previas al tratamiento para generar confianza y una buena relación con el terapeuta y aumentar la comodidad con la idea de hablar sobre su trauma.
- ◆ **Reclutamiento de “conocer y saludar”:** Uno de los centros de E2i incluía un equipo de “conocer y saludar” de un proveedor médico y un terapeuta de salud mental durante las citas de admisión para clientes recién diagnosticados y clientes previamente diagnosticados que son nuevos en la clínica. El equipo de “conocer y saludar” refuerza para los clientes el énfasis de la clínica en el cuidado en equipo y la integración del cuidado de la salud física y mental. Como parte del “conocer y saludar”, los clientes aprenden sobre la evaluación del trauma, cómo el trauma puede afectar la salud y otras opciones de TPC y de terapia en la clínica.
- ◆ **Detección de trauma de rutina:** Ambos centros encontraron que la implementación de exámenes de rutina y estándar de cuidado para el TEPT y el trauma facilitó en gran medida su capacidad para identificar pacientes para la TPC.



EVALUACIÓN de E2I: RETOS, ÉXITOS, ADAPTACIONES Y APRENDIZAJES

- ◆ **No cobrar tarifas/copagos:** Para incentivar la participación en la TPC, un centro dejó de cobrar las tarifas por cada visita a la clínica.
- ◆ **Compromiso de capacitación:** El personal de uno de los centros no pudo convertirse en capacitadores certificados de TPC dentro del período de tiempo de la intervención debido al compromiso de tiempo involucrado en esa capacitación.
- ◆ **Traducción al español del manual de TPC:** El personal de un centro notó que la versión en español del Manual de TPC carecía de algunas de las hojas de trabajo y que el lenguaje estaba demasiado simplificado para algunos clientes, pero demasiado complicado para los clientes con bajo nivel de alfabetización.



PROGRAMAS DESTACADOS DE E2i

PROGRAMA DESTACADO

Positive Impact Health Centers



Historial de la organización

Positive Impact Health Centers (PIHC) da cuidados primarios y especializados contra el VIH centrados en el cliente, junto con cuidados de salud mental, tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, cuidados de afirmación de género, administración de casos y servicios de prevención para clientes en el área metropolitana de Atlanta, Georgia. PIHC opera centros en áreas rurales, urbanas y suburbanas, incluyendo Decatur, Duluth, Marietta y Covington, y es beneficiario de fondos de las Partes A, B y C del RWHAP.

Objetivos de implementación y contexto

PIHC implementó la TPC como parte de su esfuerzo de toda la organización para adoptar un enfoque de cuidados informados por el trauma. PIHC crea conciencia sobre el trauma capacitando a todo el personal de la clínica sobre el impacto del trauma en las personas con VIH e instituyendo detecciones y remisiones universales de trauma. PIHC integró la TPC en su departamento de salud mental para agregar un tratamiento basado en evidencia más aceptado para clientes diagnosticados con TEPT.

Reclutamiento e implementación

Como parte de su protocolo de admisión, todos los clientes de salud mental completan la evaluación PC-PTSD-5 que identifica a las personas con probable TEPT. Además, los clientes con un nuevo diagnóstico de VIH o que están entrando de nuevo al cuidado son evaluados para detectar el TEPT por un administrador de casos o un pasante de trabajo social. Los clientes que dan positivo se reúnen con un médico, quien evalúa más al cliente usando la PHQ-9 y la PCL-5 con LEC-5 y el Criterio A. Los clientes diagnosticados con TEPT luego tienen la opción de inscribirse en la TPC u otro servicio apropiado. Los clientes pueden seguir viendo a su terapeuta habitual además del terapeuta de TPC, si corresponde.



PIHC tiene como objetivo dar a los clientes de seis a 14 sesiones de TPC, según las necesidades individuales del cliente. TPC se ofrece en inglés y español, incluyendo un libro de trabajo de TPC traducido al español. En general, PIHC descubrió que los clientes con una relación establecida y de confianza con sus terapeutas pueden participar en la TPC rápidamente y finalizarla en menos sesiones. Sin embargo, los clientes nuevos en la terapia, o recién diagnosticados con VIH, pueden necesitar sesiones adicionales, con frecuencia en forma de sesiones previas al tratamiento, para sentirse lo suficientemente seguros con su terapeuta para revelar y trabajar en sus síntomas de estrés postraumático. Además, los clientes que tienen obligaciones de vida que compiten, como aquellos sin vivienda estable o seguridad alimentaria, generalmente no pueden priorizar la TPC hasta que se satisfagan sus necesidades de vida más apremiantes.

Adaptaciones e innovaciones

- » **Capacitar a todos los proveedores en TPC:** Todos los terapeutas de salud mental de PIHC están capacitados en TPC para minimizar las brechas en el cuidado, apoyar la sostenibilidad y permitirles ofrecer TPC a los clientes en todos sus centros. Aunque la mayoría de los terapeutas no dan TPC con sus clientes de manera regular, están disponibles para reemplazarlos de inmediato si un terapeuta de TPC deja la práctica. Los terapeutas dicen que su capacitación en TPC también les permite aplicar aspectos de la TPC a clientes que están lidiando con estrés traumático, pero que no tienen un diagnóstico de TEPT. Aunque capacitar a todos los terapeutas es costoso, PIHC ha descubierto que vale la pena.
- » **Impulsadores:** Los expertos de la TPC capacitan y animan a todo el personal a completar las evaluaciones y participar en el cuidado informado por el trauma. Después de implementar con éxito la TPC en el centro de Decatur, los expertos de la TPC facilitaron el lanzamiento de la TPC en dos centros adicionales.
- » **Pandemia del COVID-19:** Durante la pandemia del COVID-19, los proveedores hicieron la transición de la mayoría de los clientes existentes a la implementación de telesalud. Para apoyar las sesiones de TPC, los proveedores también enviaron hojas de trabajo por correo/correo electrónico y animaron a los clientes a usar la aplicación de teléfono de TPC. PIHC había planeado iniciar un grupo de TPC en persona en marzo de 2020, pero la organización tuvo que posponer este servicio debido a los protocolos de seguridad de COVID-19.

“Nuestros clientes que finalizan la TPC ya no tienen síntomas de TEPT. ¡Es una cura!” —Terapeuta de PIHC



Integración del programa

PIHC ha integrado con éxito la TPC en su departamento de salud mental y continúa manteniendo una fuerte aceptación institucional de detección universal y remisión a TPC y otros servicios de salud mental. Con el apoyo de su gerencia, el personal de PIHC ha compartido su experiencia de TPC presentando en conferencias locales y nacionales. Aunque TPC es un servicio reembolsable, muchos clientes no tienen seguro, por lo que es necesario buscar financiamiento adicional. PIHC ha podido encontrar subvenciones de programas federales que apoyarán la capacitación del personal del programa y las necesidades salariales para que la TPC avance.

Información de contacto

Positive Impact Health Centers

523 Church St, Decatur, GA 30030

404.589.9040 • www.positiveimpacthealthcenters.org



PROGRAMA DESTACADO

Western North Carolina Community Health Services



Historial de la organización

Western North Carolina Community Health Services (WNCCHS), en Asheville, NC, es un centro médico calificado a nivel federal que da cuidado primario y otros servicios de cuidado médico a aproximadamente 16,000 clientes de los 18 condados más occidentales de NC. Como el único proveedor médico financiado por RWHAP en la región (Partes B, C y D del RWHAP), WNCCHS atiende a unas 780 personas con VIH (65% blancas, 25% de color) que están geográficamente dispersas en su mayoría en áreas rurales. El programa de VIH de WNCCHS es un modelo completamente integrado de cuidados primarios, administración de casos médicos y no médicos y salud mental; otros servicios clave de WNCCHS incluyen un programa de salud transgénero, cuidado dental y una farmacia.

Objetivos de implementación y contexto

Aunque WNCCHS ya tenía un alto grado de integración de los servicios de salud mental cuando comenzaron la TPC, aún no habían integrado un enfoque de cuidados informados por el trauma. Con ese fin, el objetivo de WNCCHS ha sido implementar capacitación en toda la organización sobre trauma, detección de TEPT y remisión a TPC para clientes motivados a buscar terapia para estabilizar los síntomas de TEPT y aumentar su capacidad para participar en el cuidado del VIH. El programa de TPC de WNCCHS incluye un director de proyecto que supervisa la administración del programa y tres terapeutas de TPC, incluyendo uno que también actúa como administrador del proyecto y supervisor clínico. El personal de TPC también recibe apoyo en especie de los administradores de cuidado de enfermería que trabajan en estrecha colaboración con todos los clientes con VIH. Todos estos miembros del personal sirven como “expertos” del cuidado informado por el trauma y la TPC en toda la agencia, y han trabajado arduamente para obtener la aceptación institucional para la detección universal del TEPT. El equipo de TPC de WNCCHS notó un cambio positivo en la respuesta del personal al programa una vez que educaron al personal sobre cómo la TPC puede tratar el TEPT en un entorno de cuidado primario.



Reclutamiento e implementación

El equipo de TPC inicialmente se centró en reclutar clientes que habían dejado de recibir cuidados médicos, creyendo que tratar el trauma junto con las necesidades básicas ayudaría a estos clientes a permanecer en el cuidado. Luego ampliaron el reclutamiento a todos los nuevos clientes con VIH; sin embargo, muchos clientes con diagnóstico reciente de VIH estaban demasiado abrumados con nuevos tratamientos médicos e información para participar también en la TPC. Por lo tanto, el equipo de WNCCHS decidió abrir el reclutamiento a todos los clientes de VIH establecidos. Se ha capacitado al personal médico, de salud mental y de primera línea clínico adicional para administrar y calificar a todos los nuevos clientes con la herramienta de detección de TEPT. Este personal también ha recibido capacitación para usar el expediente médico electrónico para remitir a los clientes elegibles y motivados a un terapeuta capacitado en TPC.

Los clientes remitidos se conectan con el equipo de TPC con frecuencia el mismo día de la evaluación. Un miembro del equipo de TPC le explica al cliente los efectos del trauma y el TEPT en la salud, y cómo puede ayudar el equipo de servicios de salud mental. El personal de WNCCHS indicó que informar al cliente qué esperar desde el principio es un componente importante en el proceso informado por el trauma.

La visita inicial de TPC implica una evaluación adicional con la PCL-5 con LEC-5 y el Criterio A, el Inventario breve del funcionamiento psicosocial, la PHQ-9 y la propia evaluación psicosocial de WNCCHS. El proveedor de TPC usa estas evaluaciones para ayudar a crear un plan de cuidado de TPC personalizado para el cliente.

Los terapeutas de TPC en WNCCHS buscan hacer de seis a 12 sesiones con los clientes. Dependiendo de la disposición del cliente para comenzar el tratamiento, el terapeuta primero puede dar varias sesiones previas al tratamiento para explicar más los conceptos y establecer una buena relación. Los terapeutas han descubierto que muchos clientes informan sentirse significativamente mejor en la sesión 7 u 8 y pueden finalizar el tratamiento en ese momento. Para involucrar a los clientes de todos los niveles de alfabetización en salud, los terapeutas de TPC se toman el tiempo durante la sesión para explicar el lenguaje de las hojas de trabajo, según sea necesario.

“Hablar sobre el trauma como parte de un plan de cuidado integral de la persona realmente cambió el juego para nosotros. La TPC es un regalo. Le debemos a nuestros pacientes darles este recurso.” —Proveedor de TPC en WNCCHS



Adaptaciones e innovaciones

- » **Horario flexible de las sesiones:** Muchos de los clientes de WNCCHS viven en áreas rurales remotas que están a dos o cuatro horas de la clínica. En lugar de esperar que los clientes conduzcan durante horas cada semana, WNCCHS les permite programar sesiones más separadas o alinear las visitas con sus citas médicas. Los clientes también pueden recibir algunas sesiones de TPC como servicios de telesalud, siempre que tengan acceso a un servicio de internet confiable.
- » **Comunicaciones:** WNCCHS creó un nuevo centro web www.thehive828.org que permite a la organización promover información sobre todos sus servicios, incluyendo la TPC.
- » **Pandemia del COVID-19:** Debido a la pandemia del COVID-19, WNCCHS aumentó su capacidad para dar servicios de telesalud luego de que inicialmente se retrasara por problemas técnicos. Los terapeutas de TPC han enviado asignaciones de tareas por correo o han enviado hojas de trabajo por correo electrónico para que los clientes puedan cumplir con la asignación de práctica esperada para cada sesión. Aunque la pandemia ha dificultado el reclutamiento de nuevos clientes en TPC, el equipo de TPC en WNCCHS ha logrado retener a la mayoría de los clientes existentes.

Integración del programa

La detección de trauma y la intervención de TPC se han integrado con éxito en WNCCHS gracias a los sistemas desarrollados por el equipo de TPC, y a sus esfuerzos para educar al personal médico sobre trauma y TPC. De hecho, la gerencia de la organización ha notado un aumento en la colaboración interdepartamental debido al trabajo de los expertos de la TPC. Para sostener aun más la intervención, WNCCHS ha comenzado a evaluar a los clientes de cualquier estado del VIH para detectar TEPT y capacitar a otros terapeutas del personal en TPC. La gerencia de la organización busca identificar oportunidades de financiación innovadoras para respaldar los sueldos del personal y usar los fondos del RWHAP para ayudar a cubrir los costos del personal involucrado en la TPC y para pagar el transporte, la comida, el apoyo dental y la integración de servicios de los clientes.

Información de contacto

Western North Carolina Community Health Services

257 Biltmore Avenue, Asheville, NC 28801
828.285.0622 • info@thehive828.org • www.wncchs.org



APÉNDICES

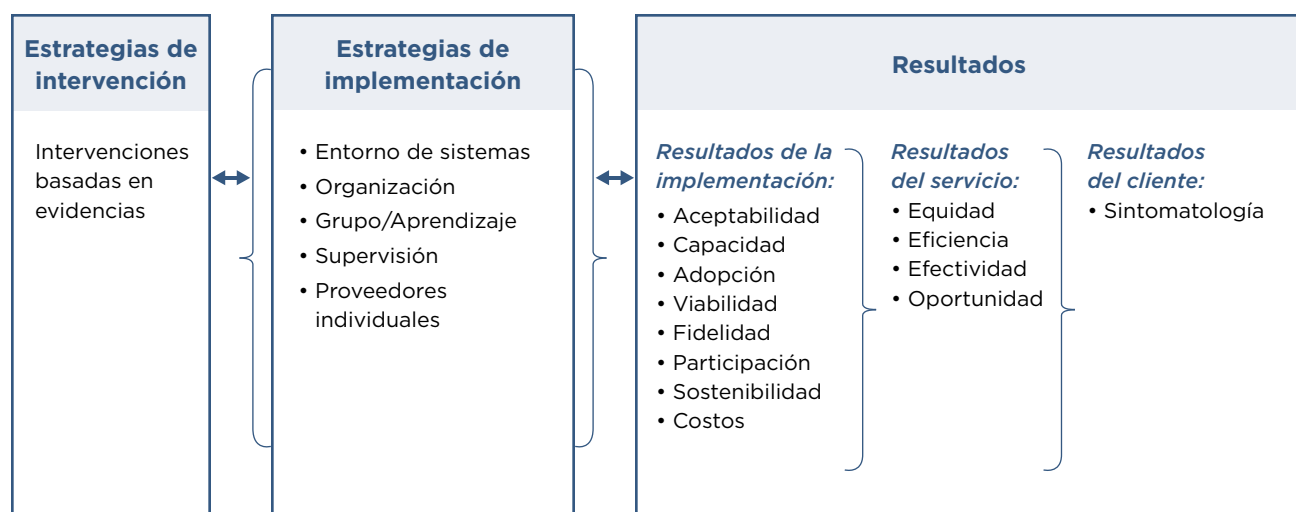


APÉNDICE A. EVALUACIÓN Y CIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN: MARCO Y MÉTODOS

El Center for AIDS Prevention Studies (CAPS) de la University of California San Francisco evaluó la implementación del programa E2i. La evaluación usó el modelo del marco Proctor para la investigación de la implementación.¹⁸ Este enfoque sugiere que la evaluación del programa debe incluir una comprensión del proceso de implementación y su impacto en todas las personas y sistemas que participan en la implementación:

1. Los elementos principales del programa (estrategias de intervención).
2. Los esfuerzos para implementar el programa (estrategias de implementación).
3. Cómo ven el programa los participantes (resultados de la implementación).
4. Cómo se implementa el programa (resultados del servicio).
5. El impacto en los participantes (resultados del cliente).

El modelo de Proctor de E2i



¹⁸ Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38(2):65-76.

Se recopilaron seis tipos de información durante los tres años de implementación del programa E2i. Éstos incluyen:

Evaluación de la organización: Cada seis meses, el director del programa del centro completaba una encuesta. Esta encuesta tenía preguntas sobre la organización (p. ej., número de pacientes, tipos de servicios prestados y personal). También incluyó preguntas sobre la ejecución del programa y cómo el personal ve el programa.

Conceptos de Proctor

- » Estrategias de implementación (entorno de sistemas, organización, grupo/aprendizaje, supervisión)
- » Resultados de la implementación (aceptabilidad, capacidad, adopción, viabilidad, fidelidad, participación, sostenibilidad, costos)

Revisión de documentos: Los evaluadores revisaron los documentos que se crearon durante la implementación y las actividades de asistencia técnica. Los documentos fueron creados por los propios centros o por The Fenway Institute/AIDS United e incluyeron: solicitudes de financiación de E2i, informes de visitas al centro, informes trimestrales, notas de llamadas de seguimiento, notas de llamadas de cohortes y presentaciones en reuniones.

Conceptos de Proctor

- » Estrategias de implementación (entorno de sistemas, organización, grupo/aprendizaje, supervisión, proveedores individuales, clientes individuales)
- » Resultados de implementación (aceptabilidad, capacidad, adopción, viabilidad, fidelidad, participación, sostenibilidad)

Observaciones: Los centros participaron en dos reuniones de sesiones de aprendizaje cada año. Los evaluadores tomaron notas sobre las conversaciones y las presentaciones. Estas notas se centraron en las barreras y los facilitadores de la implementación.

Conceptos de Proctor

- » Estrategias de implementación (entorno de sistemas, organización, grupo/aprendizaje, supervisión, proveedores individuales, clientes individuales)

Datos de costos: Los directores del programa y el personal de administración financiero completaron dos cuadernos de trabajo de costos. Uno fue para el período de preparación/planificación de tres meses y el primer año de implementación del programa. El otro fue para el segundo año de ejecución del programa. Los costos incluyen personal y gastos pagados por E2i y donaciones en especie.

Conceptos de Proctor

- » Resultados de la implementación (costos)

Exposición a la intervención: Se recopiló información sobre los clientes que participaron en la intervención entre septiembre de 2018 y diciembre de 2020. La información demográfica se recopiló en los formularios de inscripción. Los formularios de exposición a la intervención se recopilaron siempre que el personal tuviera interacciones sobre el programa con los participantes. Estos formularios incluyeron información como: la fecha de la interacción, el miembro del personal con el que tuvo contacto, el tipo de interacción, las actividades completadas y los resultados de las actividades.

Conceptos de Proctor

- » Resultados del servicio (fidelidad, participación, equidad, eficiencia, eficacia, oportunidad)

Expedientes médicos: Se recopilaron expedientes médicos de los participantes durante los 12 meses antes de la inscripción en el programa y durante los 12 meses después de la inscripción en el programa. La información era específica para el cuidado médico del VIH, como las fechas de las citas, las recetas de medicamentos de TAR, las fechas de las pruebas de carga viral y los resultados.

Conceptos de Proctor

- » Resultados del cliente (síntomatología)

Análisis cuantitativo: Se usaron datos de evaluación para describir las características y la preparación de la organización sobre la implementación, según los conceptos de Proctor. Los datos de exposición a la intervención y la inscripción a nivel del cliente se analizaron usando estadísticas de descripción para comprender la demografía de los clientes, el porcentaje de clientes que recibe servicios de intervención y la frecuencia de las exposiciones. Si era necesario, se incluyó el porcentaje de clientes que completaron la intervención. Se usaron métodos de modelado de medidas repetidas para evaluar los cambios en los resultados de los cuidados continuos del VIH para los clientes inscritos en la intervención. Se compararon datos de 12 meses antes de la inscripción y 12 meses después de la inscripción. Se analizaron los datos de costos para dar información sobre el costo de implementación de la intervención por cliente inscrito.

Análisis cualitativo: Los documentos y las observaciones se analizaron temáticamente usando los conceptos de Proctor. La intervención fue la unidad principal de análisis.



APÉNDICE B. MEJORES PRÁCTICAS GENERALES PARA PLANIFICAR LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Las siguientes son recomendaciones generales para planificar la intervención en una organización que presta servicios contra el VIH.

Crear un equipo de planificación

- » Reúna un equipo de “impulsadores” que estén comprometidos con el éxito de la intervención; que se reúnan periódicamente para impulsar la planificación, la implementación y la sostenibilidad; y que se comprometan a superar los obstáculos y fomentar la implementación.
- » Considere cómo hacer que al menos un miembro de la comunidad (una persona que representa la población de prioridad) participe de manera significativa en la planificación e implementación de la intervención (consulte los recursos de AIDS United sobre la [*participación significativa de las personas con VIH*](#)).
- » Haga reuniones de equipo semanales o “encuentros” diarios (p. ej., reuniones breves al comienzo del día para revisar el estado de los clientes, hablar sobre problemas de reclutamiento y retención, etc.).

Hacer que la gerencia y el personal se comprometan

La implementación de un nuevo servicio en un programa establecido puede exigir cambios en las rutinas, los deberes laborales y los procedimientos de administración. Es esencial tener la aceptación y el compromiso sólido de toda la organización lo antes posible en el proceso de planificación.

- » Reúnase con el equipo de liderazgo ejecutivo para hablar sobre:
 - Cómo la intervención apoyará la misión y los objetivos de la organización
 - Los beneficios de la intervención para los clientes y la organización en general
 - Los recursos necesarios para implementar la intervención
 - Los sistemas y procedimientos de la organización que se verán afectados por la implementación
 - La importancia de que la gerencia comunique su compromiso con la intervención a todo el personal
 - Cómo el equipo de intervención compartirá regularmente el estado de la intervención sobre la planificación, la implementación, la inscripción y los resultados del cliente



- » Reúnase con los miembros del personal afectados directa e indirectamente por la intervención para hablar sobre:
 - Los beneficios de la intervención para los clientes y la organización en general
 - Cómo el personal puede ayudar con el reclutamiento y las remisiones
 - Sugerencias para los procesos de extensión e implementación
 - Cómo el equipo de intervención compartirá regularmente el estado de la intervención sobre la planificación, la implementación, la inscripción y los resultados del cliente

Evaluar las necesidades de la comunidad

Al principio del proceso de planificación, las organizaciones deben considerar una evaluación de necesidades formal o informal para comprender mejor las necesidades de las poblaciones de prioridad y cómo adaptar mejor la intervención a sus necesidades. Participar en la comunidad local también ayuda a establecer confianza, construir una visibilidad de reclutamiento y hacer crecer sus redes de remisión. Las estrategias de evaluación de las necesidades de la comunidad incluyen:

- » Revisar los datos existentes sobre TEPT entre clientes con VIH.
 - ¿Qué le dicen los datos sobre las necesidades de sus clientes?
- » Tener conversaciones y grupos de enfoque con el personal, los clientes y los líderes comunitarios, los residentes y las asociaciones vecinales para aprender sobre las brechas en los servicios médicos y las necesidades de las personas con TEPT, y para recibir aportes y responder preguntas sobre el programa propuesto.

Capacitar a todo el personal

Al implementar una intervención para personas con VIH, es importante capacitar a todo el personal de la organización para reducir el estigma, mejorar la humildad cultural, usar un enfoque de cuidados informados por el trauma y dar cuidado que afirma y es culturalmente sensible a todas las personas con VIH, incluyendo las personas de color, los indígenas, las personas lesbianas, gays, bisexuales, queer, transgénero y de género diverso. La capacitación y los recursos están disponibles en [*TargetHIV*](#), el [*Programa del AIDS Education and Training Center*](#), [*National LGBTQIA+ Health Education Center*](#) y el [*Black AIDS Institute*](#).



Hacer una prueba piloto

Antes de completar la implementación, haga una prueba piloto en condiciones del “mundo real” para evaluar la viabilidad y aceptabilidad del flujo del proceso, los formularios y los procedimientos.

- » Considere hacer una prueba piloto con el panel de clientes de un proveedor.
- » Use un [método de mejora de la calidad](#) validado para guiar su prueba piloto.
- » Después de la prueba, comunique a todo el personal los resultados: qué es lo que funcionó, qué es lo que no funcionó y qué cambios se hicieron para mejorar las operaciones.



APÉNDICE C. HOJA DE TRABAJO DE “GO LIVE” DE LA TPC

Objetivo

El propósito de la hoja de trabajo “Go Live” es:

1. Guiar a las organizaciones en la implementación de las actividades de planificación e implementación de la intervención.
2. Hacer un seguimiento del progreso en el cumplimiento de los objetivos de implementación

Instrucciones

El equipo que dirige la intervención debe identificar a un miembro del equipo para que complete esta hoja de trabajo a lo largo del tiempo. Use la hoja de trabajo para:

- » Desarrollar e impulsar las agendas de las reuniones del equipo
- » Documentar las decisiones tomadas por el equipo
- » Hacer un seguimiento del progreso hacia los objetivos

Nombre de la organización	
Nombre (¿Quién completa esta hoja de trabajo?)	
Objetivos de la intervención	• Reducir los síntomas del TEPT y trastornos relacionados (p. ej., depresión) • Ayudar a las personas con VIH a mantenerse comprometidas con el cuidado del VIH
Elementos principales	1. Evaluación del TEPT y seguimiento de síntomas 2. Sesiones de TPC 3. Diálogo socrático 4. Identificar y desafiar los “puntos de estancamiento”
Pasos para la planificación	
Equipo de planificación (¿Quién está en el equipo de planificación?)	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Criterios de elegibilidad	• Personas que tienen un diagnóstico de TEPT, incluyendo las personas con VIH • Personas de diversas edades, razas, orígenes étnicos, géneros y niveles de alfabetización
Poblaciones de prioridad (¿A quién reclutará para la intervención?)	1.
	2.
	3.
	4.

Áreas de captación geográfica (¿De qué comunidades reclutará clientes?)	1.
	2.
	3.
Idiomas (¿En qué idiomas implementará la intervención?)	1.
	2.
Compromiso de las partes interesadas (¿Qué estrategias usará para obtener “aceptación” y comentarios?)	1. Gerencia de la organización:
	2. Personal relevante:
	3. Miembros de la comunidad local:
	4. Clientes:
Reclutamiento y extensión (¿Cuáles son sus estrategias de reclutamiento?)	1.
	2.
	3.
	4.

Personal de intervención (¿Quién hará qué?)	Rol/Tarea	Responsable del personal
	Reclutamiento	
	Detección y remisión	
	Admisión/inscripción	
	Planificación	
	Terapia	
Requisitos de capacitación del personal (Marque cada casilla al completar)	☐ Informar a todo el personal sobre los procesos de TPC ☐ Capacitar a los proveedores en TPC con instructores certificados ☐ Comprar manuales de TPC ☐ Capacitar a todo el personal sobre el cuidado informado por el trauma ☐ Capacitar a todo el personal sobre el cuidado culturalmente afirmativo para las poblaciones de prioridad	
Plan de capacitación del personal (¿Cuándo, dónde y cómo se capacitará al personal?)		
Incentivos (¿Qué incentivos, si los hay, les está dando a los participantes?)		

Herramientas de evaluación (¿Qué instrumentos de detección y evaluaciones usará?)	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Herramientas adicionales (p. ej., formularios de inscripción, formularios de remisión, satisfacción del cliente)	1.
	2.
	3.
Remisiones (¿Con quién se asociará para prestar los servicios que no da su organización?)	1.
	2.
	3.
	4.
Flujo de proceso de la TPC (Describa o dibuje el proceso desde el reclutamiento/remisión hasta la primera visita de TPC. Considere: quién, cuándo, qué y dónde)	
Sostenibilidad (¿Qué hace para que su programa sea sostenible?)	



Prueba piloto de la intervención (¿Cuándo y cómo hará una prueba piloto de la intervención?)	
Después de la prueba piloto (¿Qué funcionó, qué no funcionó? ¿Qué cambios hará?)	
Objetivos INTELIGENTES (Objetivos Específicos, Fáciles, Alcanzables, Relevantes y Limitados en el tiempo)	1.
	2.
	3.
	4.
	5.



APÉNDICE D. ENTREVISTA PSICOSOCIAL Y DE ANTECEDENTES DE TRAUMA

Tenga en cuenta que es posible que los clientes no estén listos para responder todas estas preguntas durante su primera sesión de evaluación y compromiso previos al tratamiento. Antes de hacer estas preguntas, es importante primero generar una buena relación y confianza con el cliente. Los terapeutas pueden omitir preguntas que ya se hayan tratado en otras evaluaciones.

I. Antecedentes de la infancia

Familia de origen (¿Dónde creció? ¿Con quién vivía? ¿Estado civil de los padres? ¿Hermanos?)

Antecedentes de abuso infantil (investigación de abuso físico, emocional, sexual, sin usar la palabra “abuso”)

¿Cómo era el ambiente familiar en su infancia? ¿Cómo lo castigaban de niño? ¿Alguna vez fue herido por un padre o cuidador?

Educación (¿Qué tan lejos llegó en la escuela? ¿Discapacidades de aprendizaje/problemas de conducta? ¿Calificaciones?)



II. Funcionamiento actual

Situación psicosocial actual (Se puede confirmar desde la evaluación inicial)

Familia actual y situación de vivienda (estado civil/pareja, hijos, dónde vive, con quién)

Rutina diaria (¿Cómo pasa su tiempo durante el día?)

(Si corresponde) ¿Cómo están afectando sus síntomas del TEPT su relación con sus hijos?
¿Su forma de criarlos?

Actividades de ocio (¿Qué hace para divertirse? ¿Aficiones?)

Factores estresantes actuales significativos (¿Cuáles son las cosas más estresantes en su vida en este momento?)



Apoyo social (¿Tiene alguien a quien pueda acudir en busca de ayuda? ¿Alguien con quien hablar de sus pensamientos y sentimientos? ¿Cómo es su relación con su pareja?)

III. Confirmación de trauma objetivo

Ahora me gustaría revisar con usted la información que dio sobre las medidas que llenó.

Usted indicó que el trauma que fue el peor evento fue (leer de LEC-5). ¿Puede describir lo que pasó?

En el último mes, ¿tuvo pesadillas sobre ello o ha pensado en ello cuando no quería? ¿Puede darme un ejemplo de la última vez que sucedió esto?

En el último mes, ¿se esforzó por no pensar en ello o por evitar situaciones que se lo recordaran? ¿Puede darme un ejemplo de la última vez que sucedió esto?



En el último mes, ¿estuvo constantemente en guardia, vigilante o se sobresaltó fácilmente?
¿Puede darme un ejemplo de la última vez que sucedió esto?

En el último mes, ¿se sintió insensible o separado de los demás, de las actividades o de su entorno? ¿Puede darme un ejemplo de la última vez que sucedió esto?

(Si se indicó más de un trauma) También indicó que experimentó una serie de otros eventos traumáticos. ¿Hay otros eventos que todavía lo están molestando? ¿Puede describir lo que pasó?

En el último mes, ¿tuvo pesadillas sobre ello o ha pensado en ello cuando no quería?
¿Puede darme un ejemplo de la última vez que sucedió esto?



En el último mes, ¿se esforzó por no pensar en ello o por evitar situaciones que se lo recordaran? ¿Puede darme un ejemplo de la última vez que sucedió esto?

En el último mes, ¿estuvo constantemente en guardia, vigilante o se sobresaltó fácilmente? ¿Puede darme un ejemplo de la última vez que sucedió esto?

En el último mes, ¿se sintió insensible o separado de los demás, de las actividades o de su entorno? ¿Puede darme un ejemplo de la última vez que sucedió esto?

Desafortunadamente, lo que sabemos es que la mayoría de las personas experimentan múltiples traumas como usted (SI ES VERDADERO), pero trabajando con personas que han experimentado traumas, generalmente hay uno o dos traumas que sobresalen y provocan los síntomas del TEPT. A veces los pacientes dicen que todo cambió después de ese día, o que empezaron a tener pesadillas o que no querían salir después de eso. Me pregunto, ¿qué trauma lo ha estado molestando más en el último mes?



Si puede identificar un trauma, DIGA: Entonces ahí es donde comenzaremos con el tratamiento, y también hablaremos sobre los otros traumas si descubrimos que también lo están afectando.

Si no puede elegir un trauma, DIGA: Es difícil para mucha gente. Para el trabajo que vamos a hacer, debemos elegir un lugar para comenzar y trabajar en ese trauma de una manera muy específica para ayudar a enseñarle algunas competencias para reducir sus síntomas de TEPT. Luego pasaremos al siguiente trauma, y al siguiente, y así sucesivamente si es necesario. Hemos descubierto que, con frecuencia, cuando trabajamos en uno, también estamos trabajando en los síntomas y puntos de estancamiento relacionados con los demás. ¿Por dónde deberíamos empezar?

Para el trauma que elija, voy a hacerle algunas preguntas ahora sobre a quién (si es que hay alguien) culpa por la ocurrencia de [el evento]. Quiero que sepa que no hay respuestas correctas o incorrectas a estas preguntas, y no creemos que sea necesario que culpe a nadie. Les preguntamos porque con frecuencia es útil para mí en nuestro trabajo conjunto comprender cómo USTED ve este evento y cómo ha respondido a él. ¿OK?

¿A quién (si hay alguien) o a qué, culpa por la ocurrencia de [el evento]?

» A mí mismo

» Agresores o perpetradores

» El entorno

» Padres

» La suerte

» El gobierno

» Amigo o conocido

» Otro (describa) _____

¿Cómo así? (p. ej., ¿cómo es responsable la persona u organización?)



¿Se ha sentido culpable por [el evento] o por su respuesta? ¿Avergonzado? ¿Enfadado?
¿Hasta qué punto estos sentimientos han estado presentes para usted?

IV. Salud física y mental desde el trauma

¿Qué problemas de salud (si los hay) tiene? ¿Están relacionados con [el evento]?

¿Cómo ha estado su estado de ánimo desde [el evento] (o si el trauma fue hace mucho tiempo, cómo ha estado su estado de ánimo últimamente)? ¿Se ha sentido decaído o deprimido? ¿Está tan interesado en las cosas como suele estarlo?

¿Ha buscado ayuda psiquiátrica o psicológica para sus sentimientos y dificultades relacionadas con [el evento] antes de venir aquí? ¿Intervención de crisis? (sin incluir este tratamiento):

No

Sí

Si la respuesta es sí, describa:



V. Identidad y trauma (según corresponda)

¿Tiene alguna práctica o creencia espiritual o religiosa? ¿Qué papel juega su fe/religión/espiritualidad en su vida?

¿Se han visto afectadas sus creencias o prácticas espirituales/religiosas por el trauma?

¿Cuál es su identidad de género? ¿Cuál es su orientación sexual? ¿Ha afectado el trauma la forma en que se identifica?

¿Cuál es su origen étnico o cultural? ¿Qué significa su origen cultural para usted (p. ej., es una parte grande o pequeña de lo que es usted como persona)?



¿Se ha visto afectada su conexión con su cultura por el trauma?

¿Ha estado expuesto al racismo/discriminación? ¿Jugó la discriminación un papel en su trauma?

¿Estaba relacionado su estado del VIH con su trauma? ¿Se han visto afectados de alguna manera sus sentimientos sobre su estado del VIH?

VI. Antecedentes de consumo de sustancias

¿Actualmente bebe alcohol? ¿Con qué frecuencia? ¿Cuánto? ¿Ha tenido problemas con el alcohol en el pasado o actualmente?



¿Consume actualmente alguna droga recreativa? ¿Qué tipo? ¿Con qué frecuencia? ¿Ha tenido problemas con las drogas en el pasado o actualmente?

¿Actualmente está tomando algún medicamento con receta? ¿Cuál es el nombre? ¿Dosis? ¿Y para qué se receta?

[Hable con el cliente sobre el papel que juega el consumo de sustancias en la evasión y cómo se desanima el uso de alcohol y drogas durante el tratamiento. Hable sobre la importancia de no consumir sustancias antes de la sesión y antes, durante o después de completar las tareas de práctica, ya que esto afectará la eficacia del tratamiento.]

¿Hay algo más sobre su vida ahora o sobre cómo [el evento] lo está afectando que cree que debería saber ahora?



VI. Descripción general del tratamiento

[Dé una descripción general del tratamiento y hable sobre cada uno de los componentes del tratamiento. Hable sobre cómo el terapeuta es como un entrenador que le enseña al cliente competencias específicas para reducir el TEPT.]

¿Qué espera obtener del tratamiento? ¿Qué le gustaría ver cambiado?

[Antes de finalizar la sesión, dé psicoeducación sobre el TEPT y el papel de la evasión. Prediga que probablemente consideraron cancelar esta sesión y felicítelos por dar el primer paso para desafiar la evasión. Prediga que también pensarán en cancelar la próxima sesión y hable sobre qué tan importantes son sus objetivos para ellos y cómo el tratamiento los ayudará a alcanzarlos.]



APÉNDICE E. LISTAS DE VERIFICACIÓN DE SEGUIMIENTO DE LA FIDELIDAD DE LAS SESIONES DE TPC

Instrucciones para el evaluador

- » **Fidelidad a los elementos de sesión de TPC:** Para cada elemento de TPC, marque “Sí” si completó la tarea; marque “No” si no lo hizo, y explique por qué en “Comentarios adicionales.”
- » **Elementos prohibidos:** Para cada elemento, evalúe si había algún elemento prohibido (no permitido). Si la respuesta es Sí, haga comentarios en la sección “Comentarios adicionales” sobre por qué los elementos prohibidos estuvieron presentes durante la sesión.

Nota: Revisiones a las “CPT Sessions Fidelity Monitoring Checklists” hechas por: John Moring, PhD y Katy Dondanville, PsyD. Formularios originales (antes “Variable Length Cognitive Processing Therapy (CPT): Therapist Adherence and Competence Protocol Full-Length Treatment Version”) por: Alexandra Macdonald, PhD, Shannon Wiltsey-Stirman, PhD, Jennifer Wachen, PhD, CJ Eubanks Fleming, PhD, y Patricia Resick, PhD, que se basó en formularios originales (antes, “Cognitive Processing Therapy Cognitive Only”) por: Anna K. Birks, PsyD, Carie Rodgers, PhD y Leslie A. Morland, PsyD.

Sesión 1

Fecha de la sesión:_____ Terapeuta:_____ Identificación del cliente:_____

Fidelidad: ¿Terminó la tarea? Si la respuesta es “No,” explique por qué en “Comentarios adicionales.” Si responde “Sí” a cualquier elemento prohibido, explique por qué en “Comentarios adicionales.”

Elementos de la TPC		
	Sí	No
1. Se educó al cliente sobre el TEPT: • Se habló sobre 4 grupos de síntomas de reexperimentación, cogniciones/ emociones, excitación y síntomas de escape/evasión • Se presentó en el contexto de la no recuperación • Se dieron ejemplos de síntomas • Se facilitó la participación del cliente dando ejemplos		
2. Se educó al cliente sobre la respuesta de lucha y huida: • Se emparejó fácilmente con señales ambientales • Se usaron ejemplos relevantes		
3. Se educó al cliente sobre la teoría cognitiva: • Se organizó el mundo en categorías • Se explicó el mito del mundo justo • Se describió la asimilación y la adaptación excesiva • Se usaron ejemplos relevantes		
4. Se educó sobre los tipos de emociones: • Naturales frente a fabricadas • Ejemplos de diferentes emociones y combinación de emociones		
5. Se dio una justificación del tratamiento: • Reconocimiento/modificación de pensamientos y sentimientos inútiles • Aceptación de la realidad del evento traumático, para desarrollar creencias más equilibradas • Sentir emociones naturales asociadas al evento traumático		
6. Se explicaron los puntos de estancamiento: • Se definieron los puntos de estancamiento • Se habló sobre cómo se forman los puntos de estancamiento • Se presentó el folleto de puntos de estancamiento • Se dieron ejemplos de puntos de estancamiento		
7. Se asignó la asignación de práctica de forma clara y completa: se completó la declaración de impacto (escrita a mano si es posible, concéntrese en el significado, no en los detalles)		



Elementos esenciales pero no únicos		
	Sí	No
1. Se estructuró la sesión y se usó el tiempo de manera eficaz.		
Elementos prohibidos		
1. Surgieron problemas significativos que llevaron a una salida de la agenda (describa en la sección de Comentarios adicionales).		
2. Se implementaron intervenciones que no están incluidas en el manual o el modelo de tratamiento, excepto según lo dicte claramente la seguridad del cliente.		
3. Se participó en más de 15 minutos de conversación fuera de la tarea.		
Comentarios adicionales:		

Sesión 2

Fecha de la sesión:_____ Terapeuta:_____ Identificación del cliente:_____

Fidelidad: ¿Terminó la tarea? Si la respuesta es “No,” explique por qué en “Comentarios adicionales.” Si responde “Sí” a cualquier elemento prohibido, explique por qué en “Comentarios adicionales.”

Elementos de la TPC		
	Sí	No
1. Se habló sobre la declaración de impacto: • Se exploró el impacto del evento traumático • Se elogió por completarla • Si el cliente no la completó, el terapeuta hizo que el cliente describiera el significado de los eventos oralmente y reasignara		
2. Se asistió al cliente en la identificación de puntos de estancamiento de la declaración de impacto: • Se habló sobre ejemplos de asimilación y adaptación excesiva usando ejemplos de las declaraciones de impacto • Comenzar a construir el registro de puntos de estancamiento		
3. Se habló sobre la relación entre eventos, pensamientos y sentimientos: • Se pidió ejemplos de sentimientos y las sensaciones físicas asociadas • Se presentó el folleto de identificación de emociones (p. ej., emociones básicas, intensidad variada de emociones, emociones secundarias) • Se habló sobre el ejemplo de cómo las interpretaciones de los eventos afectan los sentimientos • Se usaron ejemplos relevantes		
4. Se completó la hoja de trabajo ABC con el cliente sobre un ejemplo relevante.		
5. Se asignó la práctica de forma clara y completa: se completó a diario la hoja ABC con al menos una hoja sobre trauma.		
Elementos esenciales pero no únicos		
1. Se estructuró la sesión y se usó el tiempo de manera eficaz.		
Elementos prohibidos		
1. Surgieron problemas significativos que llevaron a una salida de la agenda (describa en la sección de Comentarios adicionales).		
2. Se implementaron intervenciones que no están incluidas en el manual o el modelo de tratamiento, excepto según lo dicte claramente la seguridad del cliente.		
3. Se participó en más de 15 minutos de conversación fuera de la tarea.		
Comentarios adicionales: 		

Sesión 3

Fecha de la sesión:_____Terapeuta:_____Identificación del cliente:_____

Fidelidad: ¿Terminó la tarea? Si la respuesta es “No,” explique por qué en “Comentarios adicionales.” Si responde “Sí” a cualquier elemento prohibido, explique por qué en “Comentarios adicionales.”

Elementos de la TPC		
	Sí	No
1. Revisó las hojas de trabajo ABC: • Etiquetó pensamientos versus emociones • Resaltó que cambiar los pensamientos puede cambiar la intensidad y los tipos de sentimientos • Comenzó a desafiar los puntos de estancamiento asimilados • Señaló los desajustes entre los pensamientos y las emociones • Identificó los puntos de estancamiento		
2. Identificó y desafió los puntos de estancamiento, usó preguntas socráticas (p. ej., “¿Qué más podría haber hecho?”; “¿Qué podría haber sucedido entonces?”): • Se centró en los puntos de estancamiento específicos del trauma y de asimilación siempre que fuera posible • Usó el registro de puntos de estancamiento para rastrear los puntos de estancamiento		
3. Revisó la hoja de trabajo ABC sobre un ejemplo asociado al trauma.		
4. Se explicó la tarea de práctica de forma clara: se completó a diario la hoja ABC con al menos una hoja sobre trauma.		
Elementos esenciales pero no únicos		
1. Se estructuró la sesión y se usó el tiempo de manera eficaz.		
Elementos prohibidos		
1. Surgieron problemas significativos que llevaron a una salida de la agenda (describa en la sección de Comentarios adicionales).		
2. Se implementaron intervenciones que no están incluidas en el manual o el modelo de tratamiento, excepto según lo dicte claramente la seguridad del cliente.		
3. Se participó en más de 15 minutos de conversación fuera de la tarea.		
Comentarios adicionales:		

Sesión 4

Fecha de la sesión:_____ Terapeuta:_____ Identificación del cliente:_____

Fidelidad: ¿Terminó la tarea? Si la respuesta es “No,” explique por qué en “Comentarios adicionales.” Si responde “Sí” a cualquier elemento prohibido, explique por qué en “Comentarios adicionales.”

Elementos de la TPC		
	Sí	No
1. Revisó las hojas de trabajo ABC: • Ayudó a diferenciar aun más entre pensamientos y sentimientos • Destacó cómo cambiar los pensamientos cambia el tipo y la intensidad de las emociones • Desafió los puntos de estancamiento de la asimilación		
2. Identificó y desafió los puntos de estancamiento, usó preguntas socráticas (p. ej., “¿Qué más podría haber hecho?”; “¿Qué podría haber sucedido entonces?”): • Habló sobre el sesgo retrospectivo • Se centró en los puntos de estancamiento específicos del trauma y de asimilación siempre que fuera posible		
3. Se explicó la diferencia entre responsabilidad y culpa: • Se dio la definición de ambos conceptos • Se habló sobre ejemplos relevantes para el cliente		
4. Se presentó la hoja de trabajo de preguntas desafiantes para ayudar a desafiar los puntos de estancamiento: • Usó ejemplos de puntos de estancamiento relevantes • Dio una explicación de las preguntas usando ejemplos • Dio hipótesis alternativas		
5. Se asignó la asignación de práctica de forma clara y completa: se completó a diario la hoja de trabajo de preguntas desafiantes, con una centrada en el trauma/culpa.		
Elementos esenciales pero no únicos		
1. Se estructuró la sesión y se usó el tiempo de manera eficaz.		
Elementos prohibidos		
1. Surgieron problemas significativos que llevaron a una salida de la agenda (describa en la sección de Comentarios adicionales).		
2. Se implementaron intervenciones que no están incluidas en el manual o el modelo de tratamiento, excepto según lo dicte claramente la seguridad del cliente.		
3. Se participó en más de 15 minutos de conversación fuera de la tarea.		
Comentarios adicionales:		

Sesión 5

Fecha de la sesión:_____ Terapeuta:_____ Identificación del cliente:_____

Fidelidad: ¿Terminó la tarea? Si la respuesta es “No,” explique por qué en “Comentarios adicionales.” Si responde “Sí” a cualquier elemento prohibido, explique por qué en “Comentarios adicionales.”

Elementos de la TPC		
	Sí	No
1. Se facilitó la conversación mientras se revisaron las hojas de trabajo de preguntas desafiantes: • Se habló sobre preguntas con las que el cliente tuvo dificultad • Se ayudó a analizar y confrontar los puntos de estancamiento • Se trató el sesgo retrospectivo		
2. Identificó y desafió los puntos de estancamiento, usó preguntas socráticas (p. ej., “¿Qué más podría haber hecho?”; “¿Qué podría haber sucedido entonces?”): • Habló sobre el sesgo retrospectivo • Se centró en los puntos de estancamiento específicos del trauma y de asimilación siempre que fuera posible • Usó el registro de puntos de estancamiento para rastrear los puntos de estancamiento		
3. Se presentó la hoja de trabajo de patrones de pensamiento problemático: • Habló sobre cada patrón y dio ejemplos • Describió cómo los patrones se vuelven automáticos, creando sentimientos negativos (usando un ejemplo para ilustrar) • Ayudó a generar ejemplos traumáticos y no traumáticos de patrones de pensamiento problemáticos		
4. Se asignó la asignación de práctica de forma clara y completa: se completó a diario la hoja de trabajo de patrones de pensamiento problemático.		
Elementos esenciales pero no únicos		
1. Se estructuró la sesión y se usó el tiempo de manera eficaz.		
Elementos prohibidos		
1. Surgieron problemas significativos que llevaron a una salida de la agenda (describa en la sección de Comentarios adicionales).		
2. Se implementaron intervenciones que no están incluidas en el manual o el modelo de tratamiento, excepto según lo dicte claramente la seguridad del cliente.		
3. Se participó en más de 15 minutos de conversación fuera de la tarea.		
Comentarios adicionales:		

Sesión 6

Fecha de la sesión:_____Terapeuta:_____Identificación del cliente:_____

Fidelidad: ¿Terminó la tarea? Si la respuesta es “No,” explique por qué en “Comentarios adicionales.” Si responde “Sí” a cualquier elemento prohibido, explique por qué en “Comentarios adicionales.”

Elementos de la TPC		
	Sí	No
1. Se facilitó la conversación sobre la hoja de trabajo de patrones problemáticos: • Se habló sobre patrones con los que el cliente tuvo dificultad • Se identificaron tendencias hacia patrones particulares • Se habló sobre cómo los patrones pueden haber afectado las reacciones al trauma • Se usó preguntas socráticas para ayudar a reemplazar patrones problemáticos con cogniciones más equilibradas		
2. Se presentó la hoja de trabajo de creencias desafiantes: • Se describió el esquema de la hoja de trabajo • Se identificaron piezas anteriores presentadas • Se completó la hoja con punto de estancamiento con el cliente, preferiblemente sobre un pensamiento asociado al trauma		
3. Se asignó de forma clara y completa la tarea de práctica: desafío diario de los puntos de estancamiento usando las hojas de trabajo de creencias desafiantes.		
Elementos esenciales pero no únicos		
	Sí	No
1. Se estructuró la sesión y se usó el tiempo de manera eficaz.		
Elementos prohibidos		
1. Surgieron problemas significativos que llevaron a una salida de la agenda (describa en la sección de Comentarios adicionales).		
2. Se implementaron intervenciones que no están incluidas en el manual o el modelo de tratamiento, excepto según lo dicte claramente la seguridad del cliente.		
3. Se participó en más de 15 minutos de conversación fuera de la tarea.		
Comentarios adicionales:		

Sesión 7

Fecha de la sesión:_____Terapeuta:_____Identificación del cliente:_____

Fidelidad: ¿Terminó la tarea? Si la respuesta es “No,” explique por qué en “Comentarios adicionales.” Si responde “Si” a cualquier elemento prohibido, explique por qué en “Comentarios adicionales.”

Elementos de la TPC		
	Sí	No
1. Se facilitó la conversación del cliente sobre las hojas de trabajo de creencias desafiantes: • Se habló sobre los éxitos o problemas en el cambio de cogniciones/puntos de estancamiento • Se ayudó al cliente a confrontar cogniciones problemáticas que no podía modificar por sí mismo • Se usó preguntas socráticas para desafiar creencias		
2. Se presentó el módulo de seguridad • Revisó el módulo; definió la seguridad para uno mismo y para los demás • Exploró cómo el trauma afectó las creencias sobre la seguridad de uno mismo (p. ej., “puedo mantenerme a salvo”) y de los demás (p. ej., “el mundo es peligroso”) • Comparó creencias de seguridad antes y después del evento traumático		
3. Se asignó la asignación de práctica de forma clara y completa: • Leyó el módulo de seguridad • Completó a diario las hojas de trabajo de creencias desafiantes, con al menos una en un punto de estancamiento asociado a la seguridad		
Elementos esenciales pero no únicos		
	Sí	No
1. Se estructuró la sesión y se usó el tiempo de manera eficaz.		
Elementos prohibidos		
1. Surgieron problemas significativos que llevaron a una salida de la agenda (describa en la sección de Comentarios adicionales).		
2. Se implementaron intervenciones que no están incluidas en el manual o el modelo de tratamiento, excepto según lo dicte claramente la seguridad del cliente.		
3. Se participó en más de 15 minutos de conversación fuera de la tarea.		
Comentarios adicionales:		

Sesión 8

Fecha de la sesión:_____ Terapeuta:_____ Identificación del cliente:_____

Fidelidad: ¿Terminó la tarea? Si la respuesta es “No,” explique por qué en “Comentarios adicionales.” Si responde “Sí” a cualquier elemento prohibido, explique por qué en “Comentarios adicionales.”

Elementos de la TPC		
	Sí	No
1. Se facilitó la conversación del cliente sobre las hojas de trabajo de creencias desafiantes: • Se habló sobre los éxitos o problemas en el cambio de cogniciones/puntos de estancamiento • Se ayudó al cliente a confrontar cogniciones problemáticas que no podía modificar por sí mismo • Se usó preguntas socráticas para desafiar creencias • Se habló sobre los puntos de estancamiento relacionados con la seguridad (propia y de los demás) si fuera posible		
2. Se revisó el módulo de seguridad: • Se habló sobre cualquier creencia de seguridad propia y de otro tipo y se facilitó la conversación sobre puntos de estancamiento relacionados • Se habló sobre baja versus alta probabilidad • Se calcularon los porcentajes relacionados con los puntos de estancamiento relacionados con la seguridad		
3. Presentación del módulo de confianza: • Revisó el módulo y definió la confianza en uno mismo y la confianza en los demás • Exploró cómo el trauma afectó las creencias sobre la confianza en uno mismo y en los demás • Comparó las creencias de confianza antes y después del evento traumático • Identificó los puntos de estancamiento para ser desafiados		
4. Se asignó la asignación de práctica de forma clara y completa: • Leyó el módulo de confianza • Completó a diario las hojas de trabajo de creencias desafiantes, con al menos una en un punto de estancamiento asociado a la confianza		
Elementos esenciales pero no únicos		
1. Se estructuró la sesión y se usó el tiempo de manera eficaz.		
Elementos prohibidos		
1. Surgieron problemas significativos que llevaron a una salida de la agenda (describa en la sección de Comentarios adicionales).		
2. Se implementaron intervenciones que no están incluidas en el manual o el modelo de tratamiento, excepto según lo dicte claramente la seguridad del cliente.		
3. Se participó en más de 15 minutos de conversación fuera de la tarea.		
Comentarios adicionales:		

Sesión 9

Fecha de la sesión:_____ Terapeuta:_____ Identificación del cliente:_____

Fidelidad: ¿Terminó la tarea? Si la respuesta es “No,” explique por qué en “Comentarios adicionales.” Si responde “Sí” a cualquier elemento prohibido, explique por qué en “Comentarios adicionales.”

Elementos de la TPC		
	Sí	No
1. Se facilitó la conversación del cliente sobre las hojas de trabajo de creencias desafiantes: • Se habló sobre los éxitos o problemas en el cambio de cogniciones/puntos de estancamiento • Se ayudó al cliente a confrontar cogniciones problemáticas que no podía modificar por sí mismo • Se usó preguntas socráticas para desafiar creencias • Se habló sobre el punto de estancamiento asociado a la confianza (en uno mismo y en los demás) si fuera posible		
2. Se revisó el módulo de confianza: • Se habló sobre la confianza y se facilitó la conversación sobre puntos de estancamiento relacionados • Se centró en los problemas de los clientes para confiar en sí mismos y en los demás • Se explicó los diferentes tipos de confianza (p. ej., dinero frente a secreto), y esa confianza no es todo o nada, sino que se encuentra en un continuo (p. ej., diagrama de estrella) • Se habló sobre cómo la confianza afecta sus relaciones		
3. Se presentó el módulo de poder/control: • Revisó el módulo y definió el autopoder y el concepto de autoeficacia • Exploró cómo el trauma afectó las creencias sobre el poder/control para uno mismo y para los demás • Comparó las creencias de poder/control antes y después del evento traumático • Identificó los puntos de estancamiento para ser desafiados		
4. Se asignó la asignación de práctica de forma clara y completa: • Leyó el módulo de poder/control • Completó a diario las hojas de trabajo de creencias desafiantes, con al menos una en un punto de estancamiento asociado al poder/control		
Elementos esenciales pero no únicos		
1. Se estructuró la sesión y se usó el tiempo de manera eficaz.		
Elementos prohibidos		
1. Surgieron problemas significativos que llevaron a una salida de la agenda (describa en la sección de Comentarios adicionales).		
2. Se implementaron intervenciones que no están incluidas en el manual o el modelo de tratamiento, excepto según lo dicte claramente la seguridad del cliente.		
3. Se participó en más de 15 minutos de conversación fuera de la tarea.		
Comentarios adicionales:		



Sesión 10

Fecha de la sesión:_____ Terapeuta:_____ Identificación del cliente:_____

Fidelidad: ¿Terminó la tarea? Si la respuesta es “No,” explique por qué en “Comentarios adicionales.” Si responde “Sí” a cualquier elemento prohibido, explique por qué en “Comentarios adicionales.”

Elementos de la TPC		
	Sí	No
1. Se facilitó la conversación del cliente sobre las hojas de trabajo de creencias desafiantes: • Se habló sobre los éxitos o problemas en el cambio de cogniciones/puntos de estancamiento • Se ayudó al cliente a confrontar cogniciones problemáticas que no podía modificar por sí mismo		
2. Se revisó el módulo de poder/control: • Se identificó puntos de estancamiento (p. ej., “Necesito ser un ‘fanático del control’”) y se ayudó al cliente a obtener puntos de vista más equilibrados de poder/control • Se explicó que el poder y el control también están en un continuo (como la confianza, no es todo o nada) • Se habló sobre la ira en el contexto del control		
3. Se presentó el folleto Formas de dar y tomar poder: • Se habló sobre un ejemplo de cada forma positiva/negativa de dar/tomar poder • Se animó al cliente a dar ejemplos • Se habló sobre las barreras para dar/tomar poder positivo		
4. Se presentó el módulo de estima: • Revisó el módulo y definió autoestima y estima en relación con los demás • Comparó la estima relacionada con uno mismo y los demás antes y después del evento traumático • Identificó los puntos de estancamiento para ser desafiados		
5. Se asignó la asignación de práctica de forma clara y completa: • Leer el módulo de estima • Completar las hojas de trabajo de creencias desafiantes diariamente, con al menos una en un punto de estancamiento asociado a la estima • Dar y recibir cumplidos a diario • Hacer al menos una cosa buena para uno mismo cada día		
Elementos esenciales pero no únicos		
1. Se estructuró la sesión y se usó el tiempo de manera eficaz.		
Elementos prohibidos		
1. Surgieron problemas significativos que llevaron a una salida de la agenda (describa en la sección de Comentarios adicionales).		
2. Se implementaron intervenciones que no están incluidas en el manual o el modelo de tratamiento, excepto según lo dicte claramente la seguridad del cliente.		
3. Se participó en más de 15 minutos de conversación fuera de la tarea.		
Comentarios adicionales:		



Sesión 11

Fecha de la sesión:_____ Terapeuta:_____ Identificación del cliente:_____

Fidelidad: ¿Terminó la tarea? Si la respuesta es “No,” explique por qué en “Comentarios adicionales.” Si responde “Sí” a cualquier elemento prohibido, explique por qué en “Comentarios adicionales.”

Elementos de la TPC		
	Sí	No
1. Se facilitó la conversación sobre dar/recibir cumplidos y participar en actividades placenteras: • Se reforzó el comportamiento y se lo animó a continuar • Exploró los puntos de estancamiento relacionados • Identificó las reacciones emocionales a los elogios y participó en actividades agradables		
2. Se facilitó la conversación del cliente sobre las hojas de trabajo de creencias desafiantes: • Se habló sobre los éxitos o problemas en el cambio de cogniciones/puntos de estancamiento • Se ayudó al cliente a confrontar cogniciones problemáticas que no podía modificar por sí mismo • Se usó preguntas socráticas para desafiar creencias • Se habló sobre los puntos de estancamiento relacionados con la estima (propia y de los demás) si fuera posible		
3. Se revisó el módulo de estima: • Exploró las creencias relacionadas con la autoestima e identificó los puntos de estancamiento, como estar permanentemente dañado o necesitar ser perfecto (perfeccionismo) • Se habló sobre las creencias relacionadas con la capacidad de calmarse a sí mismo (problemas con la comida/el alcohol/los gastos) • Exploró las creencias de estima relacionadas con los demás e identificó creencias demasiado adaptadas para desafiar		
4. Se presentó el módulo de intimidad: • Revisó el módulo y definió la intimidad propia y la intimidad con los demás y generó ejemplos • Se habló sobre cómo las relaciones pueden haber sido afectadas por el trauma • Comparó las creencias sobre sí mismo y otras creencias de intimidad antes y después del evento traumático • Identificó los puntos de estancamiento para ser desafiados		
5. Se asignó la asignación de práctica de forma clara y completa: • Leer el módulo de intimidad • Completar las hojas de trabajo de creencias desafiantes diariamente, con al menos una en un punto de estancamiento asociado a la intimidad • Dar y recibir cumplidos a diario • Hacer al menos una cosa buena para uno mismo cada día • Escribir una segunda declaración de impacto		



Apéndice E. Lista de verificación de seguimiento de la fidelidad de la TPC:

Sesión 11

Elementos esenciales pero no únicos		
	Sí	No
1. Se estructuró la sesión y se usó el tiempo de manera eficaz.		
Elementos prohibidos		
1. Surgieron problemas significativos que llevaron a una salida de la agenda (describa en la sección de Comentarios adicionales).		
2. Se implementaron intervenciones que no están incluidas en el manual o el modelo de tratamiento, excepto según lo dicte claramente la seguridad del cliente.		
3. Se participó en más de 15 minutos de conversación fuera de la tarea.		
Comentarios adicionales:		



Sesión 12

Fecha de la sesión:_____ Terapeuta:_____ Identificación del cliente:_____

Fidelidad: ¿Terminó la tarea? Si la respuesta es “No,” explique por qué en “Comentarios adicionales.” Si responde “Sí” a cualquier elemento prohibido, explique por qué en “Comentarios adicionales.”

Elementos de la TPC		
	Sí	No
1. Se facilitó la conversación del cliente sobre las hojas de trabajo de creencias desafiantes: • Se habló sobre los éxitos o problemas en el cambio de cogniciones/puntos de estancamiento • Se ayudó al cliente a confrontar cogniciones problemáticas que no podía modificar por sí mismo • Se usó preguntas socráticas para desafiar creencias • Se habló sobre los puntos de estancamiento relacionados con la intimidad (uno mismo y otros) si fuera posible • Revisó los cumplidos y participó en actividades agradables		
2. Se revisó el módulo de intimidad: • Se habló sobre cómo las relaciones se han visto afectadas por el trauma • Se ayudó a desarrollar creencias equilibradas para ayudar a mejorar las relaciones actuales y desarrollar otras nuevas • Se identificaron formas de mejorar la auto-tranquilidad para mejorar la vida del cliente		
3. Se habló sobre la segunda declaración de impacto: • Se pidió al cliente que revisara su declaración de impacto final • Comparó la primera declaración de impacto con la segunda, identificó los cambios que se hicieron en las cogniciones, se elogió al cliente por el progreso y los cambios que se hicieron • Identificó los puntos de estancamiento restantes y le indicó al cliente que continuara desafiándolos con su nuevo conjunto de competencias		
4. Se inició una conversación sobre el curso de la terapia/progreso logrado: • Se revisaron los conceptos/competencias aprendidas • Se animó al cliente a reflexionar sobre el progreso y los cambios que se hicieron; se revisó el registro de puntos de estancamiento • Se enfatizó que el éxito continuo depende de la práctica de las competencias aprendidas		
5. Se ayudó al cliente a planificar para el futuro: • Identificó objetivos futuros y estrategias para alcanzar los objetivos • Revisó los recursos disponibles • Se reiteraron los planes de tratamiento según sea necesario • Se habló sobre la vida sin TEPT		



Apéndice E. Lista de verificación de seguimiento de la fidelidad de la TPC:

Sesión 12

Elementos esenciales pero no únicos		
	Sí	No
1. Se estructuró la sesión y se usó el tiempo de manera eficaz.		
Elementos prohibidos		
1. Surgieron problemas significativos que llevaron a una salida de la agenda (describa en la sección de Comentarios adicionales).		
2. Se implementaron intervenciones que no están incluidas en el manual o el modelo de tratamiento, excepto según lo dicte claramente la seguridad del cliente.		
3. Se participó en más de 15 minutos de conversación fuera de la tarea.		
Comentarios adicionales:		



Sesión 13+

Fecha de la sesión:_____ Terapeuta:_____ Identificación del cliente:_____

Fidelidad: ¿Terminó la tarea? Si la respuesta es “No,” explique por qué en “Comentarios adicionales.” Si responde “Sí” a cualquier elemento prohibido, explique por qué en “Comentarios adicionales.”

Elementos de la TPC		
	Sí	No
1. Se facilitó la conversación del cliente sobre las hojas de trabajo de creencias desafiantes: • Se habló sobre los éxitos o problemas en el cambio de cogniciones/puntos de estancamiento • Se ayudó al cliente a confrontar cogniciones problemáticas que no podía modificar por sí mismo • Se usó preguntas socráticas para desafiar creencias • Se habló sobre los puntos de estancamiento relacionados con la intimidad (uno mismo y otros) si fuera posible • Revisó los cumplidos y participó en actividades agradables		
2. Se asignó la asignación de práctica de forma clara y completa: • Leer el módulo de intimidad • Completar las hojas de trabajo de creencias desafiantes diariamente, con al menos una en un punto de estancamiento asociado a la intimidad • Dar y recibir cumplidos a diario • Hacer al menos una cosa buena para uno mismo cada día • Escribir una segunda declaración de impacto		
Elementos esenciales pero no únicos		
	Sí	No
1. Se estructuró la sesión y se usó el tiempo de manera eficaz.		
Elementos prohibidos		
1. Surgieron problemas significativos que llevaron a una salida de la agenda (describa en la sección de Comentarios adicionales).		
2. Se implementaron intervenciones que no están incluidas en el manual o el modelo de tratamiento, excepto según lo dicte claramente la seguridad del cliente.		
3. Se participó en más de 15 minutos de conversación fuera de la tarea.		
Comentarios adicionales: 		

Sesión de ASAP

Fecha de la sesión:_____ Terapeuta:_____ Identificación del cliente:_____

Fidelidad: ¿Terminó la tarea? Si la respuesta es “no,” en la sección Comentarios adicionales, describa por qué se omitieron los elementos.

Elementos de la sesión de ASAP		
	Sí	No
1. Se facilitó la conversación del cliente sobre los factores estresantes actuales: • Se habló sobre los problemas en el cambio de cogniciones/puntos de estancamiento • Se ayudó al cliente a confrontar las cogniciones problemáticas que podrían impedirle participar en la terapia, evitar las tareas de práctica o cualquier otra barrera • Se habló de seguir adelante con la TPC		
2. Se asignó la asignación de práctica de forma clara y completa que corresponde a la próxima sesión de TPC.		
Elementos esenciales pero no únicos		
	Sí	No
1. Se estructuró la sesión y se usó el tiempo de manera eficaz.		
Comentarios adicionales:		



APÉNDICE F. APLICACIONES MÓVILES PARA CLIENTES DE TPC

Las siguientes aplicaciones gratuitas (apps) pueden mejorar la experiencia de un cliente con TPC. Las tres aplicaciones están disponibles para usuarios de iPhone y Android.

CPT Coach

La aplicación CPT Coach ayuda a los clientes a administrar su tratamiento como parte de su realización general de TPC con un proveedor de salud mental. La aplicación incluye tareas entre sesiones, material de lectura, seguimiento de síntomas de TEPT y versiones móviles de las hojas de trabajo de TPC.



Para obtener más información: [CPT Coach](#)

PTSD Coach

La aplicación PTSD Coach da a los clientes información sobre el TEPT, y herramientas para manejar los factores estresantes de la vida diaria relacionados con su TEPT. Las herramientas incluyen ayuda con la relajación, el diálogo interno positivo y otras estrategias comunes de autoayuda. PTSD Coach está disponible en inglés y español.



Para obtener más información: [PTSD Coach](#)

Virtual Hope Box

La aplicación Virtual Hope Box (VHB) contiene herramientas personalizables para ayudar a los clientes a sobrellevar la situación, relajarse, distraerse y pensar en positivo.



Para obtener más información: [Virtual Hope Box](#)