

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Postgrado
Programa de Magíster en Psicología



DISEÑO DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS ESPECIALIZADAS EN PSICOTERAPEUTAS CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVOS

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología

Ps. FABIOLA SOLEDAD CASTILLO ROJAS

Académico Patrocinante

JUAN YÁÑEZ MONTECINOS, Ph. D.

Asesor Metodológico

ELISABETH WENK, Ps. y Mg.

SANTIAGO

2012

ÍNDICE

	página
ÍNDICE	2
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	8
CONSIDERACIONES GENERALES	9
I. LA EFICACIA TERAPÉUTICA Y EL TERAPEUTA	9
1.1 Factores que contribuyen a la eficacia terapéutica	9
1.2 Eficacia terapéutica ligada al método	10
1.3 Eficacia terapéutica en el modelo Constructivista-Cognitivo	12
1.4 Variables del terapeuta	15
1.5 El terapeuta como variable en el Constructivismo-Cognitivo	17
II. EL CAMBIO COMO OBJETIVO DE LA PSICOTERAPIA	19
III. EL CONCEPTO DE COMPETENCIA TERAPÉUTICA EN EL MODELO CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVO	22
3.1 Componente Conocimiento	26
3.1 Componente Habilidades	26
3.1 Componente Actitud	28
3.1 Componente Autoconcepto	29
IV. EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS TERAPÉUTICAS	31
V. LA TÉCNICA PROCEDURAL EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL	33
SEGUNDA PARTE: METODOLOGÍA	43
I. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	48
1.1 Principal pregunta de investigación	48
1.2 Preguntas secundarias de investigación	48
II. OBJETIVOS	49
2.1 Objetivo general	49
2.2. Objetivos específicos	49
III. HIPÓTESIS	50
3.1 Hipótesis	50
IV. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	51
4.1 Enfoque Cuantitativo	51
4.2 Tipo de estudio	51
V. DEFINICIÓN DE VARIABLES	52
5.1 Variable en estudio (como variable dependiente)	52

	página
5.2 Variables independientes	52
5.3 Variables intervinientes controladas	53
5.3.1 Género	53
5.3.2 Experticia y nivel de conocimiento previo en psicología	53
5.3.3 Participación activa en el taller	53
VI. POBLACIÓN Y MUESTRA	54
6.1 Criterios de inclusión en la muestra	54
VII. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
7.1 Procedimiento de desarrollo de los instrumentos de evaluación	55
7.2 Presentación de los instrumentos	58
7.3 Contexto diseñado para la aplicación de los instrumentos	68
VIII FORMAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	69
8. Técnicas de análisis de los datos	69
8.1 Confiabilidad del instrumento	69
8.2 Validez del instrumento	69
TERCERA PARTE: RESULTADOS	71
1.1 Recolección de datos	72
II. Presentación de los resultados	74
2.1 Cuestionario	74
2.2 Pauta de Observación	74
III. Análisis de los resultados	75
3.1 Cuestionario	75
3.2 Pauta de Observación	92
CUARTA PARTE: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	108
Síntesis de principales resultados y discusión	109
Conclusiones	129
Bibliografía	132
Glosario	134
Anexos	135

RESUMEN

Esta investigación consiste en el desarrollo de una propuesta de evaluación de competencias terapéuticas especializadas, para lo cual se identificó y esquematizó los pasos de la técnica procedural Exploración-Experiencial, reconociendo ésta como una técnica que integra procesos que transcurren de manera paralela, flexible y recurrente. Luego se diseñó dos instrumentos: cuestionario de autorreporte y pauta de observación de competencias, se probaron en una muestra, obteniendo evidencia empírica sobre su eficiencia para evaluar competencias especializadas: validez, confiabilidad y sensibilidad. Los instrumentos identificarían estados de avance en el desarrollo de la competencia, detectando falencias específicas, e informando detalladamente a los formadores -cuantitativa y cualitativamente- el desempeño de aprendices en la aplicación de la técnica. Se lograría entrenar especializadamente y mejorar la metacognición del aprendizaje en alumnos, complementando con esta evaluación la supervisión y los ensayos. Este estudio explora las condiciones en las cuales se podría aplicar un instrumento de estas características, requiriendo nuevas etapas experimentales para afinar los instrumentos.

PALABRAS CLAVE: Competencias Psicoterapéuticas Especializadas, Evaluación de Terapeutas, Exploración-Experiencial.

INTRODUCCIÓN

La metodología del proceso de formación de psicoterapeutas para instalar competencias terapéuticas especializadas incluye dos fuentes centrales: la práctica profesional, donde se despliegan habilidades personales del repertorio natural del alumno (empatía, capacidad analítica, etc.), y las habilidades técnicas, aprendidas en teoría sin haberlas aplicado necesariamente en contexto terapéutico. Éstas se practican durante la formación mediante dos modalidades: el juego de roles (role playing) y la supervisión. En el enfoque Constructivista-Cognitivo un terapeuta exitoso tendría competencias especializadas que se despliegan en la aplicación de las técnicas procedurales, las cuales se relacionan con habilidades preexistentes en los repertorios naturales de los aspirantes a terapeutas, pero consisten en habilidades más específicas y complejas. Estas competencias permiten desplegar técnicas que inducen determinados procesos personales del paciente, fundamentales para el proceso de cambio terapéutico. Las técnicas procedurales demandan al terapeuta complejas combinaciones de habilidades personales y técnicas, que facilitan el despliegue de procesos que son esenciales para el éxito de la psicoterapia. El procedimiento secuencial para aplicar técnicas procedurales es enseñado en aula y entrenado en simulaciones, no obstante, la autora propone que las competencias a la base sean entrenadas directamente, preferentemente mediante procedimientos prácticos. Este estudio aborda la propuesta de una técnica complementaria a las técnicas formativas: una técnica de evaluación que facilitarían la instalación de competencias terapéuticas especializadas en el proceso de entrenamiento de terapeutas Constructivistas-Cognitivos.

El objetivo del estudio es operacionalizar la competencia, identificar las habilidades de entrada, y proponer un instrumento de evaluación de la competencia, que pueda ser usado tanto en ejercicios parciales de entrenamiento como en escenario terapéutico real. Se espera obtener un instrumento de evaluación que aporte retroalimentación del proceso de entrenamiento de terapeutas, pero a la vez permita *guiar la forma en que el propio terapeuta observa su accionar terapéutico*, al informarle sobre áreas débiles y fuertes en su aplicación de la técnica. Esta tesis se enmarca en una serie de estudios que conforman un programa de perfeccionamiento de estrategias para la formación de terapeutas del enfoque, en una línea de investigación ampliada que incluye el diseño de talleres cada vez más especializados y eficientes para desarrollar competencias para la psicoterapia, profundizar en la sistematización de las técnicas procedurales, y obtener técnicas complementarias a las

ya existentes en la formación de terapeutas, tales como un instrumento de evaluación que aporte retroalimentación de fortalezas y debilidades personales, para el autoconocimiento de los terapeutas en formación. Se selecciona la técnica de Exploración-Experiencial dado que ésta permite al paciente resignificar su experiencia, y su emocionar en torno a ésta, a través del relato de un evento, y a que es una de las principales técnicas procedurales en psicoterapia Constructivista-Cognitiva, permitiendo al terapeuta acceder a la experiencia del paciente más profundamente.

El cambio terapéutico en el enfoque requiere acceder a un emergente real entre el terapeuta y paciente, ya que a partir de éste se despliega el Ciclo Cognitivo Interpersonal (CCI) del paciente. En este sentido, realizando role playing, se replican algunas emociones aisladas, pero no *la forma en que estas emociones conforman un sistema particular de explicación de la experiencia*, característico de una persona (ECI). Asimismo, en supervisión se obtendría retroalimentación desde una tercera persona externa a la sesión, sobre el emergente que implica los Ciclos Cognitivos Interpersonales del paciente. Pero esta no es una información en tiempo real, que permita inmediatamente generar intervenciones que produzcan quiebres en estos Ciclos Cognitivos Interpersonales. Las habilidades innatas del aprendiz se moldean para transformarlas en competencias especializadas del terapeuta mediante las técnicas formativas, pero sin una continuidad, en términos de extrapolar a la psicoterapia lo aprendido en escenarios no terapéuticos, de conocer específicamente cómo se conjugan las habilidades para ser exitosas, reconociendo claramente la función y la interacción de los distintos elementos de la competencia. Si bien la Exploración-Experiencial en escenarios no terapéuticos no permitiría acceder a emergentes y ciclos cognitivos interpersonales reales entre terapeuta y paciente, si lograría facilitar la emergencia de contenidos y de los esquemas cognitivos del paciente, accediendo desde los ciclos cognitivos extraídos de la narración de escenas del eje diacrónico. Así, se pone de relieve la importancia de retroalimentar cómo se moldean las destrezas y habilidades naturales para lograr competencias especializadas, por lo que desarrollar un instrumento eficiente de Evaluación de Competencias Especializadas en Psicoterapeutas Constructivista-Cognitivos permitiría su uso en procesos de entrenamiento de terapeutas para conocer *el estado de desarrollo de habilidades y destrezas básicas en competencias altamente especializadas* para la aplicación de una de las principales técnicas procedurales del enfoque. Esta retroalimentación se propone como una técnica de entrenamiento complementaria a las tradicionales, en la medida que su especificidad permitiría detectar y evaluar dimensiones

parciales de la competencia requerida. Otro de los alcances de diseñar un Instrumento de Evaluación de Competencias Especializadas para psicoterapeutas consiste en que aportaría una evaluación a la *formación por etapas secuenciales*, donde cada etapa de desarrollo pueda ser evaluada y la evaluación indique grados de acercamiento al nivel de desarrollo de la competencia esperada para la aplicación de la técnica procedural.

Desarrollar una técnica de evaluación que facilite la instalación de competencias especializadas para aplicar la Exploración-Experiencial requiere ciertos pasos previos:

- a) Esclarecer *cómo se desarrolla* la Exploración-Experiencial, *desde la experticia del terapeuta* para aplicar la técnica en el momento más propicio y sostenerla hasta la consecución de su objetivo.
- b) Determinar *qué habilidades naturales de una persona* podrían requerirse al aplicar la Exploración-Experiencial, para luego desarrollarlas, en combinación con otras habilidades y conocimientos, orientándolas a detectar, inducir y sostener ésta técnica procedural.
- c) *Operacionalizar las Competencias Especializadas* para su evaluación, dado que evaluar éstas permitiría establecer una línea de base de habilidades, sobre la cual trabajar en el entrenamiento.
- d) Diseñar un *contexto de evaluación* que permita desplegar habilidades o destrezas comunicacionales, evaluativas, atencionales, interpersonales, etc., en situaciones terapéuticas donde se aplica la Exploración-Experiencial. Este contexto debería permitir evaluar el desarrollo de una combinación específica de habilidades que permita aplicar eficientemente la Exploración-Experiencial.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

CONSIDERACIONES GENERALES

Una psicoterapia exitosa se entiende, en la mayoría de los enfoques en psicología clínica, por aquella que consigue el cambio terapéutico. Se han realizado numerosas investigaciones orientadas a determinar que factores contribuyen al cambio terapéutico, varias de las cuales hallaron entre las variables que más inciden en los resultados terapéuticos, a las variables relacionadas con la gestión del terapeuta.

La gestión del terapeuta y su eficacia se relacionan en la medida en que aquél sea capaz de desarrollar su psicoterapia en la forma que indique su adscripción teórica, tomando decisiones apropiadas a los delineamientos previos de su estrategia terapéutica y desarrollando los procedimientos necesarios para poner en marcha los procesos previstos en esta estrategia, durante las sesiones.

La habilidad del terapeuta para desarrollar las metodologías necesarias para el cambio terapéutico en el proceso particular de cada paciente, es un factor clave para el éxito de la psicoterapia.

I. LA EFICACIA TERAPÉUTICA Y EL TERAPEUTA

1.1 FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA EFICACIA TERAPÉUTICA

Algunas investigaciones acerca de los resultados terapéuticos integran diferentes elementos correspondientes a variables del terapeuta. Las características y las habilidades importantes para el éxito varían según el rol que el enfoque terapéutico adjudica al terapeuta, incluso habrían diferencias personales entre terapeutas del mismo enfoque: “hay consenso en que existen diferencias entre los terapeutas y sus habilidades, lo que se relaciona con distintas tasas de mejoría...no todos los terapeutas serian igualmente efectivos” (Bergin, 1964, Garfield, 1981 en Cáceres et al., 1989, p.4).

1.2 EFICACIA TERAPÉUTICA LIGADA AL MÉTODO

El rol del terapeuta está determinado por el enfoque, el cual define para su terapia: las metodologías, las técnicas, los procesos el rol del terapeuta y que se entenderá por eficacia de la terapia.

El rol del terapeuta ha sido caracterizado de múltiples maneras, desde diversas perspectivas clínicas, acorde en parte al enfoque que adscribe el investigador. Jutorán (2005), plantea un isomorfismo entre el modelo terapéutico y el modelo de formación. En la formación del terapeuta se insta a que éste conforme su experiencia integrando lo emocional, su sistema de creencias y sistema cognitivo (Jutorán, 2005). Este alineamiento entre la formación y la práctica configura lo que el terapeuta hará con el paciente en sus sesiones de psicoterapia.

Este es otro aspecto relevante de la investigación en eficacia terapéutica, la metodología en la terapia, lo que Wampold (1997) conceptualizó como “estudiar lo que realmente pasa en la psicoterapia”, evaluando cómo los constructos teóricos tienen una aplicación genuina.

Pese a la incidencia del enfoque teórico en la formación de determinadas características, consideradas como más centrales, algunos autores sintetizan un rol desvinculado a un determinado enfoque, universal a todo terapeuta. Es correcto que la diversidad de enfoques presenta diferencias en definir el rol, los procedimientos y el éxito de la terapia, no obstante, también presentan similitudes. Todos los terapeutas

escuchamos a nuestros pacientes, clientes o sistema consultante, los tomamos en serio y los respetamos; somos sensibles a su sufrimiento y hacemos lo posible desde nuestro entendimiento para que logren encontrar alivio en aquello que los aqueja. (Zlachevsky, 1996, p.2).

Lo anterior resume “el espíritu” de la labor terapéutica, connotando la receptividad de las emociones del paciente.

Las técnicas en la psicoterapia se han sistematizado altamente en la actualidad, y se han explicitado para entrenar terapeutas, lo que permite aislar diferentes variables que

inciden en el éxito terapéutico: “el avance de la investigación ha permitido manualizar los modelos terapéuticos de forma tal que el nivel de competencia en la aplicación de las técnicas ha podido aislarse como una variable del terapeuta” (Feixas y Miró 1993, en Rodríguez y Bello, 2003, p.3). Los autores señalan la existencia de estudios que muestran una correlación positiva de la competencia del terapeuta en el manejo de técnicas terapéuticas con variables de éxito terapéutico, y constatan la influencia de la formación y de la práctica en el manejo de las técnicas (Feixas y Miró 1993, en Rodríguez y Bello, 2003), en vez de asociar el éxito con habilidades personales difusas e imprecisas. Esta correlación se incrementaría en la medida en que la práctica se realice de manera lo más similar posible a la labor terapéutica real, con material instructivo detallado, claro y pertinente.

Conjuntamente con los elementos considerados que contribuyen al éxito de la terapia, tales como las variables del paciente, de la relación terapéutica, de las técnicas en psicoterapia y del contexto terapéutico, la persona del terapeuta adquiere relieve en las investigaciones. A inicios de la década del 2000 se generó una multiplicidad de investigaciones orientadas a esclarecer cuáles variables determinan el éxito de la terapia, lo que derivó en la formación de una comisión denominada Task Force (con Castonguay, de la North American Society for Psychotherapy Research -NASPR- y Beutler, de la División 12 de la American Psychological Association -APA-). En su diseño original, la comisión supone que la evidencia empírica apunta a tres grupos de variables interactivas entre sí: elementos relacionados con las técnicas de tratamiento, elementos asociados a los participantes en el proceso clínico y elementos de la relación terapéutica. Se intentó determinar la influencia que cada grupo de variables tiene sobre la eficacia terapéutica para posteriormente integrar tales contribuciones específicas en la formulación de ciertos principios de cambio. Suponían poder recoger principios que fueran comunes a cualquier intervención terapéutica, con independencia de cual fuese el enfoque teórico a su base (Montaño, 2008). Sus conclusiones se recogen en el libro *“Principles of therapeutic change that work”* (Castonguay y Beutler, 2006). El libro muestra los principios del cambio terapéutico comunes y específicos asociados a cuatro grupos de problemas psicológicos, que incluyeron trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y trastornos por abuso de sustancias.

Lo anterior grafica intentos de investigadores para poder extraer delineamientos comunes y exitosos para la labor terapéutica independientemente del éxito, pero, en general,

se asume que la metodología orientada por el encuadre teórico dado por el enfoque clínico del terapeuta tiene efectos ostensibles en los resultados terapéuticos. La relación terapéutica sería otro ámbito fuertemente ligado al método que adscribe el terapeuta en su accionar. Al definir las acciones terapéuticas durante las sesiones, la metodología también define el encuadre clínico, y por lo tanto, se enlaza todo con el paradigma a la base.

1.3 EFICACIA TERAPÉUTICA EN EL MODELO CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVO

En el enfoque Constructivista-Cognitivo, el rol del terapeuta consiste en ser facilitador del cambio terapéutico. Este cambio permite al paciente conseguir “un mayor grado de inclusión de perturbaciones y demandas ambientales, manteniendo un sentido del sí mismo único, coherente y continuo en el tiempo”. Tal proceso requiere que el paciente elabore las perturbaciones y demandas ambientales de manera más abstracta, flexible y proactiva, siendo un proceso de reestructuración del sí mismo y la realidad, en el que contribuye (en cierto modo a manera de ensayo) la experiencia de la psicoterapia, ayudando al paciente a experimentarse a sí mismo y a los demás de maneras diferentes (Cortés y Kusanovic, 2002).

El cambio terapéutico se produciría, por ejemplo, cuando se logra un nivel mayor de flexibilidad (como se expresaría en las dimensiones operativas) para que el paciente sea capaz de integrar la mayor cantidad de discrepancias en su experiencia y logre así mayor funcionalidad. Safran y Seagal (1994) definen el proceso mediante el cual se produce el cambio terapéutico, indicando diversos modos de activar los mecanismos de cambio en las personas que acuden a psicoterapia (Safran y Seagal, 1994). La investigación en psicología clínica se orienta a “clarificar los mecanismos a través de los cuales operan determinadas intervenciones específicas” (Safran & Segal, 1994, p.23), intentando descubrir los mecanismos subyacentes relacionados con el cambio terapéutico. Es relevante diferenciar entre el operar del terapeuta, es decir, las intervenciones terapéuticas y los mecanismos por los cuales opera, refiriéndose el autor a los procesos en los cuales el terapeuta se involucra, mediante la relación paciente-terapeuta desplegada en sesión. Los métodos, estrategias, técnicas o procedimientos en psicoterapia son sólo herramientas para acceder a determinados procesos “del” paciente o “con” el paciente. Yáñez (2005) coincide en que la labor del terapeuta es facilitada por los constructos teóricos y las técnicas de su enfoque terapéutico, y las habilidades congruentes, posibilitándole aplicar una serie de “estrategias concordantes y ajustarlas a las demandas específicas de un paciente en cuestión” (Yáñez,

2005, p.70). Como ya se mencionó, la teoría enmarca y orienta el accionar del terapeuta en sesión tanto como el encuadre de la psicoterapia. La eficacia del terapeuta se constata “en una serie de competencias técnicas y personales que son el resultado complejo de una formación clínica que lo capacita para ejercer la psicoterapia y que, al mismo tiempo, lo provee de una identidad como psicoterapeuta” (p.161). Cómo se forma el terapeuta es producto de los conocimientos adquiridos en términos de formación de un sistema de creencias respecto a la terapia, tanto como del modelamiento de su percepción acerca de los complejos procesos que involucran al ser humano, su concepción de aquél.

La eficacia en la gestión del terapeuta puede ser explicada como resultante de la competencia interpersonal de aquél. Esto se entiende partiendo de los procesos de cambio terapéutico en el enfoque Constructivista-Cognitivo.

Un indicador de eficacia en la psicoterapia Constructivista-Cognitiva podría ser el constructo observado a nivel de los Esquemas Cognitivos Interpersonales (ECI) del paciente. El Esquema Cognitivo Interpersonal corresponde a

“una estructura cognitiva que le permite al sujeto conocer y ordenar la realidad. Se formaría en la infancia, a partir de las pautas de interacción que el individuo establece con sus figuras significativas y que están constantemente reactualizándose en la vida cotidiana” (Safran y Segal, 1994)

Estos ECI son desplegados en sesión por el paciente y captados por el terapeuta. En primera instancia y más allá de los objetivos terapéuticos específicos del paciente, el terapeuta debe poner en juego una gama de competencias terapéuticas que le permitan acceder al Esquema Cognitivo Interpersonal del paciente, en curso durante la sesión. Este ECI es manifestado en el emergente como emociones en torno a la experiencia inmediata en la terapia (eje sincrónico), que involucran el operar de un determinado Ciclo Cognitivo Interpersonal del paciente con el terapeuta.

El Ciclo Cognitivo Interpersonal (CCI) consiste en el modo de operar del ECI, y corresponde a

“la manera en que el sujeto actúa en el mundo, a partir de su estilo personal y su auto concepto en un patrón recurrente de conducta interpersonal. Este proceso de

interacción con los demás se auto refuerza y se auto perpetúa en el tiempo, ya que este estilo lleva a los otros a relacionarse complementariamente con el sujeto. De este modo, su operar se va rigidizando, pudiendo volverse disfuncional". (Safran y Segal, 1994).

Los relatos del paciente en torno a sus relaciones significativas (eje diacrónico) aportan indicios de los Ciclos Cognitivos Interpersonales (CCI) en que opera, pero de un modo más indirecto, por lo cual se requiere acceder a tales Ciclos Cognitivos Interpersonales de forma más directa. Los terapeutas con menor experiencia en el modelo de psicoterapia Constructivista-Cognitiva deben aprender a diferenciar, en el relato del paciente y en el emergente en terapia, *la forma particular en que el paciente genera significado a su propia experiencia (afectiva y cognitivamente) desde la experiencia misma*. De este modo, el terapeuta es capaz de detectar la forma de funcionamiento del paciente respecto de sus relaciones interpersonales significativas.

Dado que el Ciclo Cognitivo Interpersonal involucra cogniciones, emociones y tendencias a la acción del paciente, interconectadas entre sí en un proceso único y simultáneo de significación de su experiencia en curso, resulta necesario que el terapeuta acceda a aquel funcionamiento particular a través de la forma, característica de él mismo, de complementar el Ciclo Cognitivo Interpersonal del paciente con sus propias emociones en curso durante la sesión. De este modo, el terapeuta lograría una mayor comprensión de los procesos del paciente que se encuentran en el origen de la disfuncionalidad, presentada en sesión como el síntoma que lo lleva a terapia. Se entendería el síntoma como la expresión de una falla en la funcionalidad del paciente para incorporar las discrepancias en su experiencia a su modo particular de explicar ésta (ECI).

En general, el cambio terapéutico ocurre en el proceso en cual el paciente toma conciencia de su operar y su particular modo de significar y emocionarse frente a la realidad Guidano (1994) y Greenberg (1996). Las condiciones para que tal proceso de cambio ocurra, tales como la comprensión racional o el análisis conceptual, son insuficientes si no incluyen "experimentarse a sí mismo y a los demás de nuevas maneras" (Vergara y Gaete, 1999), proceso central en la estrategia terapéutica del enfoque Constructivista-Cognitivo.

1.4 VARIABLES DEL TERAPEUTA

Independientemente del enfoque teórico de los autores que realizan estudios sobre eficacia de la psicoterapia, lo concreto es que no es posible desconocer que el psicoterapeuta debiera hacer acopio de ciertas características que evidencien una determinada habilidad, fundamental para la eficiencia en la psicoterapia, "...las variables personales del terapeuta son críticas para el cambio por sobre los modelos que sustenten" (Zagmutt, 2008, p.25). El estilo del terapeuta y su capacidad de toma de decisiones en psicoterapia son un ejemplo de factores críticos en psicoterapia.

En la investigación clínica se ha estudiado las habilidades del psicoterapeuta debido a que estas se asocian con un aumento en la probabilidad de éxito en la terapia. Como se concluye en un estudio en torno a los resultados de la psicoterapia de Lambert (en Rodríguez y Bello, 2003), habría un efecto ocho veces mayor de las variables asociadas al terapeuta (tales como las competencias y características personales de aquel) frente a la orientación teórica o las técnicas de tratamiento a las que adscribe el terapeuta, en el resultado de la psicoterapia. (Rodríguez y Bello, 2003).

Los estudios que han investigado cuáles son las habilidades del terapeuta más relacionadas con la eficacia terapéutica, incluyen éstas en lo que se denominó factores o variables inespecíficas en la psicoterapia, "junto con las variables asociadas al paciente y a la relación terapéutica, se situarían los factores del psicoterapeuta" (Francés, Sweeney & Clarkin, 1985; Garfield, 1981; en Santibáñez et al, 2008). Las variables inespecíficas fueron así caracterizadas dada la dificultad de aislarlas entre sí, "las características del terapeuta interactúan de forma compleja con las características del consultante, lo que dificulta la discriminación acerca de lo que realmente aporta cada uno de estos actores al proceso psicoterapéutico (Roussos, 2001, p.10). El concepto de "variable inespecífica" podría entrar en desuso en la medida en que los hallazgos en investigación clínica han logrado aislar y definir éstas variables y sus efectos específicos.

Otro estudio orientado a detectar y analizar las variables del terapeuta más asociadas al éxito en la psicoterapia, es un estudio chileno (Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Iribarra et al, 2008, p.5), el cual menciona varios trabajos empíricos realizados sobre el tema, tales como los estudios de Luborsky y cols. (1979) y los de Strupp (1978) (en Santibáñez et al., 2008), en los cuales se comenzó a investigar de forma sistemática las características y el

rol del terapeuta. Otro estudio chileno sobre variables inespecíficas en psicoterapia (Cáceres, Fernández, Sanhueza y Winkler et al., 1989) clasifica las variables asociadas al terapeuta en aspectos relevantes para el quehacer terapéutico, señalando como características del terapeuta que son relevantes: actitud, personalidad, habilidades, nivel de experiencia, y bienestar emocional del especialista (Cáceres et al, 1989, p.4).

En un estudio basado en las atribuciones de los propios terapeutas, Cornejo (2002) obtuvo varias características asociadas al éxito del tratamiento atribuidas a factores del terapeuta, destacando: “empatía, compromiso, responsabilidad y experiencia”; y alude también a variables asociadas al fracaso del tratamiento, “atribuido en primer lugar a factores del terapeuta, entre los que sobresale, la limitación personal”. (Cornejo, 2002, p.91). La autora de esta investigación no especifica a que se refieren los terapeutas del estudio con limitación personal, pero resulta relevante que aparezca autocrítica sobre el fracaso en terapia, manifestando conocimiento de las propias limitaciones más allá de lo técnico o teórico. Al estar este estudio basado en atribuciones de los propios terapeutas, enfatiza que la discusión sobre la necesidad de perfeccionamiento personal continuo de los terapeutas ya está instalada en la búsqueda de una psicoterapia eficaz. El rol que adjudica al terapeuta el enfoque terapéutico produce una variabilidad aún mayor en las habilidades y características descritas como importantes para el éxito. No obstante, también habrían diferencias personales entre terapeutas del mismo enfoque: “...hay consenso en que existen diferencias entre los terapeutas y sus habilidades, lo que se relaciona con distintas tasas de mejoría. Es decir, no todos los terapeutas serían igualmente efectivos” (Bergin, 1964, Garfield, 1981 en Cáceres y cols., 1989, p.4).

En vez de catalogar características terapéuticas, lo cual se extiende tanto según cuantos terapeutas aporten en enumerarla, se requiere aclarar los límites entre lo técnico en el accionar del terapeuta y el aporte personal. Se debe lograr un equilibrio para desarrollar el rol de terapeuta sin perder la autenticidad, siendo importante que el terapeuta mantenga “un equilibrio entre actuar de acuerdo con su rol y actuar de una manera expresiva y espontánea que permita el desarrollo de un vínculo de mutua identificación” (Santibáñez et al, 2008, p.5). El estilo del terapeuta en su accionar en terapia es independiente del enfoque al que adscribe. La autora concuerda con los autores en basar la actitud terapéutica en el respeto, “la actitud de respeto por el consultante constituye la actitud básica que el terapeuta debe mantener” (Gondra, 1984, en Santibáñez et al, 2008, p.5). El respeto puede ser definido de

diferentes formas desde distintos enfoques teóricos, pero se podría describir como un elemento central del constructivismo, resumido en las actitudes técnicas de abstención, neutralidad y receptividad, las cuales suponen la aceptación del paciente, de su modo particular de significar su propia experiencia, tendiendo e depurar la terapia eliminando contenidos que no corresponden a éste y focalizándose exclusivamente en ellos. Esta actitud se acompaña por una tonalidad afectiva y disposición hacia el otro particular, como señaló Rogers: "...la actitud terapéutica esté caracterizada por calidez, aceptación incondicional, autenticidad y congruencia, y de forma principal, por empatía" (Rogers, 1957; en Santibáñez et al, 2008, p.5).

1.5 EL TERAPEUTA COMO VARIABLE EN EL CONSTRUCTIVISMO-COGNITIVO

En el enfoque Constructivista-Cognitivo, una de las características personales del terapeuta, que contribuiría a incrementar su efectividad terapéutica sería la empatía. Como describe Zagnutt, "la capacidad empática del terapeuta parece ser una condición fundamental para poder dirigir la atención del paciente a aquellos aspectos de su vivencia que a éste le son imposibles de integrar" (Zagnutt, 2008, p.25). En varios estudios se estima más valiosa la capacidad de empatía que variables tales como la calidez, autenticidad y aceptación incondicional (Rogers, 1959; Lambert y Bergin, 1983; Lafferty, 1989, en Cornejo, 2002). Dobry (2005) concluye que los terapeutas efectivos poseen grandes habilidades para establecer una buena relación terapéutica con sus pacientes. Se considera la relación terapéutica significativa como base del proceso terapéutico. La habilidad interpersonal incide en otra variable fundamental para el cambio: la relación terapeuta-paciente. En el enfoque, la relación terapéutica es un vehículo para el cambio por cuanto es el sustrato para el despliegue de los Ciclos Cognitivos Interpersonales del paciente y del terapeuta.

Otro elemento relevante en la psicoterapia es el cumplimiento de un rol del terapeuta que esté acorde a la teoría que sustenta la labor terapéutica de aquél. En el enfoque constructivista cognitivo, el rol del terapeuta adquiere mayor centralidad, constituyéndose en un elemento esencial para la eficacia de la terapia. La forma en que el terapeuta se maneja en la psicoterapia interactúa con lo que el paciente percibe y elabora:

el terapeuta evitará escrupulosamente afrontar las emociones perturbadoras con una actitud crítica y/o preocupada que inevitablemente confirmaría al usuario el sentido de

extrañeza con que habitualmente él mismo percibe esas emociones, y por tanto le reduciría adicionalmente la posibilidad de que llegue a asimilarlas (Neimeyer, 1992, en Rodríguez y Bello, 2003, p.6).

En este plano, el terapeuta constructivista cognitivo debería cautelar cada una de sus conductas en la terapia, de modo tal que ésta incluya, acoja y elabore tan sólo contenidos *del paciente*, definiéndose por ello al terapeuta como un perturbador estratégicamente orientado, es decir,

un profesional de la ayuda que, al realizar la tarea técnica de modificar los patrones de autoconciencia del usuario, se mantiene extremadamente atento para utilizar oscilaciones emocionales en curso, detectadas en el contexto terapéutico interpersonal, a fin de facilitar la comprensión por el usuario de lo que se está reconstruyendo (Neimeyer, 1992, en Rodríguez, y Bello, 2003, p.6).

Bajo tal perspectiva, las características del terapeuta son un elemento clave para el desarrollo de la psicoterapia constructivista cognitiva, ya que permiten que la relación paciente-terapeuta se constituya en un eje fundamental del cambio terapéutico. El manejo de la relación terapéutica se concentra en la dinámica relacional que emerge "in situ". Las características del terapeuta se orientan a generar un cambio terapéutico basado en producir en la sesión acontecimientos cargados de emoción, por lo cual serían, fundamentalmente, características personales "tales como ser un buen abductor, capaz de hipotetizar, para estar en permanente generación de preguntas e interrogantes susceptibles de verificar en torno a los procesos psicológicos que surgen en la interacción con el paciente" (Cayazzo y Vidal, 2002, en Dobry, 2005, p.57).

II. EL CAMBIO COMO OBJETIVO DE LA PSICOTERAPIA

Antes de plantear las competencias, que incluyen, entre otras, habilidades, características personales y destrezas que se consideran relevantes para el terapeuta en el enfoque Constructivista-Cognitivo, convendría revisar las particularidades de este enfoque, en la medida en que éste representa un cambio de paradigma terapéutico donde se transforma la mirada del paciente, del proceso de psicoterapia y del rol del terapeuta. Watzlawick y Nardone (1992, en Gutiérrez y Varela, 2009), manifiestan este cambio paradigmático en su descripción de rupturas (en sus propios términos, “herejías”). Este cambio iría desde concebir la existencia de una realidad única y externa al paciente (postura positivista), a la existencia de múltiples realidades, “tantas realidades como puntos de observación e instrumentos empleados para observar” (Nardone & Watzlawick, 1992, en Gutiérrez y Varela, 2009, p.13). La psicoterapia no constituiría una instancia para descubrir, o *descubrirle*, la verdad o “la normalidad”, al paciente. La terapia se concentraría en los comportamientos del paciente y en la funcionalidad de éstos. El “problema” del paciente, lo sería contextualmente, frente al entorno de éste. (Watzlawick y Nardone, 1992, en Gutiérrez y Varela, 2009). La realidad se accede desde, y a la vez equivaldría a, el conocimiento, que “es un orden interno que cada organismo da, según su propia estructura, al cúmulo de perturbaciones internas que se disparan en su interior como resultado de sus interacciones con el ambiente” (Balbi, 1997, p.4). Es posible mencionar los síntomas, los cuales corresponden a perturbaciones no asimiladas en el concepto de sí mismo, en determinado momento de la vida del paciente, por lo cual su modo habitual de operar en el mundo se vuelve disfuncional.

El modo en que una persona enfrenta su entorno y realiza el aprendizaje durante toda su vida, para desarrollarse como individuo, es abordado en la teoría clínica constructivista-cognitiva como un modo de adquisición del conocimiento. Se entiende éste como el procedimiento a través del cual la persona interactúa con su entorno, asimilando las discrepancias que lo perturban. La discrepancia se manifiesta en emoción, “cuando algunas emociones no pueden ser asimiladas, la percepción de esta discrepancia actúa como el gatillador principal para diferenciar nuevos dominios emocionales a lo largo del continuo entre límites de significado” (Guidano, 1987, p.49).

El conocimiento tiene dos características relevantes para la concepción de realidad: la primera es que éste “es activo y proactivo. El conocer no se iguala a corresponder a una verdad objetiva” (Zagmutt, 2004, p.459). La segunda implica que el conocimiento “es auto-organizado. La construcción de una realidad personal es interdependiente con el mundo externo a la vez que subordinada a la mantención de un sentido de continuidad experiencial” (p.459). La psicoterapia, tradicionalmente orientada a traspasar al paciente juicio de realidad para que éste se ajuste adaptativamente a ella (paradigma positivista), en el enfoque constructivista-cognitivo se orientaría hacia los procesos en los cuales esta inserto el paciente, “ya no se busca las causas profundas del problema a través del *por qué*, sino que se da paso al *cómo* funciona y *cómo* se puede cambiar la situación de malestar” (Nardone & Watzlawick, 1992, en Gutiérrez y Varela, 2009). La psicopatología, o síntoma, se convertiría en queja terapéutica. Es el mismo paciente quién constata una falla en la funcionalidad de su propia conducta, “estaría determinado por la percepción de realidad del consultante, por lo que se trabaja con el sistema perceptivo-reactivo rígido del sujeto y se intenta romper las soluciones ensayadas que perpetúan el problema” (Nardone & Watzlawick, 1992, en Gutiérrez y Varela, 2009, p.4). Este sistema interno rígido que genera síntomas, debería ser reorganizado en la terapia. El psicoterapeuta “está focalizado en generar las mejores condiciones posibles para gatillar una reorganización (Ferrer y Zagmutt, 2003).

De este modo, el cambio terapéutico es redefinido y la terapia reencauzada, hacia un proceso en el cual paciente y terapeuta se involucran en una relación terapéutica, centrada en realizar “una exploración colaborativa de la experiencia del paciente y definida como una relación de trabajo entre dos iguales, uno de los cuales es experto en la mente humana y el otro el único experto posible de sí mismo” (Zagmutt, 2004, p.465). El terapeuta, está focalizado en crear las condiciones óptimas para estimular una reorganización, las cuales podrían “generarse en el seno de una relación terapéutica realmente comprometida”, siendo este último un atributo de la terapia, el cual exige

una permanente disposición del terapeuta a simular los procesos del paciente, representándose el cómo puede este estar viviéndolos como observador, y operar sobre el sistema paciente de acuerdo a este criterio de referencia al mundo interior del paciente. Las condiciones consisten en llevar al paciente a experimentar eventos afectivamente cargados y generar una condición auto referencial en que le sea imposible dejar de reconocer como propios los aspectos emotivos que emergen en este trabajo (Ferrer y Zagmutt, 2003, p.187).

Este objetivo terapéutico dibuja con claridad ciertas características del terapeuta, que son utilizadas como herramientas de procedimiento terapéutico, tales como “mantener la iniciativa y actitud activa, una gran elasticidad mental o flexibilidad, y la idea que para que ocurra el cambio deseado es requisito actuar y después de esto ocurre el cambio en el pensar o en la posición de observador” (Gutiérrez y Varela, 2009, p.4). Incluye la propia afectividad del terapeuta dentro de las condiciones generativas de cambio, fundamental para crear el efecto discrepante, siendo clave “la calidad del compromiso emocional del terapeuta en lo que dice o hace, evidenciando que participa en una relación real. (Ferrer y Zagmutt, 2003, p.187).

También en la experiencia de trabajo terapéutico grupal se ha evidenciado la necesidad de un terapeuta capaz de situarse en el esquema cognitivo de los pacientes, de manera flexible cognitiva y afectivamente. Gutiérrez, desde su experiencia con terapia grupal en depresión observando terapeutas, señala que éstos “debieron mostrar flexibilidad, acomodarse a las pacientes, a los temas propuestos por ellas y a sus características, lo que guió gran parte de las decisiones acerca de las técnicas y trabajos a realizar en las sesiones”. El autor concluye la necesidad que “el terapeuta se adapte a los pacientes y no como en los modelos tradicionales donde los pacientes deben adaptarse al terapeuta”. (Gutiérrez y Varela, 2009, p.12).

La utilización de la afectividad del terapeuta como herramienta exploratoria no significa que emociones del paciente y del terapeuta se confundan en el emergente, sino que su captación por el terapeuta contribuya a entender mejor al paciente. Safran y Segal, (1994) desarrollan el concepto “disciplina interior del terapeuta”, respecto a la conducta terapéutica, “no comportarse como si todo estuviera correctamente bien y aquí no ha pasado nada, sino estarlo de veras” lo que se conseguiría si el terapeuta se aplica “a centrarse en captar qué esquemas nos aplica {al terapeuta} y lo ventajoso de no reaccionar como esperan {los pacientes}” (Safran y Segal, 1994, p.).

La autora no pretende ser exhaustiva en la caracterización del terapeuta y del cambio terapéutico, sino asociar algunas características de éste con el cambio terapéutico en el enfoque constructivista-cognitivo, clarificando en parte como operan estas variables en la psicoterapia.

III. EL CONCEPTO DE COMPETENCIA TERAPÉUTICA EN EL MODELO CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVO

El enfoque constructivista-cognitivo conceptualiza a los elementos emocionales del terapeuta como un instrumento en sí mismo para la psicoterapia. Desde la terapia sistémica, Jutorán (2005) señala que ser terapeuta es “aprender a utilizarse a sí mismo como instrumento de trabajo”. La autora coincide en que la eficacia en la terapia dependerá del manejo y aplicación que el terapeuta haga de la teoría y la técnica, no obstante “el acento estará puesto en la persona del terapeuta, en sus procesos emotivos y cognitivos, en su capacidad imaginativa y en su propia historia en relación con el sistema que consulta” (Jutorán, 2005, p.58).

En el Constructivismo-Cognitivo (Yáñez, 2005), lo emocional es central para el cambio, “exige sobremanera la complicidad y el compromiso de la relación interpersonal como instrumento fundamental que permite crear las condiciones de cambio necesarias” (p.258). Lo interpersonal, la relación terapéutica, genera el contexto requerido para establecer las condiciones del cambio, “tanto a nivel de remisión sintomática como en la modificación de algunas estructuras profundas” (p.258). Aquello que investigaciones anteriores sobre eficacia de la psicoterapia denominaron “variables inespecíficas”, hoy se entienden como el principal factor responsable de este cambio. Lo interpersonal como conjunto de características personales del terapeuta constituye un ámbito de su labor tanto como del resto de su vida:

“las relaciones interpersonales son variables profundamente arraigadas en la constitución de la vida personal del terapeuta deben ser utilizadas técnicamente para la emergencia del cambio al mismo tiempo que las experimentamos como parte de nuestra cotidianeidad personal o las padecemos debemos hacer uso de ellas como variables técnicas implica un constante “estar dentro y estar fuera” de nuestro mundo experiencial, con el consecuente gasto de energía personal” (p.258).

Este “estar adentro y estar fuera” implica un esfuerzo cognitivo para bifocalizar la atención, pero también un esfuerzo afectivo, ya que el terapeuta debe disponerse emocionalmente y simultáneamente lograr distanciarse de su emoción, ya bien la detecte y comprenda en relación a su paciente.

La eficacia en la gestión del terapeuta puede ser explicada como resultante de la competencia interpersonal de aquél, definida como un

“Conjunto de talentos y destrezas teóricas y/o aplicadas, sobresalientes en un área específica del funcionamiento humano. Involucran al sujeto como una totalidad, es decir, en los niveles de actividad conductual, emocional y cognitivo, y son el resultado de cuatro componentes: conocimiento, habilidad, actitud y autoconcepto” (p161).

La competencia interpersonal, en sus cuatro ámbitos, orienta tanto el accionar del terapeuta, como su rol durante las sesiones, dejando de lado otros papeles y necesidades de aquél.

Hay una serie de requisitos que son fundamentales para que el terapeuta utilice sus emociones instrumentalmente para poder realizar los procesos terapéuticos anteriormente descritos. En este estudio, la autora concentró su análisis en una competencia particular, la cual permite cursar un procedimiento terapéutico en sesión orientado a lograr la comprensión del ECI del paciente: la Exploración-Experiencial.

La Exploración-Experiencial actúa en el eje diacrónico, es decir, indaga sobre elementos externos a la terapia, contenidos traídos desde otras relaciones interpersonales del paciente. Sin embargo, esta técnica se diseñó para provocar una evocación detallada, asociada a la memoria episódica, en la cual el foco está puesto en detallar la situación (formando en cierto modo un cuadro exhaustivo del suceso). Permite al paciente disminuir cualquier resistencia, y contactar con aquella experiencia relatada, lo que podría reeditar el emocionar en aquella situación, o le permitiría un descentramiento, en el sentido en que señalan Safran y Segal (1994). Implicaría una capacidad del paciente (y de los terapeutas) para realizar aportes a la situación que él relata, diferenciando entre el acontecimiento y su reacción, o en términos experienciales, entre la experiencia y la explicación. Al respecto Dobry señala: “La técnica de Exploración Experiencial lleva a un descubrimiento de nuevos aspectos del Sí Mismo que no estaban plenamente concientes, y que están influyendo en la manera de reaccionar, percibir y sentir las situaciones, de tal manera que es un instrumento de autoconocimiento (insight)” (Leiva y Vásquez, 1999). De manera similar, el terapeuta accede instrumentalmente a sus propios Ciclos Cognitivos Interpersonales, permitiéndole un conocimiento que le facilita el desenganche de aquellas emociones con las cuales se ha involucrado en el Ciclo Cognitivo Interpersonal de su paciente. Asimismo, si se pone en

práctica este ejercicio, en ambos roles (paciente y terapeuta), esto permite obtener un ensayo más exhaustivo y una perspectiva más amplia acerca del acople de ambos Ciclos Cognitivos Interpersonales, y de este modo se puede practicar el descentramiento.

Considerando las técnicas procedurales del modelo, es importante una ruptura de la cotidianidad, “para desplegar el encuadre profesional necesario para sostener la relación interpersonal psicoterapéutica” (Yáñez, 2005, p.258). Las actitudes a la base del encuadre de la terapia, permiten esta ruptura y salvaguardan el delicado equilibrio del contexto, el cual sostiene las condiciones para el cambio. Este contexto especial lograría que el terapeuta realice intervenciones técnicas que no sean conductas de “acting out”, dado que éstas podrían interferir con las condiciones de cambio (p.258). El accionar del terapeuta debe ser tal, que le permita involucrarse hasta cierto punto con su paciente, pero lograr la distancia necesaria para desengancharse. El terapeuta fluctúa entre dos roles interpersonales, el natural “como si” y el rol técnico, pero sin actuar de modo natural o “de otra manera resultaría interferente con la oferta de posibilidades de cambio para nuestros pacientes” (p. 286). Esta aparente contradicción

“se ve desplazada o puesta en una especie de paréntesis fenomenológico demandada como instrumento de evaluación del estado de situación de la relación interpersonal terapéutica sin poder dar cauce al acto natural consecuente con esa evaluación, sino que siempre es considerado con el estado natural consecuente del paciente” (p.287).

En esta situación, estando el síntoma patente e intenso aún, ofrecer un Aparato Psíquico Auxiliar provisorio permite al paciente sostenerse frente a lo que la teoría denomina “amenaza primaria esencial, y que es responsable de la movilización de la angustia durante el curso del proceso terapéutico” (p.287). Es decir, el terapeuta instrumentaliza su disposición afectiva en pro de obtener acceso a los Ciclos Cognitivos Interpersonales, pero simultáneamente debe movilizar todos sus recursos personales para sostener al paciente en su proceso, momentáneamente siendo disfuncional. La demanda emocional de la psicoterapia al terapeuta “supone un desgaste personal significativo y que la formación dedicada y delicada profesional, debe tratar de disminuir al máximo este costo a través de la formación de competencias profesionales claramente definidas” (p.287), lo que sería crucial para evitar exponerse al desgaste (burnout), porque impediría “manejar la relación interpersonal como un instrumento de apoyo y cambio” (p.287).

Yáñez señala directamente el “desentendimiento de los estados emocionales turbulentos del terapeuta”, como parte de los factores de autocuidado e higiene profesional, que potencian la utilización de la emoción al interior de la terapia (Yáñez, 2005, p.293). Ser sensible a las emociones intensas provocadas en la psicoterapia, es una herramienta técnica que permite el acompañamiento del paciente, siendo “el material que da la oportunidad para elaborar una perspectiva narrativa alternativa a las del paciente es la dinámica, el material y, al mismo tiempo, la técnica, que está a la base del proceso terapéutico” (p.293). El logro del dominio técnico de la capacidad de enganche y desenganche emocional es crucial para el mantenimiento de la relación terapéutica y para el uso adecuado de las técnicas procedurales.

Se requeriría lograr un equilibrio para desarrollar el rol de terapeuta sin perder la autenticidad, en palabras de Santibáñez “la tarea del terapeuta sería mantener un equilibrio entre actuar de acuerdo con su rol y actuar de una manera expresiva y espontánea que permita el desarrollo de un vínculo de mutua identificación” (Santibáñez et al, 2008, p.5). La alianza terapéutica se sustenta en parte en esa autenticidad del terapeuta en la relación, percibida por el paciente.

Otra función importante del terapeuta consiste en focalizarse en crear condiciones óptimas para estimular una reorganización de la significación del paciente, las cuales podrían “generarse en el seno de una relación terapéutica realmente comprometida”, atributo de la terapia que demanda al terapeuta disponerse durante la sesión para simular los procesos del paciente, un rol de observador capaz de representarse cómo el paciente vivencia estos procesos, y simultáneamente actuar en relación al paciente de manera acorde al criterio de referencia al mundo interno que se ha formado de él. De este modo se contribuye a crear las condiciones para el cambio.

“Las condiciones consisten en llevar al paciente a experimentar eventos afectivamente cargados y generar una condición auto referencial en que le sea imposible dejar de reconocer como propios los aspectos emotivos que emergen en este trabajo” (Ferrer y Zagmutt, 2003, p.187).

Especificar las demandas al terapeuta en el modelo permite extraer las competencias necesarias para que éste sea competente. Yáñez (2005) señala que un

adecuado entrenamiento en psicoterapia Constructivista-Cognitiva debiera considerar el desarrollo de las cuatro variables que conforman el concepto de competencia: Conocimiento, Habilidades, Actitud y Autoconcepto.

3.1 COMPONENTE CONOCIMIENTO

La variable de conocimiento demanda un nivel exigente de dominio teórico en el enfoque. No basta conocer, sino internalizar “un conjunto de contenidos conceptuales que se expresan en dispositivos cognitivos, acerca de un determinado campo del conocimiento” (Yáñez 2005, p.161). El dominio teórico implica también alcanzar el manejo de los conocimientos. En el terapeuta Constructivista-Cognitivo, los dispositivos cognitivos incluyen la formación previa general como psicólogo, el manejo conceptual de la metateoría Constructivista-Cognitiva y el dominio conceptual del conocimiento especializado que implica una teoría clínica (p.161).

Este conocimiento de la teoría clínica se divide en tres grandes categorías:

“la evaluación de variables psíquicas del sujeto, a través de entrevistas clínicas y una extensa gama de pruebas psicológicas; el conocimiento en torno a los conceptos de normalidad y anormalidad, y su clasificación en niveles psicopatológicos o desórdenes de personalidad; y una amplia gama de propuestas psicoterapéuticas” (p.162).

A partir de éstos tres núcleos se conforman los dispositivos cognitivos con los cuales se logra la comprensión fenomenológica del paciente, permitiéndole además obtener criterios para actuar en terapia y poder “trabajar sobre el nivel de la explicación, en la dinámica de su propia mismidad y de la de su paciente” (p.162).

3.2 COMPONENTE HABILIDADES

Las habilidades son el componente de las competencias que se asocia más directamente a la formación y la experticia. Yáñez define las habilidades como “repertorios de acción que resuelven eficientemente las demandas operativas o técnicas de un área del

funcionamiento humano". En dicha definición, las habilidades abordan tres factores: los personales, los interpersonales y los profesionales.

Las habilidades profesionales se consiguen a través del proceso formativo, el cual modela en los aprendices los repertorios de acción necesarios para el manejo técnico, a partir de los repertorios propios del alumno, resultantes de su historia de vida personal. Esta formación cuida de potenciar los talentos previos (como la asertividad generativa) y de interferir contraindicaciones personales (como prejuicios muy arraigados).

Este componente de la competencia es factible de entrenar, dado que todas las habilidades pueden ser aprendidas, siendo necesario un adecuado contexto formativo y procesos instructivos atingentes y eficaces.

Entre los factores personales se encuentra el estilo personal del terapeuta, abarcando sus "emociones, su modo de pensar y el comportamiento que despliega ante los demás" (p.163). Algunos elementos de este estilo pueden facilitar la formación, mientras otros pueden interferirla, por lo cual corresponde a la pericia de los formadores el detectar y modelar estos elementos en el proceso de enseñanza-aprendizaje. La estrategia consiste en lograr que el aprendizaje utilice sus fortalezas para compensar carencias o debilidades, a partir del desarrollo de actitudes que potencian el desarrollo personal del propio terapeuta.

Las habilidades son entrenables, no se requiere mayores prerequisites para lograr aprenderlas. Para este entrenamiento los formadores trabajan sobre las habilidades preexistentes, tales como habilidades comunicacionales o interpersonales, por ejemplo. Cabe atender a los elementos interpersonales, los que dan cuenta del propio ser del sujeto, siendo estos centrales para la intersubjetividad, y por ende, para la relación terapéutica y para la alianza terapéutica (Yáñez, 2005).

Respecto a las habilidades profesionales, éstas se instalan durante el proceso de enseñanza-aprendizaje en el cual se forman los psicólogos. Yáñez señala ciertas metodologías que se utilizan en la formación de habilidades profesionales:

Estas habilidades se originan en: a) los procedimientos específicos que describen las técnicas y las intervenciones, b) la relación entre los factores teóricos y los repertorios que

involucran, c) la práctica simbólica y concreta, d) el aprendizaje observacional de otros terapeutas, e) análisis, discusión y presentación de casos clínicos, f) la atención directa de pacientes, y g) la supervisión de casos (p.165).

En la formación, se entremezclan las características personales que trae el aprendiz con los componentes técnicos. Un ejemplo de lo anterior es la mantención del encuadre, la cual pone en marcha una serie de actitudes del terapeuta (por ejemplo: neutralidad, abstención, etc.), a las habilidades de manejo instrumental de la emoción (por ejemplo: enganche y desenganche técnico, descentramiento e inclusión, etc.) y a las habilidades comunicacionales y cognitivas, aplicadas a las intervenciones, por ejemplo.

3.3 COMPONENTE ACTITUD

Yáñez define la actitud como “la evaluación emocional que hace el sujeto del conocimiento y sus habilidades en esa particular área de actividad, lo que implica el nivel de motivación con que se expresa su conducta” (p.166). Éstas movilizan el desempeño en terapia y el modo de percibir el papel de su ámbito profesional (rol) en su vida y en la percepción social de otros. Los elementos actitudinales son transversales, siendo causa y producto de cómo se engarzan, en la persona del terapeuta y en su accionar, conocimientos, habilidades y el autoconcepto.

Las tres actitudes del terapeuta fundamentales en el enfoque Constructivista-Cognitivo se describen en Yáñez (2002) como intenciones, en consideración a la cualidad motivacional (dispone a acciones terapéuticas concretas) que el autor enfatiza en las actitudes del terapeuta (Yáñez en Gálvez, 2010). Estas actitudes son: Intención de Neutralidad, descrita por el Yáñez (2002) como una disposición del terapeuta a “recibir cualquier contenido por parte del paciente, independientemente de lo fuerte, traumático o extraño que le resulte”, sin responder de manera consecuente al impacto emocional recibido por estos contenidos. Se basa en la tendencia preexistente en el terapeuta a dejarse impactar por “los acontecimientos del mundo y de los demás” (p. 39) de manera que se gatilla en éste una reacción emocional y en su capacidad posterior de desengancharse de esa emoción y no responder de acuerdo a aquella. Es una predisposición a sostener una conducta y reacciones en pro de la estrategia terapéutica en reemplazo al actual natural.

La segunda actitud es la Intención de Abstención, que consiste en la disposición del terapeuta “para no desplegar contenidos personales durante el proceso terapéutico” (p.39), logrando dejar de lado elementos personales como su experiencia e historia, y no producir revelaciones personales que pudiesen causar efectos en el paciente o en la relación con este, y prevalecer en la terapia en el lugar de los contenidos del paciente (Yáñez, 2002).

La Intención de Receptividad es la puesta en marcha de todos los recursos del terapeuta (su dotación sensorial, cognitiva y emocional) para “mantenerse en conexión con su paciente y lo que ocurre en el contexto terapéutico” (p.39) de manera de focalizarse en los contenidos significativos del paciente, pudiendo en base a ello decidir “el tipo de intervención o técnica que concurra en algún momento del relato o del comportamiento del paciente dentro de la sesión” (p.39). Se relaciona con la capacidad de escucha activa.

La cuarta actitud, el Escepticismo, abarca la disposición del terapeuta a suspender el juicio, a no poner un juicio previo a lo que dice el paciente. No obstante, se diferencia de la ingenuidad a que no acepta ampliamente las categorías del paciente, sino que las pone en paréntesis hasta que el paciente mismo genere categorías alternativas desde las sugerencias del terapeuta, como conectar contenidos de una manera diferente.

3.4 COMPONENTE AUTOCONCEPTO

Este componente de la competencia es definido por Yáñez como

“la imagen que el sujeto ostenta en torno de sí mismo y ante los demás, como representante de una determinada área de acción. Lo que está en juego es la autoestima del sujeto, por lo tanto es el componente más difícil de manejar en un programa de desarrollo de competencias, dado que depende en buena medida de su estructura idiosincrásica (p.167)”.

Se podría decir que el modo en que el propio desempeño en psicoterapia es percibido por el terapeuta, conforma su autoconcepto, incluyendo la forma como éste percibe sus propias actitudes, conocimientos y habilidades terapéuticas (Yáñez, 2005), en función a los resultados de su gestión terapéutica.

El autoconcepto y las actitudes del terapeuta provienen de los procesos de mismidad de aquél y forman parte de su propia identidad personal.

La competencia del terapeuta se despliega en “la aplicación de técnicas, tanto operativas como procedurales, intervenciones terapéuticas, herramientas terapéuticas y manejo pertinente de la relación terapéutica a través del encuadre profesional y del proceso terapéutico” (Yáñez, 2005, p.168).

IV. EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS TERAPÉUTICAS

Se encontró escasos estudios orientados a diseñar métodos de evaluación de los resultados de la gestión del terapeuta. Tampoco habría instrumentos recientes estandarizados para la realidad de latinoamérica que evalúen globalmente el desempeño de los terapeutas, bajo el marco del enfoque Constructivista-Cognitivo. Lo que se ha intentado es generar evaluaciones parciales de ciertas características del terapeuta que afectan los resultados de la psicoterapia, o evaluar la gestión del terapeuta a través de encuestas de satisfacción de los clientes. Entre los primeros instrumentos se cuentan: el cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT), y el cuestionario de evaluación de empatía y el Cuestionario de actitudes del terapeuta (TASC-2), este último basado en el Therapist Attitude Questionnaire Short-Form (Neymeyer y Morton, 1997; en Brucato y Neymeyer, 2009).

El primero corresponde a la evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT), el cual es presentado por sus creadores como un constructo transversal a toda terapia, e incluye la descripción de “un conjunto de funciones integradas que en la práctica expresan las disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en juego en su ejercicio profesional (Fernández-Álvarez & García, 1998; Fernández-Álvarez, García, Lo Bianco & Corbella-Santomá, 2003; en Castañeiras, 2008).

Como constructo, el “Estilo Personal del Terapeuta” depende, en parte, del proceso de formación que éste ha recibido, y de los cambios en las condiciones de trabajo del terapeuta (Fernández-Álvarez et al., 2003). Ciertamente los escenarios donde se despliega la terapia modifican el accionar del terapeuta, desde el encuadre hasta las herramientas de trabajo, incluyendo el tiempo de las sesiones, su frecuencia, etc. Éstas son condicionadas en la atención de salud pública, por ejemplo. Más allá de ello, el estilo personal del terapeuta limita los alcances del enfoque teórico que éste sustenta, incluyendo la metodología utilizada y por ende, de sus acciones en sesión (Castañeiras, 2008). Asimismo, el ciclo vital o los momentos de transición de ciclos vitales que pudiese atravesar el terapeuta inciden en su estilo personal. En el modelo Constructivista-Cognitivo se puede apreciar que algunos terapeutas se sienten más cómodos cuando han debido aplicar la técnica Metacomunicación, mientras otros prefieren realizar Exploraciones Experienciales, e incluso hay quienes pudieran preferir respaldarse aún con mayor frecuencia en las técnicas operativas provenientes de la psicoterapia cognitivo-conductual.

El cuestionario EPT fue diseñado para evaluar dos dimensiones: lo técnico en psicoterapia y la relación terapéutica (Castañeiras, 2008). En palabras de la autora,

La primera dimensión hace referencia a los mecanismos atencionales de búsqueda y selección de la información y a las operaciones terapéuticas. La segunda, está asociada con los aspectos motivacionales, la relación terapéutica o los llamados factores comunes de la psicoterapia. Esto incluye la regulación emocional y el ajuste en el grado de involucramiento en la relación con el paciente y con la terapia.

Además de los rasgos de personalidad, los cuales tienen “un impacto sobre el proceso terapéutico e influyen sobre el resultado del tratamiento” (Castañeiras, 2008), la orientación teórica del terapeuta y el nivel de experiencia en psicoterapia van a ser preponderantes en los resultados de la terapia. El test incluye cinco subescalas: Instruccional, Expresiva, de Involucración, Atencional y Operativa (Fernández-Álvarez et al., 2003).

En diversos estudios en psicología clínica se ha investigado la relación entre variables del paciente y del terapeuta, como por ejemplo: relacionar factores de raza o de género entre paciente y terapeuta, con su incidencia en la alianza terapéutica. Más específicamente, algunas investigaciones buscan relacionar factores del paciente y del terapeuta con los motivos de consulta, como por ejemplo al relacionar género del paciente y del terapeuta en consultas por abuso sexual, más que evaluar la gestión del terapeuta desde su accionar durante las sesiones de terapia. La investigación posterior sobre el constructo Estilo Personal y sobre el cuestionario EPT mismo se ha orientado a establecer la estructura factorial del test, a generar prototipos de terapeutas para diferentes enfoques teórico y a relacionar perfiles EPT con los perfiles de los pacientes (Castañeiras, 2008).

Otra línea de investigación en el cuestionario EPT ha sido el “estudio del EPT como recurso formativo en los programas de entrenamiento en psicoterapia” (Castañeiras, 2008), la cual se orienta a diferenciar entre competencias naturales y adquiridas en los terapeutas (Beutler et al., 2004; Fernández-Álvarez, 2001; Hill & O'Brien, 1999). Se fundamenta en que el conocimiento de su propio estilo personal permitiría al terapeuta en formación trabajar y moldear éste para optimizar su calidad profesional (Castañeiras, 2008).

V. TÉCNICAS PROCEDURALES: LA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

5.1 MARCO GENERAL DE LA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

La psicoterapia en el enfoque Constructivista-Cognitivo cuenta con dos técnicas fundamentales para la estrategia del terapeuta en sesión: las técnicas procedurales Metacomunicación y Exploración-Experiencial. Estas son características del enfoque Constructivista-Cognitivo. Las técnicas procedurales, han sido definidas por Yáñez (2005) como “aquellas estrategias psicoterapéuticas que provienen de la metateoría y teoría clínica del modelo”, quién las relaciona con el accionar del terapeuta, en términos de que las técnicas procedurales “le dan el carácter propio al estilo de psicoterapia que representa” (Yáñez, 2005, p.104).

Asimismo, Yáñez caracteriza las técnicas procedurales en cuatro ámbitos de su función: primero, que el operar de las técnicas ocurre en un “proceso metódico de deconstrucción y reorganización de la experiencia del paciente, y de las explicaciones mediante las cuales atribuye un significado coherente desde su propio sentido de identidad” (Yáñez, 2005, p.104). Tal característica es preponderante al objetivo terapéutico del enfoque, el cambio terapéutico a través de la reestructuración del propio sentido del sí mismo del paciente, mejorando las dimensiones operativas de éste. Este es un objetivo de base para generar estrategias terapéuticas, las cuales se establecen en la relación paciente-terapeuta.

En segundo lugar, las técnicas procedurales sintetizan el desarrollo del modelo desde la raíz conductuales hasta la adscripción al paradigma constructivista (Yáñez, 2005). Esto es relevante dado que focaliza los esfuerzos del terapeuta en desarrollar una relación “como si” con el paciente que le permita el reordenamiento de la experiencia inmediata respecto de las explicaciones que el paciente se da, pero permite flexibilizar su operar para dar cabida a generar un modelamiento de elementos tales como distorsiones cognitivas acerca de sí mismos u otras conductas disfuncionales, desde el enfoque más clásico (Yáñez, 2005). En la estrategia se integran las intervenciones técnicas, como técnicas secundarias y sostenedoras, y las técnicas procedurales operando como técnicas centrales. En este sentido “el terapeuta puede hacer uso de las diversas técnicas, desplazándose en uno u otro sentido entre los paradigmas Conductuales y los paradigmas Constructivistas y desde una epistemología positivista a una constructivista” (Yáñez, 2005, p.105). La plasticidad de la

estrategia permite que las técnicas utilizadas sean funcionales a los requerimientos de cada caso, pudiendo abordar aspectos específicos y concretos del cambio, sin descuidar el objetivo central (reestructuración del propio sentido del sí mismo). La estrategia terapéutica en el enfoque tiene la plasticidad requerida para la utilización, secundariamente, de técnicas operativas, tales como las provenientes de la psicoterapia Cognitivo-conductual, pero manteniendo la centralidad de las técnicas procedurales, ya que son estas las que permiten acceder y movilizar procesos relevantes para el paciente.

La tercera característica de las técnicas procedurales del enfoque, es la amplitud del abordaje de los niveles de integración del paciente, incluyendo

“desde algunos procesos de tipo biológico, tales como la consideración de variables constitucionales, el apego, aprendizaje, nivel intersubjetivo, hasta el emocional y mental en el sentido de fenómenos como la dinámica de la mismidad, la autoconciencia, el inconsciente, la identidad, etc.” (Yáñez, p.105).

Esto permitiría al terapeuta una comprensión más amplia e inclusiva del paciente que le facilite “desarticular y rearticular comprensivamente la complejidad de la subjetividad y del sujeto, como individuo inmerso en la compleja dinámica con su realidad” (Yáñez, p.105). Esta es una característica facilitadora de la labor del terapeuta, pero también una demanda superior a la capacidad de aquél de atender simultáneamente y sumergirse en la realidad del paciente en todos los niveles de su múltiple complejidad.

La característica final de la funcionalidad de las técnicas procedurales es que éstas posibilitan al terapeuta acceder a una dinámica intersubjetiva con su paciente, en la cual se producen las condiciones para el cambio y la reorganización o reestructuración de la coherencia sistémica del paciente (p.105), objetivo básico del proceso de la psicoterapia en el enfoque Constructivista-Cognitivo.

La técnica procedural Exploración-Experiencial está orientada a la indagación clínica, a generar contenidos desplegados en sesión. En el origen de la técnica, Yáñez señala una vinculación con otras técnicas tales como la propuesta de

“Jeremy Safran (Safran, 1998; Safran & Muran, 1998; Safran & Segal, 1994), sobre descentramiento y desmentido experiencial dentro y fuera de la sesión; de Leslie

Greenberg, (Greenberg & Paivio, 2000; Greenberg, Rice & Elliott, 1996) respecto del despliegue evocador sistemático, y de Vittorio Guidano (Guidano, 1987 y 1994) sobre el método de autoobservación, la técnica de la moviola” (Yáñez, 2005, p.106) .

La Exploración-Experiencial opera en el eje diacrónico de la terapia, siendo la decisión de aplicarla una respuesta del terapeuta a su necesidad de aclarar algún elemento poco claro en el despliegue de contenidos del paciente durante la sesión, los cuales reflejan una situación ocurrida fuera de la terapia. Esta falta de claridad del relato del paciente se extrae de cuatro situaciones percibidas por el terapeuta, consistentes en las condiciones para la aplicación de la Exploración-Experiencial: a) Desde un relato del paciente con mucha conmoción emocional; b) Desde un relato confuso o ambiguo cognitivamente; c) Ambas condiciones anteriores juntas; y d) El terapeuta padece lo anterior a partir del despliegue del relato del paciente (Yáñez, 2011).

La indagación clínica de contenidos cargados de ipseidad, generalmente, es una acción y objetivo del terapeuta constante durante la terapia. Yáñez (2011) señala que esta indagación puede operar como una actitud o como una “intención de abreacción y cuestionamiento”. Como una actitud el autor se refiere a la disposición del terapeuta a buscar y remover contenidos, los cuales “discurren entre procesos de mantenimiento y de perturbación”, para incrementar el nivel de compromiso emocional del paciente en relación a sus propios contenidos, lo que Yáñez denomina “calentamiento de la cognición”(2011). No sería esto sinónimo de aumentar el reconocimiento o conciencia de tales contenidos, sino más bien generar un apropiamiento de cómo tales contenidos representan un modo de funcionamiento idiosincrásico propio, inherente al sí mismo, parte de mi propia identidad personal. El reconocimiento de sí mismo a través de los propios contenidos.

Tal proceso, en el cual el terapeuta se dispone actitudinalmente a movilizar contenidos, implica que aquél actúe con elevado compromiso de conciencia, logrando de este modo acceder al “manejo del diálogo, al conocimiento de los contenidos vitales y al funcionamiento del paciente” (2011-A). El terapeuta despliega para ello sus habilidades especializadas comunicacionales y destrezas de manejo de intervenciones técnicas. El objetivo es “conducir el dialogo y consecuentemente el relato del paciente hacia zonas ignoradas o evitadas del contenido que se despliega” (2011-A), accediendo a las escenas relatadas al detalle, a nuevos contenidos que pueden relacionarse con

aspectos habitualmente evitados por el paciente, y pudiendo revelar defensas o verificar éstas (Yáñez, 2011-A).

Cómo “intención de abreacción y cuestionamiento”, Yáñez se refiere al accionar específico del terapeuta, actuando como perturbador estratégicamente orientado, al detectar contenidos cargados de ipseidad desplegados por el paciente, o proponerlos al paciente el mismo, como resultado del proceso de pesquisa anteriormente descrito. Así es como el terapeuta lograría “crear las condiciones para el cambio de significado del relato y la ulterior reorientación del sentido personal asociado a un particular contenido” (Yáñez, 2011-A).

Este paso del proceso indagatorio consistiría en una indagación intencionada, dado que pretende acceder a contenidos, pero en realidad consigue que sea el paciente quién accede a sus propios modos de operar, generándose de este modo, en palabras del autor, micro cambios o cambios parciales, al reordenar un contenido específico en curso, el cual se sumara a otros contenidos obteniéndose un cambio más general y profundo en la identidad del paciente. Es relevante mencionar que este paso demanda al terapeuta lograr completar acciones intermedias que le permitan focalizarse en un segmento concreto del despliegue de contenidos, los cuales se especifican en “una síntesis abstracta o categorial por el paciente o secundariamente por el terapeuta” contenido” (Yáñez, 2011-A).

Esta focalización es eficaz si se consigue que sea el paciente quién acceda a crear categorías de su propio funcionamiento, indicando el nivel de madurez del proceso de la terapia. Al respecto, Yáñez señala que “las intervenciones terapéuticas son preferentemente de nivel secundario o terciario. Los contenidos son escenas críticas o aspectos específicos de éstas; cuestionamiento de dispositivos de seguridad o modulación de ellos; anclajes sintomáticos y funcionalidades del síntoma” (Yáñez, 2011-A), siendo un tipo de indagación menos frecuente e indicativa del compromiso del terapeuta, y generadora de las condiciones para el cambio.

Los procesos de indagación clínica descritos previamente constituyen parte de la esencia de la técnica procedural Exploración-Experiencial.

5.2 DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

El año 2011, Yáñez señala que la Exploración Experiencial (la cual el autor abrevia como ExEx) se constituye como “la técnica representativa del quehacer más frecuente realizado por los terapeutas de diversas orientaciones” (Yáñez, 2011-C), y la resume como una metodología que trabaja con contenidos que forman parte del relato histórico del paciente, a cuya base está un mecanismo emocional y cognitivo de “activación de los recuerdos cargados de contenidos relevantes para la identidad del sujeto” (2011-C).

Los relatos de los pacientes proporcionan diferentes niveles de análisis, los cuales son definidos por Yáñez (2011-C) como:

Primer nivel hechos propiamente tales o lo anecdótico, donde se mezclan personajes, situaciones, contextos, historias, y suele ser el más abundante en cuanto a producción del paciente.

Segundo nivel interpretaciones que el paciente hace de los acontecimientos que le acaecen, y en éste se inscribe la ideología idiosincrásica, o sea, la manera de procesar la información de acuerdo a sus propios parámetros internos.

Tercer nivel forma de lo dicho y revela aspectos de los acontecimientos sobre los cuales el paciente no tiene una clara conciencia, por un lado, o bien no operan con una simbolización factible de ser puesta en la palabra; por lo tanto, revela aquellos aspectos inconscientes a los cuales el paciente no tiene acceso directo, que son de vital importancia para la terapia, y que exigen sean registrados por el terapeuta, y que van a constituirse en el material de alguno de los niveles de intervención.

Cuarto nivel de análisis, es externo al sujeto y se refiere al impacto cognitivo y emocional que el despliegue de contenidos produce en el terapeuta; en otras palabras, se trata de los elementos transferenciales desde la perspectiva psicodinámica.

Durante la interacción del terapeuta con su paciente, en sesión, los contenidos del paciente se despliegan en cualquiera de estos tipos, por lo cual el terapeuta debe actuar de manera que sus intervenciones estimulen niveles progresivamente más elevados de análisis de contenidos. En tales momentos del proceso terapéutico, el terapeuta estará atento a detectar señales de que los contenidos están manifestándose de manera poco clara para él, o que pudieran expresar la activación de procesos perturbadores o mantenedores de la emoción de éste, constituyéndose en contenidos claves para la movilización del cambio terapéutico. Habría cuatro eventos que permitirían al terapeuta detectar la necesidad de

mayor indagación, a través de la técnica Exploración-Experiencial, estas condiciones son: a) la presentación de un relato asociado a conmoción emocional elevada; b) el relato en sí presenta un nivel de ininteligibilidad, es ambiguo o confuso; c) junto a las dificultades de entender el relato, el terapeuta nota un nivel emocional perturbado del paciente; y d) es el mismo terapeuta quién se perturba o confunde a partir del despliegue del relato del paciente (Yáñez, 2011-C).

Una vez que el terapeuta toma la decisión de aplicar la técnica Exploración-Experiencial, es posible describir una secuencia para su aplicación, mediante pasos específicos, los cuales son descritos por Yáñez (2011-C) en su Ficha Clínica Constructivista:

3.- Secuencia de aplicación

3.1 Relato panorámico de los acontecimientos

3.2 Descripción detallada de los acontecimientos:

- (a) El contexto ambiental;
- (b) En contexto interpersonal;
- (c) Los acontecimientos.

3.3 *Reorganización Sistémica*. Los cambios que se constituyen en significativos para el sujeto, son aquellos que se experimentan en todos los niveles de respuesta:

- (a) comportamental, en términos de tendencia a la acción;
- (b) en términos de movilización y reorganización de los patrones emotivos; y
- (c) cognitivos, expresados en la interacción, a través de la simbolización, de contenidos explicativos coherentes con la experiencia vivida

Estos tres pasos resumen los procesos que operan para acceder a contenidos con elevado compromiso emocional del paciente, de manera tal que, para la completación de todo el procedimiento tales pasos son progresivos y se realizan de manera altamente compleja en términos de intencionalidad del terapeuta, de nivel de conciencia (por así decirlo) del paciente, y de su activación cognitiva y emocional. Los aspectos ya señalados varían a lo largo del procedimiento de aplicación y deben ser manejados por el terapeuta de manera atenta, flexible y emocionalmente conectada (desde la emocionalidad del propio terapeuta), todo lo cual compromete una complicada y enrevesada cantidad de habilidades, actitudes, conocimientos y destrezas del terapeuta, las cuales se incluyen en la definición de la competencia.

Más concretamente, el terapeuta opera con una serie de conductas o acciones que le permiten movilizar la técnica, descritas por Yáñez (2011) como:

4.- Operaciones del Terapeuta: Realiza una conducción directiva e intencionada, desde una perspectiva proposicional, que para él presenta dos fuentes de contenidos:

- a) los contenidos que el paciente despliega y la experiencia presente de éste durante el relato, y
- b) la propia experiencia en curso de este evento (exploración experiencial), que produce dos niveles de reacciones en él, uno es el impacto vivencial de los acontecimientos presentes, y dos, la perspectiva del “observador objetivo”, y que se expresa en un impacto técnico profesional, o sea de estar ahí como terapeuta ante estos hechos.

Estas operaciones implican:

- 4.1.1 Detectar aquellos contenidos reveladores, o sea el material que se mueve en la interfaz mismidad / ipseidad, y que son responsables del desequilibrio.
- 4.1.2 Instigar una exploración abierta de aquellos contenidos;
- 4.1.3 Contener eficientemente los niveles de ansiedad que moviliza la exploración de contenidos perturbadores;
- 4.1.4 Explorar técnicamente y en detalle aquellas escenas cargadas de contenidos perturbadores;
- 4.1.5 Cuestionar aquellas interpretaciones que no sean consistente con la experiencia en curso del paciente;
- 4.1.6 Perturbar con proposiciones alternativas a las interpretaciones del paciente;
- 4.1.7 Propiciar la movilización a nivel superficial de las dimensiones operativas para facilitar la reformulación esquemática; y finalmente,
- 4.7.1 Facilitar la creación de las condiciones interpersonales para la integración de la simbolización emergente de la experiencia trabajada en la exploración experiencial. (Yáñez, 2011-C)

Si bien las acciones anteriores están claramente descritas y localizadas en los pasos respectivos, la complejidad que se señaló antes se relaciona con la articulación de las demandas al terapeutas determinadas por el procedimiento, específicamente, en aspectos relacionados con la instrumentalización de su propia emoción para garantizar un adecuado trabajo en sesión, así como para aplicar la técnica. Como también señala Yáñez “el trabajo con los contenidos emocionales demanda una particular actividad por parte del terapeuta” (Yáñez, 2011-C). Finalmente, el objetivo es lograr un cambio terapéutico profundo, estable y general, que implica “la asociación de categorías cognitivas con los contenidos emocionales

propios de la experiencia en curso mediado por el relato o narrativa que dispone el paciente durante la sesión de psicoterapia” (Yáñez, 2011-C).

Un objetivo central de la técnica Exploración-Experiencial consiste en acceder a los contenidos emocionales. Este acceso se realiza en una secuencia sistematizada por Yáñez (2011-B), la cual se orienta a “la inmersión y mantención del paciente en la experiencia plena de vivir su historia vital”. Esta inmersión emocional plena permite al paciente experimentar de manera diferente sus vivencias, con un efecto en el modo en que el paciente significa éstas, de manera más abstracta, flexible, inclusiva, proactiva y logrando exponerse a experimentar situaciones anteriormente perturbadoras para él.

La “Secuencia de Acceso a Contenidos Emocionales” por el terapeuta tiene siete etapas. Para iniciar la secuencia, el primer paso consiste en escuchar con disposición y apertura, mediante la utilización de las actitudes técnicas (receptividad, escepticismo, neutralidad y abstención). Esta etapa inicial se podría describir como situarse en una disposición determinada a la terapia para lograr evocación emocional. Posteriormente, la etapa de receptividad y escucha bifásica presenta varios pasos intermedios. Esta segunda etapa se desenvuelve en dos planos: en un plano cognitivo al cual se accede a través de discurso y conceptos, y en el plano emocional, al cual el terapeuta se aproxima mediante los elementos de ilocutivos y de enganche/desenganche técnico. En palabras de Yáñez, en el enganche “el terapeuta opera como contraparte natural y se deja llevar por el impacto emotivo de los contenidos locutivo e ilocutivo”, y en el desenganche, describe como opera el terapeuta en cuatro subetapas:

- a) Deja de ser influido por el impacto
- b) Genera una categoría natural acerca de la emoción en curso
- c) Levanta una categoría alternativa que represente el impacto del marcador interpersonal, pero también que sea factible de aceptar por el paciente, sin que se resienta la alianza y que le sea productiva la intervención
- d) Reserva la categoría para el mejor o apropiado momento en el que se constituye como intervención (Yáñez, 2011-B)

Por cierto, esta es una etapa de gran complejidad y centralidad para acceder a los contenidos emocionales, enfocada a el manejo instrumental de la propia emoción para acceder a la emoción del paciente. Pone en marcha habilidades y actitudes del terapeuta

para mantener procesos atencionales simultáneos, con focos paralelos en el paciente y en lo que el paciente produce en su propia emocionalidad.

La tercera etapa intenta “generar la inmersión emocional plena por un tiempo prolongado, de modo que transite entre emoción instrumental y primaria, y que al mismo tiempo, re-evoque más detalles contextuales” (Yáñez, 2011-B). Esto permite a la interacción con el paciente permanecer en el ámbito emocional, sumergirse en éste y finalmente generar categorías emocionales que explican la experiencia. Se indica la abstención de instigar reflexión en el paciente, es decir, hacer preguntas orientadas a enfocar al paciente directamente con su modo de significar (¿Cómo se siente?, por ejemplo); la inmersión emocional debe estar ausente de explicación mientras no se haya logrado la re-evocación.

El proceso subsecuente consiste en la validación y adlaterización del estado emocional del paciente, al obtener un clima de acogimiento y de aceptación del estado emocional del paciente. Esto posibilita, que circulen entre terapeuta y paciente emociones complementarias, manifestando empáticamente esto (por ej.: Decir: debe ser duro, difícil, complicado, etc.). La relevancia de la cuarta etapa consiste en que no basta con lograr que el paciente se sostenga en contacto con su emoción, sino que también debe ser contenido en este proceso, sintiéndose acompañado por el terapeuta.

Para aumentar la impregnación y facilitar la re-evocación (Yáñez, 2011-B) mediante la técnica de indagación de detalles de la escena explorada, en la quinta etapa se hace referencia al contexto y circunstancias del estado emocional, y a las interacciones implicadas en estas circunstancias.

Una vez lograda una completa re-evocación, se “elabora una categoría que remita al estado emocional y que sea concordante con el estilo del paciente” (Yáñez, 2011-B), la cual puede ser la categoría reservada en la segunda etapa, cuando se suspende el juicio y se posterga la presentación proposicional de ésta al paciente. En este momento de la secuencia, el paciente ya ha obtenido una visión completa y vivencial de su experiencia, del mismo modo que el terapeuta ha aclarado sus dudas al respecto, y puede conocer lo que la escena significa para el paciente. Esta categoría es desprendida por el terapeuta de la significación y la reacción afectiva que se alcance de los acontecimientos.

Antes de presentar de modo proposicional esta categoría al paciente, en séptima instancia el terapeuta inserta ésta dentro de la “noción de sí mismo” que tenga el paciente. De este modo, el paciente consigue reordenar su identidad respecto de los nuevos contenidos experimentados, el reconocimiento (Yáñez, 2011-B).

SEGUNDA PARTE

METODOLOGÍA

INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA

El abordaje del diseño de instrumentos de evaluación de terapeutas en el enfoque Constructivista-Cognitivo se orientó a explorar la factibilidad de la aplicación y las características psicométricas de éstos, aplicándolos a una muestra de análisis inicial. Antes de presentar el diseño de la investigación, propiamente tal, resulta relevante explicar los pasos previos en este estudio para la construcción de los instrumentos.

La primera etapa de este estudio consistió en la indagación teórica para operacionalizar la competencia especializada del terapeuta para la aplicación de la Exploración-Experiencial. La indagación confluyó en analizar los pasos de la aplicación de la técnica, relacionando estos pasos con los procesos que se intenta inducir en los pacientes, y con las acciones terapéuticas requeridas para ello, como se observa en la tabla N°1 (ver anexo N°1). Esta tabla muestra una sistematización de las acciones concretas que el terapeuta realiza al aplicar la Exploración-Experiencial, para facilitar los procesos objetivos de la técnica: la indagación clínica y el acceso a contenidos emocionales. La tabla N°1 muestra una primera columna nominando cada etapa del procedimiento, en la segunda columna presenta el proceso en el cual está el paciente, en la siguiente columna, las acciones del terapeuta para conducir la secuencia técnica, y en la cuarta columna muestra el objetivo de tales acciones. De manera tal, la tabla graficaría una secuencia entre lo que el terapeuta va descubriendo en su interacción con el paciente y sus avances en la progresión de la aplicación hacia objetivos parciales, pudiendo apreciarse una secuencia encadenada de pasos técnicos. Esta esquematización preliminar permite apreciar que la secuencia de aplicación de la Exploración-Experiencial no es rígida ni predecible literalmente, sino más bien una sucesión flexible. Por una parte, la técnica presenta ciertas similitudes con la entrevista clínica en general, permitiendo al terapeuta obtener una visión comprensiva de la problemática de su paciente. Además de ello, la Exploración-Experiencial gatilla una secuencia de operaciones que abren la vivencia emocional del paciente poniendo en marcha ciertos procesos afectivos y cognitivos.

A partir de la sistematización en la tabla N°1 se obtienen los primeros indicios acerca de cómo el accionar terapéutico durante la aplicación de la técnica transcurre en etapas recursivas, donde varias acciones distintas se sostienen simultáneamente durante toda la sesión (o sesiones) mientras que otras acciones se realizan solamente en momentos críticos,

a partir de procesos decisionales complejos. Desde este primer acercamiento teórico, la autora realiza un análisis que manifiesta la complejidad de la competencia, vislumbrando los desafíos para la operacionalización de ésta. Siendo la evaluación de una competencia *una medida de una conducta o acción que incide en un desempeño exitoso*, la competencia es levantada desde los procesos en los cuales se involucra la persona en la cual se evalúa tal competencia, procesos conductores a un objetivo determinado. En este caso, el proceso seleccionado que conduce a un objetivo exitoso (la indagación clínica y el acceso a contenidos emocionales), para estudiar competencias terapéuticas especializadas, fue la Exploración-Experiencial. Se requirió operacionalizar las acciones terapéuticas para su aplicación, y no operacionalizar los constructos teóricos subyacentes a la técnica en sí. El propósito no fue evaluar los objetivos de la técnica (pasos técnicos descritos), sino *la forma en la cual los terapeutas realizan determinadas acciones para conducir tales objetivos*. Por lo tanto, operacionalizar la Exploración-Experiencial orientó la descripción de las acciones terapéuticas (la competencia) en el contexto de una técnica que implica diferentes procesos, los cuales transcurren de manera paralela, flexible, discontinua y recurrente. La complejidad de operacionalizar y medir una competencia especializada en el marco de un proceso de tales características implicaría que las acciones evaluadas también son paralelas, flexibles, discontinuas y recurrentes, en la medida en que los procesos facilitados con el paciente se produzcan o no. Una aplicación de la Exploración-Experiencial en el caso de un paciente puede ser completamente distinta que en otro: su duración puede ser diferente en ambos casos, su complejidad y los objetivos por los cuales realizarla también serían diversos. De este modo, al evaluar las variables implicadas para generar ítems (acciones) no es posible realizar una comparación entre las subescalas que las agrupan. La incidencia de cada acción no se relaciona directamente con el valor o relevancia teórica de los procesos subyacentes, sino con la posibilidad que esa acción facilite un proceso dado, y a que ésta sea distinguible de otras acciones; ya sea observable a partir de terceras personas como desde la propia introspección del terapeuta evaluado. Por ejemplo, en una fase indagatoria, el terapeuta realizará múltiples preguntas al paciente, muchas acciones diferentes y sistematizadas de manera específica, tal vez invirtiendo un tiempo o esfuerzo mayor que en etapas posteriores de la técnica, pero no es posible aseverar debido a la mayor incidencia de ellas, que estas acciones sean teóricamente más relevantes. La relevancia teórica de los procesos subyacentes no afectará la cantidad de veces que una acción terapéutica deba ser reportada o encontrada. Por ejemplo, eventualmente una sola intervención técnica permitiría lograr el objetivo final de la Exploración-Experiencial, luego de los pasos previos.

Esta fue una consideración relevante para el diseño del instrumento. En el proceso de elaboración de ítems para los instrumentos, se opta por conseguir un instrumento dual de evaluación, que permita la evaluación de la competencia desde una visión global de los procesos emergentes durante la aplicación de la técnica incluyendo dos formatos: una lista de cotejo de acciones desde un observador externo y un reporte de acciones desde el terapeuta mismo que está siendo evaluado. Inicialmente se intentó obtener instrumentos paralelos, para que se enriqueciera la información obtenida al cruzar los resultados, no obstante, no se logró obtener un paralelismo de uno a uno. Algunas acciones terapéuticas no son directamente observables o diferenciables en una interacción compleja en un mismo momento, esta acción puede incluir simultáneamente diferentes componentes (habilidades concretas, aplicación de conocimientos, actitudes simultáneas, etc.). Otras acciones sólo podrían deducirse de los efectos que tengan en la situación terapéutica, especialmente aquellas que implican procesos internos del terapeuta (decisiones basadas en actitudes o procesos cognitivos, manejo instrumental de su propia emoción, etc.). Algunas otras operacionalizaciones se dificultaron debido a la complejidad de los procesos implicados, pudiendo requerir la superposición de acciones terapéuticas, o cambios de estrategia que discontinúan la secuencia de aplicación, debido a que no se estén logrando los objetivos parciales, dado que se estudia una técnica dinámica. Los procesos decisionales del terapeuta no serían previsibles ni modelables estructuralmente del todo, y por ende, no serían operacionalizables de manera tal que, de la ausencia de alguna acción asociada a decisiones, se pueda deducir ausencia de la competencia evaluada.

Todo lo anterior definió que ambos instrumentos tengan una línea de continuidad en común, pero no un paralelismo exacto. El cuestionario presenta características que permiten abordar más elementos evaluativos, correspondientes a elementos internos de la estrategia del terapeuta, no observables ni deducibles (decisiones, actitudes, y otros), pero si percibidos por el evaluado mismo, y tiene mayor cantidad de ítems que la pauta de observación. Del mismo modo, se agrupó las acciones operacionalizadas según el tipo de componente al que correspondían, en primera instancia (ver tabla N°2). El objetivo de esta tabla fue agrupar las competencias complejas en relación a las habilidades de entrada, las cuales incluyen componentes combinados de la competencia. Estas fueron: habilidades atencionales, decisionales, de manejo instrumental de la emoción y comunicacionales -con foco expresivo o foco comprensivo. No obstante, esta sistematización no aporta indicios de cómo una

habilidad básica se combina o desarrolla para ser una competencia especializada, debido a la complejidad de la técnica, y para efectos de nominar las dimensiones o categorías que agruparían los ítems resultó más práctico usar los objetivos terapéuticos. Es decir, el nombre de la dimensión indica que esta dimensión *agrupa en relación a determinado objetivo* las acciones terapéuticas medidas, pero no informa que la dimensión mida los objetivos en sí. La presencia o ausencia de tales acciones incide en el logro de los objetivos específicos de los procesos, pero no indica que los procesos se completen necesariamente. La revisión teórica aportó a la depuración de los ítems aislando, en alguna medida, los procesos subyacentes con fines de expresarlos operacionalmente. De este modo se definió la función de los diferentes componentes de la competencia en forma de *acciones específicas*, factibles de acceder mediante observación e introspección. Tales acciones se agruparon en dimensiones con el nombre del proceso en el cual éstas se despliegan, y se evalúa *la forma particular en la cual determinada acción induciría un proceso o paso técnico de manera eficiente*.

Esta etapa previa de investigación permitió describir acuciosamente el funcionamiento de la competencia terapéutica para aplicar la Exploración-Experiencial, en teoría, y elaborar instrumentos de evaluación de ésta, por lo cual el siguiente paso consistió en probar los instrumentos en una muestra de análisis inicial. Esta utilización preliminar mostró el funcionamiento operativo de los instrumentos, abarcó la efectividad de la competencia como un fenómeno complejo y extrajo evidencia empírica sobre las características psicométricas de éstos. Esta etapa del estudio se describirá a continuación en esta sección.

I. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1.1 PRINCIPAL PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la efectividad de un método que evalúa Competencias Psicoterapéuticas Especializadas en terapeutas Constructivistas-Cognitivos?

1.2 PREGUNTAS SECUNDARIAS DE INVESTIGACIÓN

1.2.1 ¿La aplicación de un Instrumento de Evaluación de Competencias Especializadas del Psicoterapeuta sería útil como un indicador del estado de desarrollo de la competencia para la aplicación de la Exploración-Experiencial?

1.2.2 ¿Operacionalizar las competencias terapéuticas asociadas a la técnica procedural Exploración-Experiencial permitiría una mejor aplicación de la técnica?

1.2.3 ¿Que resultados logrará la evaluación de las competencias terapéuticas asociadas a la técnica procedural Exploración-Experiencial?

1.2.3.1 ¿Resultaría útil obtener retroalimentación desde el terapeuta para evaluar la competencia (autoreporte)?

1.2.3.2 ¿Sería eficiente obtener un juicio externo operacionalizado para evaluar los avances en el aprendizaje de la competencia?

1.2.4 ¿Qué beneficios aportaría utilizar la técnica Exploración-Experiencial en situaciones personales que introduzcan los evaluados?

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un Instrumento de Evaluación de Competencias Terapéuticas Especializadas para la aplicación de la Exploración Experiencial, dirigido a terapeutas en el enfoque Constructivista-Cognitivo de Psicoterapia.

Particularmente, en esta investigación los instrumentos se aplicaron en una muestra inicial de análisis consistente en terapeutas en formación.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Operacionalizar las competencias terapéuticas especializadas asociadas a la técnica procedural Exploración-Experiencial.

2.2.2. Diseñar un Instrumento de Evaluación de Autoreporte y una Pauta de Observación de Competencias.

2.2.2.1 Diseñar un escenario evaluativo que permita elicitación de los procesos implicados en la psicoterapia en el enfoque Constructivista-Cognitivo (para el análisis inicial).

2.2.2.2 Diseñar un instrumento de evaluación de competencias terapéuticas complejas asociadas a la aplicación de la Técnica Procedural Exploración-Experiencial.

2.2.2.3 Diseñar un instrumento de evaluación para obtener retroalimentación desde el terapeuta (autoreporte), para evaluar el desarrollo de la competencia.

2.2.2.4 Diseñar un instrumento de evaluación para observadores externos, en formato de lista de cotejo (check list) de competencias.

III. HIPÓTESIS

Los instrumentos diseñados para evaluar las competencias del terapeuta podrían eventualmente facilitar la instalación de Competencias Psicoterapéuticas Especializadas en terapeutas aprendices, al ser utilizados para entregarles retroalimentación específica durante su entrenamiento en el modelo Constructivistas-Cognitivos. Si los instrumentos diseñados resultan ser válidos y confiables se lograría un instrumento de evaluación que entrega información precisa del estado de avance en el entrenamiento de las competencias para la aplicación de la Exploración-Experiencial.

3.1 HIPÓTESIS

3.1.1 Se encontrará una relación estadísticamente significativa entre cómo responden los sujetos a cada ítem del Cuestionario y el puntaje total obtenido en el instrumento.

3.1.2 Se encontrará una relación estadísticamente significativa entre cómo se puntúa a los sujetos en cada ítem de la Pauta de Observación y el puntaje total obtenido en el instrumento.

3.1.3 Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en los resultados del cuestionario entre terapeutas de género femenino y los de género masculino.

3.1.4 Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en los resultados de la pauta de observación entre terapeutas de género femenino y los de género masculino.

IV. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es psicométrico, de enfoque cuantitativo, y tiene un alcance exploratorio, descriptivo, comparativo y correlacional.

4.1 Enfoque Cuantitativo

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo. La aplicación de prueba de los instrumentos psicométricos diseñados en un análisis inicial es cuantitativa, permitiendo el análisis de los datos extraídos de la muestra del análisis inicial, datos que arrojarían evidencia empírica sobre las cualidades psicométricas de los instrumentos. Los instrumentos permitirían medir y predecir las conductas de los terapeutas en la psicoterapia.

4.2 Tipo de estudio

Es exploratorio dado que abordó un campo de estudio sin precedentes, donde se exploró la posibilidad de operacionalizar para su evaluación ciertos procesos de alta complejidad, los cuales dirigen el accionar en psicoterapia de los terapeutas. Se construyó y probó preliminarmente, en una situación experimental específica, un tipo de instrumento de evaluación por competencias específico que no tiene precedentes similares, para probar la factibilidad de su utilización. De este modo se obtuvo información preliminar (cuantitativa y cualitativa) para refinar el instrumento y sus variables.

Es una investigación descriptiva, pues caracterizó un procedimiento al interior de la psicoterapia, para sistematizar operacionalmente su estructura y comportamiento. Logró describir, registrar, analizar e interpretar la naturaleza, la composición y los procesos subyacentes a los procedimientos requeridos para aplicar la Exploración-Experiencial.

Es comparativo ya que extrajo diferencias significativas entre terapeutas de género masculino y femenino desde la muestra de análisis. Esto permitiría diseñar un proceso formativo que considere estas diferencias y permita reforzar las fortalezas de unos y otros, y eliminar elementos potencialmente interferentes con la competencia especializada. Asimismo, es correlacional al estudiar la relación entre las acciones evaluadas por cada ítem por separado con el resultado global de la prueba, así como relacionarlos con la dimensión que los contiene.

V. DEFINICIÓN DE VARIABLES

5.1 VARIABLE EN ESTUDIO (COMO VARIABLE DEPENDIENTE)

Competencias terapéuticas especializadas asociadas a la técnica procedural Exploración-Experiencial.

Operacionalmente se las aprecia como el puntaje bruto o directo asignado por el sujeto que responde el cuestionario en la presente investigación, y al puntaje bruto que asigna el evaluador observador al completar la pauta de observación.

5.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

Se diseñó un escenario de evaluación para el análisis inicial para aplicar los instrumentos de evaluación en una situación simulada de psicoterapia. Esto se realizó en el contexto de un taller de entrenamiento de Competencias Especializadas para la aplicación de la técnica procedural Exploración-Experiencial. Este contexto de evaluación no es una aplicación de la Exploración-Experiencial en psicoterapia, sino en una simulación de aplicación de la técnica por medio de juego de rol (role playing), diseñado para este análisis inicial a objeto de probar el comportamiento de los instrumentos.

Se consideró una variable independiente en la medida en que la participación activa de los alumnos en el taller y en el proceso de aprendizaje incidiría en la formación de las competencias especializadas para la aplicación de la técnica procedural Exploración-Experiencial, que son evaluadas por los instrumentos. Lo anterior es relevante en consideración a que la muestra corresponde a aprendices y no terapeutas expertos.

5.3 VARIABLES INTERVINIENTES CONTROLADAS

5.3.1 Género

Se exploró las diferencias existentes entre la competencia de los terapeutas hombres y de las mujeres, al aplicar la técnica procedural Exploración-Experiencial.

5.3.2 Experticia y nivel de conocimiento previo en psicología

Se determinó como criterio de inclusión ser estudiante de psicología y poseer un nivel de conocimientos de la teoría clínica Constructivista-Cognitiva para participar en el estudio.

5.3.3 Participación activa en el taller

Se determinó como criterio de exclusión para participar en el estudio: un bajo porcentaje de asistencia a las clases del taller y no tener participación activa en los ejercicios.

VI. POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra análisis inicial de este estudio es de obtención intencionada no probabilística. La conformación de esta muestra intentó seleccionar evaluados calificados en función al problema planteado.

Su rango de edad osciló entre los 21 y 38 años, siendo once mujeres y cinco hombres. Se evaluó si el instrumento es capaz de discriminar entre terapeutas varones y mujeres.

La población corresponde a estudiantes de psicología en los últimos años de la carrera (tercero y cuarto), los cuales comienzan su entrenamiento en técnicas específicas de psicoterapia en el enfoque Constructivista-Cognitivo.

6.1 Criterios de inclusión en la muestra

Los instrumentos se probaron en un grupo de 16 terapeutas aprendices. Se trató de alumnos de pregrado de la Universidad de Chile, de la carrera de Psicología en tercer y cuarto año, inscritos en la asignatura electiva “Taller de Desarrollo de Competencias para la Psicoterapia Constructivista-Cognitiva”, los cuales tenían un nivel previo de conocimiento de la teoría clínica Constructivista-Cognitiva.

Los alumnos debían asistir a clases, participar activamente en el taller y finalmente participar en el juego de roles donde se aplicó la Exploración-Experiencial.

VII. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

7.1 PROCEDIMIENTO DE DESARROLLO DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

7.1.1 OPERACIONALIZACIÓN

El primer paso en el diseño de los instrumentos de evaluación fue operacionalizar las acciones requeridas para aplicar la técnica Exploración-Experiencial, creando una esquematización que organiza éstas en etapas sucesivas (y/o recursivas). Se esquematizó las fases de la aplicación de la técnica, las cuales se muestran en la tabla “Operacionalización de la Competencia Especializada para la aplicación de la Exploración-Experiencial” (Anexo N°1), para extraer conductas asociadas a la competencia especializada del terapeuta, como se describió en la presentación de esta sección del estudio exploratorio. Se obtuvo de este modo un listado de acciones, que ofrece un análisis detallado de lo que hace el terapeuta al aplicar la técnica, señalando sus acciones específicas en función a los objetivos de los procesos que experimentaría el paciente durante la aplicación de la técnica.

También se agrupó las acciones operacionalizadas según el tipo de componente de la competencia al que correspondían (ver tabla N°2), en relación a las habilidades de entrada (habilidades atencionales, decisionales, de manejo instrumental de la emoción y comunicacionales -con foco expresivo o foco comprensivo), descartándose luego esta sistematización al no aportar a describir funciones de las acciones.

7.1.2 LISTA DE APRECIACIÓN

Se diseñó una lista de apreciación en base a la operacionalización de la competencia, para ser utilizada en:

- ☉ Autoevaluación para terapeutas, en formato de cuestionario de autoreporte.

- ☉ Evaluación por expertos, en formato de pauta de observación.

7.1.3 ELABORACIÓN DE LOS ÍTEMES

Se elaboraron los ítems desde el listado de acciones específicas que el terapeuta debe realizar al aplicar la técnica, las cuales son observables externamente o al menos apreciables por el propio terapeuta. En un segundo paso en la construcción de los ítems, el panel de expertos posterior, se incorporó elementos teóricos nuevos correspondientes a sistematizaciones realizadas por Yáñez (2011), las cuales separan el proceso por su orientación al despliegue y procesamiento emocional, y por su secuenciación indagatoria. En el mismo panel se eliminó, reestructuró, depuró, o modificó la redacción de algunos ítems. Además se clasificó conjuntos de acciones orientadas a un mismo objetivo, o integradas en un mismo proceso del paciente desplegado en la técnica, para agrupar los enunciados.

La lista de cotejo de acciones del terapeuta fue la base de los enunciados para el cuestionario. El cuestionario se utilizó a su vez para generar una pauta de observación, con enunciados paralelos. No obstante, no todos los enunciados resultan operacionalizables para que un observador identifique las acciones. Lo anterior implicó que la pauta de observación resultante es más concisa y breve, ya que no incluye aquellos enunciados que indagan sobre la apreciación del terapeuta de su propio estado interno, tales como los correspondientes al manejo instrumental de la propia emoción, por ejemplo. En este sentido, algunos elementos emocionales como enganche-desenganche pueden apreciarse desde lo externo, como la sincronía en elementos ilocutivos en el terapeuta y el paciente (como el tempo, la proxémica, la facialidad, etc.), cuando hay un acompañamiento emocional efectivo por parte del terapeuta, es decir, deducido más que observado. Los ítems elaborados evalúan *la forma particular en la cual una acción induciría de manera eficiente un proceso o paso técnico*, por lo cual, siendo una evaluación de competencias, los ítems se levantan desde lo operacional, y no se pretende desarrollar perfiles de resultados ni comparar componentes del constructo original entre sí.

7.1.4 GENERACIÓN DE LAS DIMENSIONES

Los enunciados se agruparon primero en conjuntos de ítems de la misma temática, como se observa en la tabla de habilidades y acciones del terapeuta (anexo N°2), pero finalmente se optó por agruparlas en relación a los procesos elicitados. Se definió la *función*

de los diferentes componentes de la competencia en forma de acciones específicas, factibles de acceder mediante observación e introspección, agrupándolas en dimensiones nombradas por el proceso en el cual las acciones se despliegan. Resultó más práctico usar los objetivos terapéuticos para nominar las dimensiones o categorías que agruparían los ítems debido a la complejidad de la técnica. Es decir, el nombre de la dimensión indica que tal dimensión *agrupa en relación a determinado objetivo* las acciones terapéuticas medidas, pero no informa que la dimensión mida los objetivos en sí. La presencia o ausencia de tales acciones incidiría en el logro de los objetivos específicos de los procesos, pero no indica necesariamente que los procesos se completen. La revisión teórica aportó a la depuración de los ítems aislando los procesos subyacentes, en alguna medida, con fines de expresarlos operacionalmente.

7.2 PRESENTACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

El resultado del trabajo descrito previamente fue la obtención del “Cuestionario de Evaluación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial”, y de la “Pauta de Observación para Evaluar Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial”.

El “Cuestionario de Evaluación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial” es un inventario de actitudes, acciones y percepciones en formato de escala tipo Likert, con cuatro categorías de respuesta: “nunca”, “pocas veces”, “muchas veces” y “siempre”. Contiene 37 ítems, distribuidos en 9 dimensiones y 8 ítems adicionales (45 ítems en total). Se responde de manera autoaplicada (autorreporte).

La “Pauta de Observación para Evaluar Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial” contiene 35 ítems, distribuidos en 4 categorías de contenidos o subescalas, correspondientes a las conductas que el terapeuta debe desplegar en la psicoterapia para aplicar la técnica procedural Exploración-Experiencial.

La siguiente tabla muestra la distribución de los ítems por cada dimensión para el cuestionario de autoreporte:

DIMENSIÓN	ÍTEM INCLUIDO	Nº ÍTEMS
Panorámica	1, 2, 29, 31, 35	5
Escucha Bifásica	3, 13, 16, 17, 24, 33	5
Enganche-desenganche	18, 19, 30	3
Reordenamiento Experiencial	28, 32, 34, 40, 41, 42, 43,	8
Inmersión Emocional Plena	36, 37, 39	3
Receptividad y Escucha	3, 5, 11, 16, 22, 25, 12	7
Condiciones para la Exploración-Experiencial	6, 7, 8, 9, 10	5
Baja de Defensas	21, 28, 38	3
Categorial	17, 26, 27, 44, 45	5

En la próxima tabla se presentan algunos ítems que se asocian a ciertos procesos, si bien no conforman una dimensión propiamente tal:

PROCESO ASOCIADO	ÍTEMS	Nº ÍTEMS
Reconocimiento de fractura del discurso	14	1
Ilocución	4, 25	2
Aparato Psíquico Auxiliar	15	1
Abstención	23, 13	2
Re-evocación	36, 37	2

La distribución de los ítems por dimensión para la pauta de observación se diseñó de manera que agrupara éstos por proceso más amplios, temáticas de la psicoterapia y de la aplicación de la técnica también. Son cuatro dimensiones:

- Acto de Habla
- Encuadre
- Técnica de la Exploración-Experiencial
- Generación de Categorías Alternativas y Reordenamiento Experiencial.

El objetivo fue crear una pauta visualmente más asequible al observador evaluador, y corresponderlo con fases del procedimiento, donde “acto de habla” alude a lo comunicacional; “encuadre” es percibido también desde el inicio; posteriormente se observa cómo utiliza los procedimientos de la técnica y finalmente se concluye si el terapeuta logró generar categorías alternativas y se acercó a un reordenamiento de la experiencia.

7.2.1 DISEÑO DE LA SITUACIÓN EVALUATIVA

Para el análisis inicial de los instrumentos, se diseñó un contexto evaluativo, donde se los pudiera probar mediante una aplicación de la técnica Exploración-Experiencial. Debido a que instrumento se orientará a fines formativos, dentro de un programa general de formación de competencias especializadas, este análisis se realizó en una muestra de alumnos. Este grupo incluyó alumnos que no están realizando psicoterapia, por ende, fue necesario diseñar una situación para que ellos aplicaran los instrumentos. No obstante, en terapeutas activos, no se requiere de ésta, ya que el cuestionario puede aplicarse en cualquier momento y la pauta de observación, sobre una sesión de terapia videada o en una sala espejo.

El objetivo de esta situación es elicitación de contenidos aplicando la técnica, pero cuidando de no producir una exposición innecesaria de los alumnos. El diseño del juego de roles (psicoterapia simulada) consideró la formación de parejas de alumnos en los roles de terapeutas y paciente, los que se situaron en sala espejo. Las parejas fueron designadas por los investigadores, bajo el criterio de menor cercanía o familiaridad para evitar, en la medida de lo posible, la introducción de ciclos interpersonales previos. Se realizó la aplicación de la Exploración de la Cotidianidad, y luego se intercambiaron los roles formando parejas nuevas, para evitar introducir un sesgo por la adaptación al estilo interactivo del otro.

Se consideró invasivo y complejo aplicar la técnica en contenidos conflictivos de los alumnos, por lo tanto se definió aplicar una exploración de la cotidianidad, en vez de una Exploración-Experiencial sobre contenidos conflictivos. Aquél procedimiento es utilizado cuando el psicoterapeuta no tiene suficientes contenidos con los cuales trabajar y realiza este tipo de exploración para acceder a contenidos que surgen en el cotidiano vivir del paciente, eventualmente durante las sesiones iniciales de una psicoterapia. Los alumnos fueron evaluados in situ (tras el espejo) durante su aplicación de la técnica, y grabados en video para una evaluación posterior.

7.2.2 CONSIGNA

La consigna corresponde a la instrucción para realizar una exploración de la cotidianidad, eligiéndose una indagación sobre el lapso de tiempo previo a la clase (“su despertar”). Para este procedimiento la consigna fue: “realice una exploración de la cotidianidad en su compañero. Indague como fue su despertar el día de hoy”.

7.2.4 INSTRUMENTOS

A) CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS ESPECIALIZADAS PARA APLICAR LA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

DIMENSIONES EN EL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA PARA LA EXPLORACIÓN EXPERIENCIAL

A continuación se resumen las dimensiones de la competencia, con los ítems del instrumento de autoreporte que las evalúan:

DIMENSIÓN	ÍTEM INCLUIDO	Nº ÍTEMS
Panorámica	1, 2, 29, 31, 35	5
Escucha Bifásica	3, 13, 16, 17, 24, 33	5
Enganche-desenganche	18, 19, 30	3
Reordenamiento Experiencial	28, 32, 34, 40, 41, 42, 43,	8
Inmersión Emocional Plena	36, 37, 39	3
Receptividad y Escucha	3, 5, 11, 16, 22, 25, 12	7
Condiciones para la Exploración-Experiencial	6, 7, 8, 9, 10	5
Baja de Defensas	21, 28, 38	3
Categorial	17, 26, 27, 44, 45	5

PROCESO ASOCIADO	ÍTEMS	Nº ÍTEMS
Reconocimiento de fractura del discurso	14	1
Illocución	4, 25	2
Aparato Psíquico Auxiliar	15	1
Abstención	23, 13	2
Re-evocación	36, 37	2

DEFINICIÓN DE LAS DIMENSIONES

Panorámica: Agrupa los ítems que indagan acerca de las acciones del terapeuta necesarias para realizar la etapa de panorámica de la Exploración-Experiencial.

Escucha Bifásica: Actividades que mantienen una escucha activa simultánea de los contenidos del paciente, de su despliegue emocional, y de la propia emoción del terapeuta en relación al despliegue del paciente.

Enganche-desenganche: Acciones del terapeuta necesarias para generar un enganche técnico con los elementos emocionales desplegados por el paciente, y desengancharse inmediatamente.

Reordenamiento Experiencial: conjunto de conductas precisas que permiten al terapeuta ayudar al paciente a reorganizar su experiencia.

Abstención: conductas asociadas a una actitud, requeridas para abstenerse de incorporar los propios contenidos en la psicoterapia.

Inmersión Emocional Plena: Acciones del terapeuta tendientes a mantener al paciente en contacto con la emoción sin que éste eleve sus defensas.

Receptividad y Escucha: se refiere a aquellas actividades sostenidas por el terapeuta para mantener una actitud que permita al paciente ser acogido y sentirse escuchado.

Condiciones para la Exploración-Experiencial: conductas que permiten al terapeuta detectar la necesidad de aplicar la Exploración-Experiencial.

Disminución de Defensas: Actividades del terapeuta orientadas a mantener al margen las defensas del paciente, de manera que se contacte con su propia emoción.

Categorial: indaga acerca de las acciones del terapeuta que le posibilitan presentar proposicionalmente categorías alternativas durante el relato del paciente.

Además hay otros 8 ítems que describen acciones aisladas, o pares de acciones, pero que también pueden asociarse a un proceso, los cuales se definen a continuación:

Reconocimiento de fractura del discurso: Acerca de las acciones del terapeuta necesarias para detectar quiebres en el discurso durante el despliegue de contenidos del paciente.

Ilocución: Contiene conductas requeridas para generar un efecto perlocutivo en el paciente, tales como mostrar acogida, demostrando su receptividad y su escucha activa, crear un espacio interpersonal más íntimo, generar intervenciones específicas, etc.

Aparato Psíquico Auxiliar: Acciones del terapeuta que contribuyen a sostener emocionalmente al paciente durante el proceso mientras, no incorpore por sí mismo las perturbaciones.

Re-evocación: Actividades del terapeuta tendientes a generar un acceso a la memoria episódica del paciente.

ÍTEMS DISTRIBUIDOS POR DIMENSIONES

A continuación se detallan los ítems que integran cada categoría o subescala:

Panorámica

ÍTEM
1. Escucho atentamente durante varios minutos sin intervenir.
2. Intervengo con palabras o frases breves orientadas a estimular el desarrollo del relato.
29. Reviso diferentes niveles del relato, en lo global y lo específico.
31. Estimulo a que el paciente vea las escenas desde un punto de vista objetivo (zoom out)
35. Estimulo la descripción detallada del contexto ambiental en el relato del paciente.

Escucha Bifásica

ÍTEM
3. Mantengo mi atención simultáneamente en el relato y en el estado emocional del paciente.
16. Mantengo una actitud de disponibilidad emocional, que me permite percibir mis propias reacciones emocionales ante el despliegue afectivo de mi paciente.
17. Distingo si mi paciente se compromete, emocional o cognitivamente, con los acontecimientos que narra, o se mantiene sólo en lo anecdótico del relato.
24. Parte de la atención hacia mí está dedicada a mis propios estados emocionales y cognitivos.
25. Procuero hacerme complementario a los aspectos ilocutivos que despliega mi paciente en el relato.
33. Atiendo simultáneamente a elementos comunicacionales del despliegue de mi paciente que me permitan evaluar constantemente su estado emocional.
13. Concentro mi atención en el modo particular en que mi paciente ordena los elementos del relato.

Enganche-desenganche

ÍTEM
19. Me dispongo para ser receptivo y comprometerme con los contenidos emocionales del relato del paciente.
18. Actúo estratégicamente para registrar mi emoción complementaria a la emoción en curso del paciente.
30. Soy capaz de desengancharme de mi emoción primaria y generar una categoría conceptual alternativa, consecuente a mi función como terapeuta.

Reordenamiento Experiencial

ÍTEM
28. Intervengo indagando aspectos contextuales e interpersonales en el relato del paciente para facilitar la re-evocación.
32. Logro distinguir entre la experiencia inmediata del paciente y la explicación que él hace del acontecimiento.
34. Movilizo alternadamente la atención de mi paciente entre su experiencia con los acontecimientos, el efecto emocional frente a aquellos, y su interpretación de los acontecimientos.
40. Trato que se produzcan nuevas asociaciones entre contenidos, o interpretaciones alternativas.
41. Propongo nuevas interpretaciones a fragmentos del relato, considerando los elementos nuevos.
42. Intento que el paciente descubra y reconozca su particular modo de ordenar su experiencia.
43. Intento asociar la experiencia en curso del paciente con categorías generales de su propio funcionamiento.
20. Procuero que mi paciente experimente las escenas desde el punto de vista subjetivo (zoom in).

Abstención

ÍTEM
23. Mantengo constantemente una intención de abstención, y evito intervenir.
13. Concentro mi atención en el modo particular en que mi paciente ordena los elementos del relato.

Inmersión Emocional Plena

ÍTEM
36. Procuero revelar al detalle las condiciones en torno a los estados emocionales del paciente.
37. Indago acerca de la participación de los personajes en la situación relatada.
39. Evalúo los elementos del relato más teñidos afectivamente antes registrados, e intento profundizar en aquellos.

Receptividad y Escucha

ÍTEM
3. Mantengo mi atención simultáneamente en el relato y en el estado emocional del paciente.
5. Registro las expresiones verbales directas de emoción de mi paciente.
11. Registro los estados emocionales intensos de mi paciente asociados al relato.
16. Mantengo una actitud de disponibilidad emocional, que me permite percibir mis propias reacciones emocionales ante el despliegue afectivo de mi paciente.
22. Mantengo constantemente una actitud de escucha activa.
25. Procuero hacerme complementario a los aspectos ilocutivos que despliega mi paciente en el relato.
12. Reconozco cuando mi paciente es capaz de usar categorías abstractas para referirse a su emoción.

Condiciones para la Exploración Experiencial

ÍTEM
6. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando hay emociones poco claras o difusas.
7. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando hay confusión cognitiva.
8. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando lo emocional y lo cognitivo son difusos.
9. Decido aplicar la Exploración Experiencial sobre situaciones cotidianas si faltan contenidos en el relato.
10. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando yo me siento confundido con los contenidos del paciente.

Baja de Defensas

ÍTEM
21. Facilito el relato de mi paciente con intervenciones que indagan detalles.
28. Intervengo indagando aspectos contextuales e interpersonales en el relato del paciente para facilitar la re-evocación.
38. Amplío el relato a detalles anexos al foco del paciente.

Categorial

ÍTEM
17. Distingo si mi paciente se compromete, emocional o cognitivamente, con los acontecimientos que narra, o se mantiene sólo en lo anecdótico del relato.
26. Detecto segmentos del relato que puedan ser productivos e intervengo en relación a aquellos.
27. Mantengo permanentemente una actitud aclaratoria acerca de las categorías que utiliza mi
44. Ayudo a mi paciente a generar nuevas categorías, a partir de las nuevas interpretaciones de su experiencia que él realizó.
45. Propongo asociar los contenidos iniciales con nuevas interpretaciones, para generar una nueva panorámica de lo acontecido.

Los ocho ítems adicionales son presentados a continuación:

Reconocimiento de fractura del discurso

ÍTEM
14. Ordeno mentalmente los contenidos para comprender el relato y detectar alguna inconsistencia en él.

Ilocución

ÍTEM
4. Logro registrar los componentes expresivos no verbales de mi paciente que pudieran evidenciar una tonalidad emotiva determinada.
25. Procuero hacerme complementario a los aspectos ilocutivos que despliega mi paciente en el relato.

Aparato Psíquico Auxilia

ÍTEM
15. Me dispongo personalmente para facilitarle al paciente la dinámica entre experiencia y explicación de sus contenidos.

Re-evocación

ÍTEM
36. Procuero revelar al detalle las condiciones en torno a los estados emocionales del paciente.
37. Indago acerca de la participación de los personajes en la situación relatada.

B) PAUTA DE OBSERVACIÓN DE LAS COMPETENCIAS ESPECIALIZADAS PARA APLICAR LA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

DIMENSIONES EN LA PAUTA DE OBSERVACIÓN DE LA COMPETENCIA PARA LA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

Estas dimensiones son agrupaciones funcionales de los ítems, una forma de disponerlos de manera visual a objeto de facilitar su observación. En “Acto de Habla” se agrupan acciones visibles en la interacción comunicacional con el paciente, en todo momento de la aplicación de la técnica. “Encuadre” contiene principalmente actitudes apreciadas mediante el efecto perlocutivo en el paciente de la comunicación del terapeuta, para sostener un contexto terapéutico determinado. “Técnica de Exploración-Experiencial” se compone de los ítems observables que evidencian pasos técnicos concretos. “Generación de Categorías Alternativas y Reordenamiento Experiencial” alude a los pasos de cierre de la técnica, orientados de manera más directa a obtener un cambio terapéutico.

ACTO DE HABLA

- Corporalidad acorde en la gesticulación
- Corporalidad acorde en la proxémica
- Facialidad acorde en la fisiognómica
- Facialidad acorde en contacto visual
- Suprasegmentalidad acorde en entonación
- Suprasegmentalidad acorde en frecuencia
- Suprasegmentalidad acorde en énfasis
- Suprasegmentalidad acorde en pausas
- Suprasegmentalidad acorde en tempo.
- Suprasegmentalidad acorde en prosodia.

ENCUADRE

- Escucha atentamente sin intervenir demasiado.
- Sus intervenciones son inapropiadas al flujo comunicacional (escucha activa).
- Usa palabras o frases breves que logran movilizar o ampliar el relato.
- Mantiene una intención de abstinencia, focalizando constantemente sólo en los contenidos del paciente.

- Mantiene una escucha activa con receptividad (visible en la corporalidad y complementación en lo ilocutivo).
- Manifiesta facialidad acorde a la emoción desplegada por el paciente (enganche).
- No emite juicios, ni impone categorías al paciente (neutralidad).
- Enuncia categorías alternativas a las del paciente (escepticismo).
- Complementariedad con el paciente en lo ilocutivo (escucha activa)

TÉCNICA DE EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

- Amplia la información entregada utilizando preguntas muy específicas.
- Estimula un esquema general de lo acontecido, preguntando: ¿Qué sucedió antes?, ¿Qué sucedió durante? y ¿Qué sucedió después?
- Se focaliza en un aspecto de lo relatado inicialmente, para indagar más.
- Estimula la descripción detallada de la escena (acontecimientos).
- Estimula la descripción detallada del contexto interpersonal (personajes).
- Estimula la descripción detallada del contexto ambiental.
- Mantiene el relato en el nivel de detallismo anecdótico, bajando las defensas del paciente, pudiendo observarse escasa ansiedad en éste.
- Amplía el relato a detalles anexos al foco del paciente.
- Propone conexiones entre los contenidos del relato.
- Guía alternadamente la atención del paciente hacia diferentes niveles del relato, de lo global a lo específico
- Guía alternadamente la atención del paciente entre su experiencia con los acontecimientos, su interpretación y la emoción.

GENERACIÓN DE CATEGORÍAS ALTERNATIVAS Y REORDENAMIENTO EXPERIENCIAL

- Evidencia al paciente la diferencia entre su experiencia inmediata, y cómo éste se la explica.
- Propone al paciente interpretaciones alternativas (categorías).
- Intenta que el paciente descubra y reconozca su particular modo de ordenar su experiencia
- Inserta proposicionalmente categorías alternativas y generales del funcionamiento del paciente.
- Generar una nueva panorámica de lo acontecido, incluyendo nuevas categorías.

7.3 CONTEXTO PARA LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Luego de designar parejas de alumnos, se les presentó la consigna y se instaló a cada pareja en una sala con vidrio de observación unidireccional (sala espejo). El alumno asignado en el rol de terapeuta aplicó la Exploración-Experiencial a su compañero, durante 10 minutos. Un observador cualificado desde el otro lado del espejo aplicó la “Pauta de Observación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial”, mientras simultáneamente se grabó en video la simulación. El observador trabajó solo o en dupla de evaluadores. Posteriormente, las parejas se separaron, y los alumnos en el rol de terapeuta pasaron al rol de paciente con un nuevo alumno de pareja.

Luego los alumnos regresaron a la sala de clases y completaron el “Cuestionario de Evaluación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial”, pensando en su trabajo recién realizado.

VIII. FORMAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

8. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

8.1 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad se probó mediante procedimiento de cálculo de la coherencia interna del instrumento, aplicando análisis de consistencia a una muestra, en una sola aplicación. Se aplicó el método alfa (α) de Cronbach.

8.2 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

La validez se probó mediante tres procedimientos:

a) Validez de contenido: evaluación de cada ítem por jueces expertos. Para la inclusión de enunciados se requirió el acuerdo de 50% más uno de los mismos.

Se trabajó con 3 jueces expertos, en dos etapas. En la primera etapa, el primer juez revisó los instrumentos, contribuyendo a la redacción de los enunciados, de manera que ésta incrementara la factibilidad de aplicar los enunciados a la situación terapéutica (más operacional). En la segunda etapa, los dos jueces se enfocaron a eliminar o aceptar ítems cuyos enunciados fueran claros y viables. Estos también aportaron a la reformulación de los ítems, principalmente evidenciaron la necesidad de refinarlos, ya que la mayoría de ellos aludía a procesos complejos. Estos ítems se separaron en dos para depurarlos, o se eliminó una parte, simplificándolos. Finalmente seleccionaron los ítems más adecuados para evaluar la competencia.

b) Validez Interna (con criterio interno): Cálculo de la correlación ítem-dimensión, para cada ítem. Verifica que los ítems estén midiendo de manera consistente acciones asociadas al proceso representado por cada subvariable.

c) Cálculo de la correlación ítem-test total, para cada ítem. Verifica que los ítems estén midiendo de manera consistente acciones asociadas al procedimiento representado por la prueba total.

Adicionalmente se midió la existencia de diferencias grupales entre terapeutas varones y mujeres, se usó “t” de Student para grupos independientes.

En todos los casos los datos se interpretaron con un nivel de error máximo alfa (α) = 0,05.

TERCERA PARTE

RESULTADOS

I. RESULTADOS

1.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se incentivó a los alumnos inscritos en la asignatura electiva “Taller de técnica cognitivo-conductual” para el segundo semestre del año 2011 a participar activamente del taller. Éstos fueron 18 alumnos, correspondientes a los semestres 6^{to} y 8^{vo} de la carrera de Psicología en la Universidad de Chile. Este curso se dictó en un semestre excepcional, comprendido entre noviembre del 2011 y enero del 2012, con un total de siete sesiones de clases de tres horas cada una.

Los 18 alumnos participaron de la asignatura y del taller, con porcentajes variables de asistencia, entre 29 y 100%. Un criterio de exclusión del estudio fue una asistencia demasiado baja a clases y una participación pasiva en las actividades. Todos los alumnos cumplieron los criterios de inclusión, pero sólo 16 alumnos asistieron al estudio piloto.

Al final del taller, en la última clase, se les solicitó a los alumnos que realizaran la actividad diseñada como contexto de la aplicación piloto de los instrumentos. Los alumnos se agruparon en duplas, acudieron a salas espejo, donde uno de ellos aplicó una Exploración-Experiencial, específicamente una exploración de la cotidianidad a su compañero de dupla, para luego intercambiarse con otra pareja y cambiar de roles.

Se definió aplicar una exploración de la cotidianidad y no aplicar la Exploración-Experiencial sobre contenidos perturbadores, esto quiere decir, solicitando directamente al “paciente” que le cuente sobre una situación reciente particularmente conflictiva. Lo anterior debido a que se intentó preservar la intimidad de los alumnos en lo posible, y se pensó que solicitar contenidos muy personales a los alumnos podría ser invasivo a su privacidad. No obstante, esta medida no evitó la inclusión de contenidos emocionales de cierta significación. Ocurrió que, siendo día de “evaluación” y estando los alumnos concientes de que iban a ser grabados en video ese día en esa actividad, surgieron algunos contenidos perturbadores al explorar su despertar de esa misma mañana, dada la ansiedad que la situación les provocaba a varios de ellos. Finalmente, se dedujo que no es posible controlar la introducción de los contenidos personales, debido a que éstos pueden aflorar en cualquiera situación interpersonal, como la simulación de papeles.

Es posible hipotetizar que, desde el momento en que un sujeto del estudio accede a participar en éste, su disposición actitudinal abre la posibilidad de aportar con su experiencia real a la simulación, siendo un contrato implícito al ejercicio.

Durante la aplicación de la técnica, en la sala contigua un juez o una pareja de evaluadores expertos en la teoría y en la técnica, aplicó la Pauta de Observación al alumno situado en el rol de terapeuta. Posteriormente, otros dos evaluadores expertos volvieron a aplicar el cuestionario a cada alumno, observando el video. Se discutió y consensuó cada caso en base a lo observado, la evaluación anterior y las observaciones de los primeros evaluadores y se tabuló con esa evaluación final.

Paralelamente, los alumnos se reunieron en la sala de clases, donde contestaron el Cuestionario atendiendo a la experiencia reciente de su propia aplicación de la técnica. Estos datos se tabularon y analizaron directamente.

II. PRESENTACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS

2.1 CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS ESPECIALIZADAS PARA LA APLICACIÓN DE LA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

2.1.1 RESULTADOS POR DIMENSIÓN

Los resultados se muestran en el Anexo N°3 A, separados por cada subescala o dimensión del instrumento. Se encabeza las columnas con cada uno de los ítems de la dimensión, mostrando los puntajes individuales (de 1 a 4), seguido por otra columna al final con el promedio para todos los ítems y por cada sujeto de la muestra.

2.2 PAUTA DE OBSERVACIÓN PARA EVALUAR LAS COMPETENCIAS ESPECIALIZADAS PARA LA APLICACIÓN DE LA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

2.2.1 RESULTADOS POR DIMENSIÓN:

Se muestran los resultados en el Anexo N°3 B, separados por cada subescala o dimensión del instrumento. Se encabeza las columnas con cada uno de los ítems de la dimensión, mencionando si está presente o ausente la conducta evaluada por el ítem, seguido por otra columna con el promedio para todos los ítems y por cada sujeto de la muestra.

III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1 ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS ESPECIALIZADAS PARA LA APLICACIÓN DE LA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

3.1.1 CONFIABILIDAD

Se evaluó la confiabilidad mediante prueba de consistencia interna en ambos instrumentos, medida a través de Alfa de Cronbach, se obtuvo un índice de 0,757, la que de acuerdo con criterios psicométricos habitualmente aceptados sería un nivel de coherencia interna del cuestionario suficiente para probar la confiabilidad del Cuestionario de Evaluación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial, ya que el límite para considerar confiable un instrumento evaluado desde su coherencia interna es de 0.70 (Wenk, 2012, Com. Pers.)

3.1.2 VALIDEZ

Los procedimientos aplicados al cuestionario y a la pauta permiten comprobar que se logró cuantificar de forma significativa y adecuada a las Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial.

La validez de contenido fue evaluada sometiendo los instrumentos a un panel de expertos, quiénes seleccionaron entre los ítems originales aquellos ítems que les parecieron representativos de los constructos teóricos que éstos evalúan. Tres psicólogos clínicos participaron del panel, y contribuyeron a reestructurar algunos enunciados, depurarlos, descartar otros y definir cuáles ítems incorporar al instrumento final.

La mayoría de los ítems de ambos instrumentos están midiendo de manera consistente el constructo (validez interna). No obstante, existen diferencias entre los ítems en el grado de correlación, ya sea con el test global como con la subescala a la cual pertenecen. Por ello, se analizó por separado los ítems según el grado de correlación que presentan con las dimensiones mayores.

3.1.2.1 EVALUACIÓN DE LA CORRELACIÓN PEARSON ÍTEM-PRUEBA GLOBAL

Con un “n” muestral de 16 sujetos, los grados de libertad correspondientes serían 14, lo cual nos permite establecer un índice crítico en 0.497, de acuerdo a la tabla correlaciones críticas de Fisher y Yates (en Guilfort y Fruchter, 1986).

Se resumen, en una tabla a continuación, los datos de las correlaciones Pearson de cada ítem con el resultado total del test, para el cuestionario, destacando las correlaciones que superan el nivel de significación 0.497:

ítem	pearson								
1	-0,199	10	0,311	19	-0,109	28	0,367	37	0,806
2	0,526	11	0,605	20	0,398	29	0,336	38	0,455
3	0,386	12	-0,073	21	0,265	30	0,536	39	0,587
4	0,240	13	0,294	22	0,040	31	0,587	40	-0,389
5	-0,036	14	0,468	23	0,533	32	0,696	41	0,075
6	0,416	15	0,387	24	-0,076	33	0,171	42	0,328
7	0,615	16	0,580	25	0,481	34	0,426	43	0,524
8	0,640	17	0,449	26	0,591	35	0,165	44	0,593
9	-0,017	18	0,011	27	0,573	36	0,187	45	0,313

De las 45 correlaciones entre los ítems y el resultado global del test, 38 son correlaciones positivas y 7 son negativas. Existen 30 correlaciones menores a 0.497 (los ítems 1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 28, 29, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 42 y 45).

Se presentan a continuación los ítems analizados, agrupados según el grado de correlación obtenida con el test (resultando en ítems válidos o no válidos para evaluar la competencia).

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva muy buena con el resultado global del Cuestionario de Evaluación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial:

8. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando lo emocional y lo cognitivo son difusos.
32. Logro distinguir entre la experiencia inmediata del paciente y la explicación que él hace del acontecimiento.
37. Indago acerca de la participación de los personajes en la situación relatada.

El ítem 32 corresponde a un proceso del terapeuta, medular para el logro del objetivo de la técnica. Es algo que se debe realizar como resultado de otros pasos (indagatoria). A

esta actitud aclaratoria alude el ítem 37, también acerca de pasos de la técnica. El ítem 8 alude a un paso previo, sobre la toma de decisiones para aplicar la técnica. Son tres ítems relativamente importantes, pero no los únicos ítems cruciales. Teóricamente, se reconoce la centralidad que presentan en la técnica.

Los tres ítems deben ser incluidos en el instrumento final, ya que muestran elevada consistencia con el constructo. Esto significa que el índice de homogeneidad (discriminación) para estos ítems es elevado.

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva moderada a buena con el resultado global del “Cuestionario de Evaluación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial”:

2. Intervengo con palabras o frases breves orientadas a estimular el desarrollo del relato.
7. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando hay confusión cognitiva.
11. Registro los estados emocionales intensos de mi paciente asociados al relato.
16. Mantengo una actitud de disponibilidad emocional, que me permite percibir mis propias reacciones emocionales ante el despliegue afectivo de mi paciente.
23. Mantengo constantemente una intención de abstención, y evito intervenir.
26. Detecto segmentos del relato que puedan ser productivos e intervengo en relación a aquellos.
27. Mantengo permanentemente una actitud aclaratoria acerca de las categorías que utiliza mi paciente.
30. Soy capaz de desengancharme de mi emoción primaria y generar una categoría conceptual alternativa, consecuente a mi función como terapeuta.
31. Estimulo a que el paciente vea las escenas desde un punto de vista objetivo (zoom out)
39. Evalúo los elementos del relato más teñidos afectivamente antes registrados, e intento profundizar en aquellos.
43. Intento asociar la experiencia en curso del paciente con categorías generales de su propio funcionamiento.
44. Ayudo a mi paciente a generar nuevas categorías, a partir de las nuevas interpretaciones de su experiencia que él realizó.

Al igual que en el caso antes analizado, los ítems 2, 7, 11, 26, 30, 31, 39 y 44 se asocian directamente a pasos de la aplicación de la técnica, incluyendo la decisión de aplicarla. Los ítems 16, 23 y 27 se relacionan con actitudes que contribuyen a la mantención del encuadre y son más genéricos, es decir, se aplican a cualquier situación dentro de la psicoterapia en el enfoque. Corresponden a diferentes subescalas del cuestionario.

Estos doce ítems también debieran conservarse en el cuestionario final, en consideración a su índice de homogeneidad.

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva o negativa no significativa con el resultado global del “Cuestionario de Evaluación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial”:

1. Escucho atentamente durante varios minutos sin intervenir.
3. Mantengo mi atención simultáneamente en el relato y en el estado emocional del paciente.
4. Logro registrar los componentes expresivos no verbales de mi paciente que pudieran evidenciar una tonalidad emotiva determinada.
5. Registro las expresiones verbales directas de emoción de mi paciente.
6. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando hay emociones poco claras o difusas.
9. Decido aplicar la Exploración-Experiencial sobre situaciones cotidianas si faltan contenidos en el relato.
10. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando yo me siento confundido con los contenidos del paciente.
12. Reconozco cuando mi paciente es capaz de usar categorías abstractas para referirse a su emoción.
13. Concentro mi atención en el modo particular en que mi paciente ordena los elementos del relato.
14. Ordeno mentalmente los contenidos para comprender el relato y detectar alguna inconsistencia en él.
15. Me dispongo personalmente para facilitarle al paciente la dinámica entre experiencia y explicación de sus contenidos.
17. Distingo si mi paciente se compromete, emocional o cognitivamente, con los acontecimientos que narra, o se mantiene sólo en lo anecdótico del relato.
18. Actúo estratégicamente para registrar mi emoción complementaria a la emoción en curso del paciente.
19. Me dispongo para ser receptivo y comprometerme con los contenidos emocionales del relato del paciente.
20. Procuero que mi paciente experimente las escenas desde el punto de vista subjetivo (zoom in).
21. Facilito el relato de mi paciente con intervenciones que indagan detalles.
22. Mantengo constantemente una actitud de escucha activa.
24. Parte de la atención hacia mí está dedicada a mis propios estados emocionales y cognitivos.
25. Procuero hacerme complementario a los aspectos ilocutivos que despliega mi paciente en el relato.
28. Intervengo indagando aspectos contextuales e interpersonales en el relato del paciente para facilitar la re-evocación.
29. Reviso diferentes niveles del relato, en lo global y lo específico.
33. Atiendo simultáneamente a elementos comunicacionales del despliegue de mi paciente que me permitan evaluar constantemente su estado emocional.
34. Movilizo alternadamente la atención de mi paciente entre su experiencia con los acontecimientos, el efecto emocional frente a aquellos, y su interpretación de los acontecimientos.
35. Estimulo la descripción detallada del contexto ambiental en el relato del paciente.
36. Procuero revelar al detalle las condiciones en torno a los estados emocionales del paciente.
38. Amplío el relato a detalles anexos al foco del paciente.
40. Trato que se produzcan nuevas asociaciones entre contenidos o interpretaciones alternativas.
41. Propongo nuevas interpretaciones a fragmentos del relato, considerando los elementos nuevos.
42. Intento que el paciente descubra y reconozca su particular modo de ordenar su experiencia.
45. Propongo asociar los contenidos iniciales con nuevas interpretaciones, para generar una nueva panorámica de lo acontecido.

Los 30 ítems expuestos previamente presentan correlaciones bajo 0.497, índice bajo el cual la correlación se considera despreciable, en relación al tamaño muestral de este estudio. Estarían descartados del cuestionario final en función a su escasa consistencia con el resto del cuestionario.

Corresponden a algunos ítems de diferentes subescalas, entre las que se cuentan: “escucha bifásica”, “aparato psíquico auxiliar”, “panorámica”, “reordenamiento experiencial” y “categorial”, y a todos los ítems de la subescala “baja de defensas”.

3.1.2.2 EVALUACIÓN POR CORRELACIONES PEARSON ÍTEM-DIMENSIÓN

Se resumen, en una tabla por separado para cada dimensión, los datos de las correlaciones de cada ítem del cuestionario con el resultado total de la subescala en la cual está incluido.

Subescala Panorámica

panorámica	pearson
I1	0,193
I2	0,417
I29	0,674
I31	0,563
I35	0,475

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva entre media y buena con el resultado global de la Subescala Panorámica:

29. Reviso diferentes niveles del relato, en lo global y lo específico.
31. Estimulo a que el paciente vea las escenas desde un punto de vista objetivo (zoom out).

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva o negativa no significativa con el resultado global de la Subescala Panorámica:

1. Escucho atentamente durante varios minutos sin intervenir.
2. Intervengo con palabras o frases breves orientadas a estimular el desarrollo del relato.
35. Estimulo la descripción detallada del contexto ambiental en el relato del paciente.

Los tres ítems de la subescala Panorámica mostrados en la tabla anterior presentan índices despreciables, y debieran descartarse del cuestionario final o redefinirse.

Subescala Escucha Bifásica

escucha bifásica	pearson
I3	0,338
I13	0,715
I16	0,748
I17	0,785
I24	0,393
I33	0,040

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva buena con el resultado global de la Subescala Escucha Bifásica:

13. Concentro mi atención en el modo particular en que mi paciente ordena los elementos del relato.
16. Mantengo una actitud de disponibilidad emocional, que me permite percibir mis propias reacciones emocionales ante el despliegue afectivo de mi paciente.
17. Distingo si mi paciente se compromete, emocional o cognitivamente, con los acontecimientos que narra, o se mantiene sólo en lo anecdótico del relato.

Los ítems 13, 16 y 17 debieran ser incluidos en el cuestionario. El ítem 16 tiene una correlación buena con el resultado global del test también, los ítems 13 y 17 no la tienen.

Los ítems 13 y 17 se relacionan con acciones que implican la puesta en marcha de diversas habilidades, como la atención, la discriminación de elementos esenciales de accesorios, la síntesis de contenidos, la detección de emoción y su catalogación en tipos de emociones, etc. Éstos hacen referencia a la comprensión del modo particular de significar su experiencia por el paciente, y si en el despliegue de contenidos por el relato se ha logrado un nivel de acercamiento a contenidos perturbadores emocionalmente. El ítem 17 alude a la actitud de disponibilidad emocional del terapeuta, necesaria para lograr lo anterior, utilizando instrumentalmente el propio emocionar del terapeuta.

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva no significativa con el resultado global de la Subescala Escucha Bifásica:

3. Mantengo mi atención simultáneamente en el relato y en el estado emocional del paciente.
24. Parte de la atención hacia mí está dedicada a mis propios estados emocionales y cognitivos.
33. Atiendo simultáneamente a elementos comunicacionales del despliegue de mi paciente que me permitan evaluar constantemente su estado emocional.

Cabría analizar si los procesos que se encuentran a la base de los enunciados son percibidos por los participantes del estudio como algo relevante para la aplicación de la técnica. Los enunciados pueden reestructurarse manteniendo la idea esencial.

Subescala Enganche-desenganche

enganche-desenganche	pearson
I18	0,384
I19	0,505
I30	0,722

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva buena con el resultado global de la Subescala Enganche-Desenganche:

19. Me dispongo para ser receptivo y comprometerme con los contenidos emocionales del relato del paciente.
30. Soy capaz de desengancharme de mi emoción primaria y generar una categoría conceptual alternativa, consecuente a mi función como terapeuta.

Corresponden, el ítem 19 a una actitud del terapeuta, y el ítem 30 a una acción concreta de la técnica relacionada con el manejo de la propia emoción del terapeuta. Estos

dos ítems debieran conservarse en el cuestionario final en función a su índice de homogeneidad.

El siguiente ítem mostró una correlación positiva no significativa con el resultado global de la Subescala Enganche-desenganche:

18. Actúo estratégicamente para registrar mi emoción complementaria a la emoción en curso del paciente.

El ítem 18 tiene una correlación no significativa tanto con la subescala Enganche-desenganche como con los resultados globales del test, ambos índices de homogeneidad están bajo el mínimo aceptable. Este ítem corresponde a un enunciado que evalúa cómo el terapeuta actúa estratégicamente, para contactar con su propia reacción afectiva frente al despliegue del paciente. Se debería descartar este ítem del cuestionario final.

Subescala Reordenamiento Experiencial

Reordenamiento Experiencial	pearson
I20	0,521
I28	0,569
I32	0,673
I34	0,386
I40	-0,228
I41	0,337
I42	0,329
I43	0,734

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva entre media y buena con el resultado global de la Subescala Reordenamiento Experiencial:

20. Procuo que mi paciente experimente las escenas desde el punto de vista subjetivo (zoom in).
28. Intervengo indagando aspectos contextuales e interpersonales en el relato del paciente para facilitar la re-evocación.
32. Logro distinguir entre la experiencia inmediata del paciente y la explicación que él hace del acontecimiento.
43. Intento asociar la experiencia en curso del paciente con categorías generales de su propio funcionamiento.

Estos cuatro ítems debieran conservarse en el cuestionario final en función a su índice de homogeneidad. Corresponden a acciones concretas para realizar pasos de la técnica, como realizar acercamiento subjetivo a la escena relatada (zoom in) en ítem 20, indagación aclaratoria (ítem 28), separar la experiencia inmediata de la explicación en el relato del paciente (ítem 32) y lograr sintetizar del relato del paciente sus modos particulares de funcionamiento (ítem 43).

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva o negativa no significativa con el resultado global de la Subescala Reordenamiento experiencial:

34. Movilizo alternadamente la atención de mi paciente entre su experiencia con los acontecimientos, el efecto emocional frente a aquellos, y su interpretación de los acontecimientos.
40. Trato que se produzcan nuevas asociaciones entre contenidos o interpretaciones alternativas.
41. Propongo nuevas interpretaciones a fragmentos del relato, considerando los elementos nuevos.
42. Intento que el paciente descubra y reconozca su particular modo de ordenar su experiencia.

Estos ítems se relacionan con la capacidad del terapeuta de entender y conectarse con los contenidos desplegados por su paciente a diferentes niveles, tanto a la experiencia anecdóticamente expresada, como a su interpretación y emocionar acorde a ella (ítem 34), así como con la capacidad de mostrarle a su paciente lo anterior (ítem 42) y proponer categorías o interpretaciones a la experiencia a medida que se integran nuevos elementos recordados (ítems 40 y 41). Se debería descartar estos ítems del cuestionario final en función a su índice de correlación.

Subescala Inmersión Emocional Plena

inmersión emocional plena	pearson
I36	0,949
I37	0,137
I39	0,125

El siguiente ítem mostró una correlación positiva muy buena con el resultado global de la Subescala Inmersión Emocional Plena:

36. Procuero revelar al detalle las condiciones en torno a los estados emocionales del paciente.
--

Este ítem debiera conservarse en el cuestionario final en función a su índice de homogeneidad. Corresponde a la esencia de la técnica del terapeuta para lograr que su paciente re-evoque, el realizar una indagación exhaustiva con el paciente y durante toda la técnica buscar comprender la experiencia en toda su amplitud.

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva no significativa con el resultado global de la Subescala Inmersión Emocional Plena:

37. Indago acerca de la participación de los personajes en la situación relatada.
39. Evaluó los elementos del relato más teñidos afectivamente antes registrados, e intento profundizar en aquellos.

Estos dos ítems debieran eliminarse del cuestionario final en función a su bajo índice de homogeneidad, no obstante, ambos tienen correlaciones considerables con el resultado global del cuestionario.

Subescala Receptividad y Escucha

receptividad y escucha	pearson
I3	0,374
I5	0,176
I11	0,813
I12	0,627
I16	0,686
I22	0,487
I25	0,315

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva entre buena y muy buena con el resultado global de la Subescala Receptividad y Escucha:

11. Registro los estados emocionales intensos de mi paciente asociados al relato.
12. Reconozco cuando mi paciente es capaz de usar categorías abstractas para referirse a su emoción.
16. Mantengo una actitud de disponibilidad emocional, que me permite percibir mis propias reacciones emocionales ante el despliegue afectivo de mi paciente.

Estos tres ítems debieran ser incluidos en el cuestionario final, ya que su índice de homogeneidad es adecuado. Corresponden al registro de las emociones del paciente, de su uso de categorías abstractas y a la actitud de disponibilidad del terapeuta para usar instrumentalmente su emoción.

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva no significativa con el resultado global de la Subescala Receptividad y Escucha:

3. Mantengo mi atención simultáneamente en el relato y en el estado emocional del paciente.
5. Registro las expresiones verbales directas de emoción de mi paciente.
22. Mantengo constantemente una actitud de escucha activa.
25. Procuero hacerme complementario a los aspectos ilocutivos que despliega mi paciente en el relato.

Los tres ítems anteriores debieran ser descartados en el cuestionario final, ya que todos tienen un índice de homogeneidad despreciable. Corresponden a actitudes esenciales del terapeuta, al reconocimiento del nivel de abstracción del paciente, a la apertura del terapeuta y al efecto que su atención tendrá sobre la percepción de “ser escuchado” de su paciente. Ninguno de los cuatro ítems tiene una correlación significativa con los resultados del test global y debiera eliminarse.

Subescala Condiciones para la Exploración-Experiencial

Condiciones para la Exploración-Experiencial	pearson
I6	0,489
I7	0,669
I8	0,590
I9	0,263
I10	0,545

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva entre media y buena con el resultado global de la Subescala Condiciones para la Exploración-Experiencial:

7. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando hay confusión cognitiva.
8. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando lo emocional y lo cognitivo son difusos.
10. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando yo me siento confundido con los contenidos del paciente.

Los ítems anteriores corresponden a tres modos de decidir que se requiere aplicar la Exploración-Experiencial, en situaciones donde el paciente muestra confusión cognitiva, cuando lo emocional y lo cognitivo del paciente son difusos y cuando el terapeuta se siente confuso debido a elementos del relato o de la emoción asociada. Los tres ítems se incluirán en el cuestionario, dado que su correlación con la Subescala Condiciones para la Exploración-Experiencial es significativa.

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva no significativa con el resultado global de la Subescala Condiciones para la Exploración-Experiencial:

6. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando hay emociones poco claras o difusas.
9. Decido aplicar la Exploración Experiencial sobre situaciones cotidianas si faltan contenidos en el relato.

Ninguno de ambos ítems logro obtener índices de homogeneidad aceptables, ni con la Subescala Condiciones para la Exploración-Experiencial ni con el test global, por lo cual debieran ser eliminados del cuestionario.

Es posible que los sujetos no asocien estos elementos de la toma de decisiones (aplicar la Exploración-Experiencial al percibir emociones poco claras o al carecer de contenidos relevantes) con un factor importante de la técnica.

Subescala Disminución de las Defensas:

bajar las defensas	pearson
I21	0,256
I28	0,579
I38	0,534

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva media con el resultado global de la Subescala Disminución de las Defensas:

28. Intervengo indagando aspectos contextuales e interpersonales en el relato del paciente para facilitar la re- evocación.
38. Amplío el relato a detalles anexos al foco del paciente.

Los ítems anteriores tienen índices de homogeneidad adecuados, por lo cual se deberían incluir en el cuestionario final. Ambos ítems contribuyen a mantener el relato en un nivel anecdótico, pero de gran evocación de la memoria episódica, manteniendo de este

modo al paciente conectado con la escena como si la reviviera, pero sin movilizar defensas. Esto último debido a que se logra una indagación intensa (28), pero aún cuando se detecta un foco importante se dispersa el examen a otros elementos periféricos para no conectar al paciente con ellos hasta no tenerlo plenamente inmerso.

El siguiente ítem mostró una correlación positiva no significativa con el resultado global de la Subescala Disminución de las Defensas:

21. Facilito el relato de mi paciente con intervenciones que indagan detalles.
--

El ítem 21 tiene un índice de correlación con la Subescala Disminución de las Defensas inferior a 0.497, al igual que con el test global, por lo cual debiera descartarse del cuestionario. Se relaciona con la capacidad del terapeuta para sostener una actitud aclaratoria y facilitar la re-evocación.

Subescala Categorical

categorial	pearson
I17	0,462
I26	0,513
I27	0,705
I44	0,798
I45	0,542

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva media con el resultado global de la Subescala Categorical:

26. Detecto segmentos del relato que puedan ser productivos e intervengo en relación a aquellos.
27. Mantengo permanentemente una actitud aclaratoria acerca de las categorías que utiliza mi paciente.
44. Ayudo a mi paciente a generar nuevas categorías, a partir de las nuevas interpretaciones de su experiencia que él realizó.
45. Propongo asociar los contenidos iniciales con nuevas interpretaciones, para generar una nueva panorámica de lo acontecido.

Estos cuatro ítems de la Subescala Categorical debieran ser incluidos en el cuestionario final, dado que todos obtuvieron índices de homogeneidad aceptables. Corresponden a actitudes y acciones del terapeuta asociadas con la indagación mediante la técnica, ordenando y clasificando los contenidos desplegados por el paciente, con el objetivo de ayudarlo a generar categorías emocionales.

El siguiente ítem mostró una correlación positiva no significativa con el resultado global de la Subescala Disminución de las Defensas:

17. Distingo si mi paciente se compromete, emocional o cognitivamente, con los acontecimientos que narra, o se mantiene sólo en lo anecdótico del relato.

Este ítem debiera ser descartado del cuestionario final, ya que no supera el índice de homogeneidad 0.497. Alude a la capacidad del terapeuta para detectar el nivel de compromiso emocional del paciente con su relato.

Por otra parte, este ítem estuvo incluido en las subescalas “Disminución de las Defensas” y “Escucha Bifásica”, no obstante su índice de correlación con “Escucha Bifásica” es bueno, a diferencia de la correlación con esta subescala, por lo cual debiera retenerse en el cuestionario final, pero solo incorporado a la escala “Escucha Bifásica”.

3.1.3 DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS CON T DE STUDENT

La aplicación de la prueba de hipótesis T de Student tuvo por objetivo comprobar si había diferencias significativas entre géneros en la competencia. Se analizó ítem por ítem. El análisis mostró 13 ítems donde las diferencias fueron significativas, en el análisis del cuestionario.

Los datos se detallan en la siguiente tabla, destacando aquellos ítems que presentan diferencias significativas:

ítem	sex	N	Mean	Std. Deviation	sign	T
i1	1	11	3,18	0,60		
	2	5	3,20	0,84	0,939	-0,08
i2	1	11	2,91	0,70		
	2	5	3,40	0,55	0,036	-2,2
i3	1	11	3,36	0,50		
	2	5	3,00	0,00	0,007	2,88
i4	1	11	3,18	0,60		
	2	5	3,40	0,89	0,419	-0,82
i5	1	11	3,45	0,69		
	2	5	3,60	0,55	0,502	-0,68
i6	1	11	2,91	0,70		
	2	5	2,80	0,45	0,601	0,529
i7	1	11	2,82	0,98		
	2	5	2,80	0,84	0,951	0,062
i8	1	11	3,00	0,77		
	2	5	2,60	0,89	0,184	1,36
i9	1	11	2,91	0,83		
	2	5	3,00	0,71	0,744	-0,33
i10	1	11	3,27	0,65		
	2	5	3,60	0,55	0,132	-1,55
i11	1	11	3,18	0,60		
	2	5	3,00	1,00	0,587	0,549
i12	1	11	3,91	0,30		
	2	5	3,40	0,89	0,038	2,172
i13	1	11	3,55	0,52		
	2	5	3,00	0,71	0,018	2,5
i14	1	11	3,09	0,70		
	2	5	3,20	0,45	0,601	-0,53
i15	1	11	2,36	0,67		
	2	5	2,00	0,71	0,151	1,475
i16	1	11	2,91	0,83		
	2	5	2,20	0,84	0,023	2,405
i17	1	11	3,27	0,65		
	2	5	3,20	0,45	0,726	0,354
i18	1	11	3,55	0,69		
	2	5	3,40	0,55	0,502	0,68
i19	1	6	2,67	0,82		
	2	4	2,75	0,96	0,802	-0,25
i20	1	11	2,64	0,81		
	2	5	2,80	0,84	0,587	-0,55

ítem	sex	N	Mean	Std. Deviation	sign	T
i21	1	11	2,91	0,70		
	2	5	2,40	0,55	0,029	2,292
i22	1	11	3,36	0,50		
	2	5	2,40	0,89	0,00	3,762
i23	1	11	2,64	0,81		
	2	5	2,60	0,55	0,871	0,163
i24	1	11	2,36	0,67		
	2	5	2,60	0,89	0,396	-862
i25	1	11	3,09	0,70		
	2	5	3,20	0,45	0,601	-0,53
i26	1	11	2,82	0,75		
	2	5	3,00	0,71	0,491	-0,7
i27	1	11	3,00	1,10		
	2	5	2,80	0,45	0,506	0,673
i28	1	11	2,91	0,83		
	2	5	3,00	0,00	0,668	-0,43
i29	1	11	3,18	0,98		
	2	5	2,80	0,84	0,248	1,178
i30	1	11	2,73	0,90		
	2	5	2,60	0,89	0,00	-5,91
i31	1	11	2,82	0,75		
	2	5	2,80	0,45	0,928	0,091
i32	1	11	2,82	0,87		
	2	5	2,80	0,45	0,935	0,082
i33	1	11	2,91	0,70		
	2	5	2,00	0,71	0,00	3,651
i34	1	11	2,73	0,79		
	2	5	2,20	0,45	0,027	2,332
i35	1	11	2,73	0,65		
	2	5	1,80	0,45	0,00	4,705
i36	1	11	3,18	0,60		
	2	5	3,00	0,71	0,445	0,775
i37	1	11	2,82	0,98		
	2	5	2,60	0,89	0,511	0,665
i38	1	11	2,45	0,93		
	2	5	2,60	0,89	0,645	-0,47
i39	1	11	2,82	0,87		
	2	5	2,40	0,55	0,113	1,632
i40	1	8	3,63	0,52		
	2	3	3,67	0,58	0,839	-0,21
i41	1	11	3,18	0,87		
	2	5	3,40	0,89	0,485	-0,71
i42	1	11	2,73	0,79		
	2	5	3,40	0,55	0,009	-2,78
i43	1	11	2,82	0,60		
	2	5	3,20	0,45	0,052	-2,03
i44	1	11	2,36	0,67		
	2	5	2,40	0,55	0,855	-0,19
i45	1	11	2,45	0,69		
	2	5	2,40	0,55	0,822	0,227

Los ítems N°2, 3, 12, 13, 16, 21, 22, 30, 33, 34, 35 y 42 (en total 12 ítems) obtuvieron un resultado T significativo, logrando discriminar diferencias entre hombres y mujeres, por lo cual se consideran ítems relevantes y debieran ser conservados en el cuestionario final aún cuando sus correlaciones con cuestionario global o subescala no sean significativas.

ÍTEMS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES POR GÉNERO

Los siguientes son los ítems donde la prueba de hipótesis concluye que hay diferencias significativas entre terapeuta hombre y mujer:

2. Intervengo con palabras o frases breves orientadas a estimular el desarrollo del relato.
3. Mantengo mi atención simultáneamente en el relato y en el estado emocional del paciente.
12. Reconozco cuando mi paciente es capaz de usar categorías abstractas para referirse a su emoción.
13. Concentro mi atención en el modo particular en que mi paciente ordena los elementos del relato.
16. Mantengo una actitud de disponibilidad emocional, que me permite percibir mis propias reacciones emocionales ante el despliegue afectivo de mi paciente.
21. Facilito el relato de mi paciente con intervenciones que indagan detalles.
22. Mantengo constantemente una actitud de escucha activa.
30. Soy capaz de desengancharme de mi emoción primaria y generar una categoría conceptual alternativa, consecuente a mi función como terapeuta.
33. Atiendo simultáneamente a elementos comunicacionales del despliegue de mi paciente que me permitan evaluar constantemente su estado emocional.
34. Movilizo alternadamente la atención de mi paciente entre su experiencia con los acontecimientos, el efecto emocional frente a aquellos, y su interpretación de los acontecimientos.
35. Estimulo la descripción detallada del contexto ambiental en el relato del paciente.
42. Intento que el paciente descubra y reconozca su particular modo de ordenar su experiencia.

3.1.4 RESUMEN DE LAS MEDICIONES DE CORRELACIONES ÍTEM-CUESTIONARIO E ÍTEM-SUBESCALA

En síntesis, los siguientes seis ítems del cuestionario no pertenecen a alguna subescala suficientemente grande como para realizar correlaciones de cada ítem con la dimensión, por lo tanto su mantención dentro del cuestionario final dependería de su correlación con el test. Se mantiene el ítem 23. Se descartan los ítems 4, 14, 15, 25 y 36.

ítem	correlación test	correlación subescala	diferencia significativa género
4	0,240	no	no
14	0,468	no	no
15	0,387	no	no
23	0,533	no	no
25	0,481	no	no
36	0,187	no	no

Los siguientes 23 ítems, los cuales se incorporan a alguna subescala de tamaño suficiente para obtener la correlación con la dimensión, presentan un adecuado índice de correlación (superior a 0.497) con la subescala a la cual pertenecen, con los resultados globales del cuestionario o con ambos:

ambos índices aceptables				correlación aceptable solo con subescala				correlación aceptable solo con test				
ítem	correlación test	correlación subescala	discrimina género	ítem	correlación test	correlación subescala	discrimina género	ítem	correlación test	correlación subescala	discrimina género	
7	0,615	0,669	no	10	0,311	0,545	no	2	0,52	0,417	si	
8	0,640	0,590	no	12	-0,073	0,627	si	23	0,53	no	no	
11	0,605	0,813	no	13	0,294	0,715	si	39	0,58	0,125	no	
16	0,580	0,748	si	17	0,449	0,785	no	37	0,80	0,137	no	
26	0,591	0,513	no	19	-0,109	0,505	no	total: 4				
27	0,573	0,705	no	20	0,398	0,521	no					
30	0,536	0,722	si	28	0,367	0,569	no					
31	0,587	0,563	no	29	0,336	0,674	no					
32	0,696	0,673	no	36	0,187	0,949	no					
43	0,524	0,734	no	38	0,455	0,534	no					
44	0,593	0,798	no	45	0,313	0,542	no					
total: 11				total: 12								

Pese a que los ítems 10, 12, 13, 17, 19, 20, 28, 29, 36, 38 y 45 tienen correlaciones no significativas con el test, se debe revisar los enunciados para que se incorporen en la subescala en la que están incluidos, debido a que tienen índices de homogeneidad aceptables con su dimensión.

Los ítems 7, 8, 11, 16, 26, 27, 30, 31, 32, 43 y 44 son fuertes, al tener índices significativos en su correlación con el cuestionario global y con su subescala, especialmente el 16 y el 30 al discriminar por género también. Los 23 ítems anteriores deben ser incluidos en el cuestionario final.

Los siguientes 15 ítems presentan una correlación no significativa con los resultados globales del cuestionario y con la subescala a la cual pertenecen. Estos ítems debieran ser revisados, y evaluar si discriminan por género, manteniendo aquellos ítems que lo hacen en el cuestionario final. En la tabla figuran destacados los ítems discriminativos:

ítem	correlación test	correlación subescala	discrimina género
1	-0,199	0,193	no
3	0,386	0,34 y 0,37	si
5	-0,036	0,176	no
6	0,416	0,489	no
9	-0,017	0,263	no
18	0,011	0,384	no
21	0,265	0,256	si
22	0,040	0,487	si
24	-0,076	0,393	no
33	0,171	0,040	si
34	0,426	0,386	si
35	0,165	0,475	si
40	-0,389	-0,228	no
41	0,075	0,337	no
42	0,328	0,329	si

Los ítems 3, 21, 22, 33, 34, 35 y 42 (siete ítems en total de la tabla anterior) presentan un índice T de Student que comprueba que discriminan significativamente diferencias de género en los terapeutas. Estos ítems debieran ser conservados en el cuestionario final.

En resumen, de los 45 ítems originales, 25 ítems se mantendrán en el cuestionario final, en consideración a su índice de homogeneidad superior a 0.497, ya sea para la consistencia interna por correlación con el cuestionario global o con la subescala a la que pertenecen. Además, los siete ítems que no obtuvieron buenas correlaciones pero que son importantes porque discriminan diferencias de género en los terapeutas de manera significativa, serán incorporados al cuestionario definitivo. Este cuestionario tendrá un total de 33 ítems. Son los ítems 2, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 43, 44 y 45. Los 12 ítems eliminados del cuestionario de manera definitiva son: el 1, 4, 5, 6, 9, 14, 15, 18, 24, 25, 40 y 41.

3.2 ANÁLISIS DE “PAUTA DE OBSERVACIÓN DE COMPETENCIAS ESPECIALIZADAS PARA LA APLICACIÓN DE LA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL”

3.2.1 CONFIABILIDAD

Se evaluó la confiabilidad mediante prueba de consistencia interna, medida a través de Alfa de Cronbach, se obtuvo un índice de 0,757. El nivel de coherencia interna del cuestionario es suficiente para probar la confiabilidad de la “Pauta de Observación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial”.

3.2.2 VALIDEZ

3.2.2.1 EVALUACIÓN DE LA CORRELACIÓN DE PEARSON ÍTEM-INSTRUMENTO

Se resumen en una tabla los datos de las correlaciones Pearson de cada ítem con el resultado total del test, para la pauta de observación. Aparecen destacados los ítems con correlaciones significativas:

ÍTEM EVALUADO	pearson
Gesticulación	0,582
Proxémica	-0,138
Fisiognómica	0,663
Contacto visual	0,481
Entonación	0,298
Frecuencia	0,663
Énfasis	0,034
Pausas	0,498
Tempo	0,690
Prosodia	no obtenida
Escucha sin intervenir	0,430
Intervención inapropiada	-0,430
Usa palabras para movilizar	0,359
Focalizando contenidos paciente (Neutralidad)	0,354
Escucha activa con receptividad	0,100
Facialidad acorde emoción paciente	0,442
No emite juicios, ni impone categorías (neutralidad).	0,539
Enuncia categorías alternativas (escepticismo)	0,294
Complementariedad en lo ilocutivo (escucha activa)	0,313
Evidencia diferencia experiencia-explicación.	-0,016
Propone interpretaciones alternativas (categorías).	0,294
Intenta descubrir y reconozca su particular modo de ordenar su experiencia	0,294
Inserta proposicionalmente categorías alternativas y generales del funcionamiento del paciente.	no obtenida
Generar nueva panorámica de lo acontecido, incluyendo nuevas categorías.	no obtenida

ÍTEM EVALUADO	pearson
Amplia la información con preguntas muy específicas.	0,720
Pregunta: ¿Qué sucedió antes?, ¿Qué sucedió durante? Y ¿Qué sucedió después?	0,287
Focaliza en un aspecto de lo relatado, para indagar más.	0,231
Estimula descripción detallada de la escena (acontecimientos).	0,500
Estimula descripción detallada contexto interpersonal (personajes).	0,740
Estimula descripción detallada contexto ambiental.	0,494
Mantiene nivel de detallismo anecdótico, bajando las defensas, pudiendo observarse escasa ansiedad en éste.	0,606
Amplía relato a detalles anexos al foco	0,355
Propone conexiones entre contenidos del relato.	0,282
Guía alternadamente atención a diferentes niveles del relato, de lo global a lo específico	0,444
Guía alternadamente atención entre su experiencia con los acontecimientos, su interpretación y la emoción.	no obtenida

De los ítems anteriores, nueve de ellos presentan índices de homogeneidad significativos (superiores a 0.497) con respecto a los resultados globales de la pauta de observación.

Se presentan a continuación los ítems analizados, agrupados según el grado de correlación obtenida con el test (resultando en ítems válidos o no válidos para evaluar la competencia).

En los siguientes ítems no pudo calcularse la correlación con el resultado global de la Pauta de Observación, ya que los resultados fueron homogéneos para todos los sujetos de la muestra. En todos los casos, la totalidad de los sujetos de la muestra no pudieron mostrar la conducta evaluada.

Prosodia
Inserta proposicionalmente categorías alternativas y generales del funcionamiento del paciente.
Generar nueva panorámica de lo acontecido, incluyendo nuevas categorías.
Guía alternadamente atención entre su experiencia con los acontecimientos, su interpretación y la emoción.

Estos cuatro ítems debieran conservarse en el instrumento final, a objeto de que en etapas posteriores de afinamiento del cuestionario se evalúe si se trata de acciones que pueden ser realizadas por el terapeuta evaluado y observadas por los evaluadores del terapeuta.

En consideración a que la pauta fue probada en este estudio piloto, en situación de simulación, es posible que se hayan incluido elementos no controlados que hayan interferido en la elicitación de las conductas que evalúan los ítems anteriores.

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva entre media y muy buena con el resultado global de la Pauta de Observación:

Estimula descripción detallada contexto interpersonal (personajes).
Amplia la información con preguntas muy específicas.
Tempo
Pausas
Fisiognómica
Frecuencia
Mantiene nivel de detallismo anecdótico, bajando las defensas, pudiendo observarse escasa ansiedad en éste.
Gesticulación
No juicios, ni impone categorías (neutralidad).
Estimula descripción detallada de la escena (acontecimientos).
Estimula descripción detallada contexto ambiental.

Los once ítems anteriores debieran ser incluidos en la Pauta de Observación definitiva, dado que sus índices de homogeneidad son significativos. El último de ellos, “Estimula descripción detallada contexto ambiental”, presenta una correlación de 0.494, por centésimas inferior al nivel de significación, por aproximación se agrega a los ítems válidos.

Sumados a los cuatro ítems de los que no se pudo obtener una correlación, son quince los ítems que se mantienen en la pauta de observación final. Cinco de los ítems significativos corresponden a la Subescala “Acto de habla”, cinco a la subescala “Técnica de la Exploración-Experiencial” y el onceavo ítem corresponde a la subescala “Encuadre”. La subescala “Categoría Alternativa” no presenta ítems con elevado nivel de homogeneidad con los resultados globales de la pauta, lo que pudiera ser explicado por las condiciones de la aplicación, en particular, por las restricciones de tiempo. Se trata de una subescala que agrupa conductas observables correspondientes a etapas tardías de la aplicación de la técnica, la cual, dada su progresión, requiere de estas acciones del terapeuta en momentos en que se ha realizado ya todas las acciones previas. Es muy difícil realizar estas acciones sin haber terminado todas las anteriores, lo cual requiere tiempo.

No obstante, la subescala “Encuadre” también presenta baja homogeneidad con el instrumento, en consideración que esta escala incluye acciones que denotan actitudes básicas para la aplicación de la técnica, entre otras cosas, por lo cual debieran ser acciones previas o realizadas al inicio de la aplicación. Esto resulta interesante de examinar, pudiendo hipotetizarse que los sujetos tendieron a enfatizar diferentes elementos de la técnica, y algunos se aplicaron a desplegar competencias indagatorias, mientras que otros se dedicaron a profundizar la relación con el paciente.

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva no significativa con el resultado global de la Pauta de Observación:

Contacto visual
Guía alternadamente atención a diferentes niveles del relato, de lo global a lo específico
Facialidad acorde emoción paciente
Escucha sin intervenir
Usa palabras para movilizar
Amplía relato a detalles anexos al foco
Focaliza en los contenidos paciente (neutralidad)
Complementariedad en lo ilocutivo (escucha activa)
Entonación
Enuncia categorías alternativas (escepticismo)
Propone interpretaciones alternativas (categorías).
Intenta descubrir y reconozca su particular modo de ordenar su experiencia
Pregunta: ¿Qué sucedió antes?, ¿Qué sucedió durante? y ¿Qué sucedió después?
Propone conexiones entre contenidos del relato.
Focaliza en un aspecto de lo relatado, para indagar más.
Escucha activa con receptividad
Énfasis
Evidencia diferencia experiencia-explicación.
Proxémica
Intervención inapropiada

Los veinte ítems anteriores obtuvieron índices de correlación inferiores a 0.497, valor sobre el cual es aceptable el ítem para mantenerlo dentro del cuestionario final. Todos ellos debieran ser descartados de la pauta de observación definitiva, si no presentan otros valores significativos.

3.2.2.2 EVALUACIÓN DE LA CORRELACIÓN PEARSON ÍTEM-SUBESCALA

Se resumen en una tabla para cada dimensión, los datos de las correlaciones de Pearson de cada ítem con el resultado total de la subescala, para la pauta de observación, y se destacan las correlaciones sobre el nivel requerido para su inclusión:

Subescala Categoría Alternativa

CATEGORÍA ALTERNATIVA	
Evidencia diferencia experiencia-explicación.	0,398
Propone interpretaciones alternativas (categorías).	0,889
Intenta descubra y reconozca su particular modo de ordenar su experiencia	0,889
Inserta proposicionalmente categorías alternativas y generales del funcionamiento del paciente.	no obtenida
Generar nueva panorámica de lo acontecido, incluyendo nuevas categorías.	no obtenida

Se repite la situación de los ítems con todos los sujetos evaluados igual en el análisis ítem-pauta. En los ítems que continúan no pudo calcularse la correlación con el resultado global de la subescala “Categoría Alternativa”. En ambos casos, la totalidad de los sujetos de la muestra no pudieron mostrar la conducta evaluada.

Inserta proposicionalmente categorías alternativas y generales del funcionamiento del paciente.
Generar nueva panorámica de lo acontecido, incluyendo nuevas categorías.

Se requerirá un análisis cualitativo posterior para evaluar la validez de estos ítems, por lo cual inicialmente se incluyen éstos en la pauta final.

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva muy fuerte (0.75 a 1.0) con el resultado global de la Subescala “Categoría Alternativa”:

Propone interpretaciones alternativas (categorías).
Intenta descubra y reconozca su particular modo de ordenar su experiencia

Ambos ítems tienen índices de homogeneidad elevados, por lo cual se mantienen en la pauta de observación final.

En total, de los cinco ítems que componen la subescala “Categoría Alternativa”, cuatro se conservan en el cuestionario final. Corresponden a la proposición de categorías emocionales distintas al paciente, tanto a nivel concreto como de categorías generales de funcionamiento; al esfuerzo de mostrar al paciente cómo es su propio modo de funcionar; y a cerrar la técnica, generando una nueva visión de la escena completa del paciente, de modo que éste pueda explicarla de manera más amplia, flexible e inclusiva.

El siguiente ítem mostró una correlación positiva no significativa con el resultado global de la subescala “Categoría Alternativa”:

Evidencia diferencia experiencia-explicación.

Este ítem tiene una correlación inferior a 0.497 con la Subescala “Categoría Alternativa”, por lo cual no cumple el mínimo requerido para ser incluida en la pauta final, debiendo descartarse.

Subescala Acto de Habla

ACTO DE HABLA	Pearson
Gesticulación	0,450
Proxémica	0,000
Fisiognómica	0,751
Contacto visual	0,469
Entonación	0,608
Frecuencia	0,626
Énfasis	0,411
Pausas	0,542
Tempo	0,752
Prosodia	no obtenida

En el ítem “Prosodia” no pudo calcularse la correlación con el resultado global de la Subescala “Acto de Habla” ni con la pauta global, ya que los resultados fueron homogéneos. En este caso, la totalidad de los sujetos de la muestra no pudieron mostrar la conducta evaluada. Este ítem queda sujeto a una evaluación posterior para decidir su aceptación en la pauta final.

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva entre media y buena con el resultado global de la Subescala “Acto de Habla”:

Tempo
Fisiognómica
Frecuencia
Entonación
Pausas

Los anteriores cinco ítems deben ser incluidos en la pauta final, dado que todos presentan índices de homogeneidad con la subescala significativos.

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva no significativa con el resultado global de la Subescala “Acto de Habla”:

Contacto Visual
Gesticulación
Énfasis
Proxémica

Estos cuatro ítems tienen índices de homogeneidad insuficientes para incluirlos en la pauta de observación final, al no cumplir el mínimo aceptable.

Subescala Encuadre

ENCUADRE	Pearson
Escucha sin intervenir	0,409
Intervención inapropiada	-0,409
Palabras movilizar	0,349
Focaliza en los contenidos paciente (Neutralidad)	0,379
Escucha activa con receptividad	0,588
Facialidad acorde emoción paciente	0,768
No juicios, ni impone categorías (neutralidad).	0,429
Enuncia categorías alternativas (escepticismo)	0,070
Complementariedad en lo ilocutivo (escucha activa)	0,811

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva entre media y muy buena con el resultado global de la Subescala “Encuadre”:

Complementariedad en lo ilocutivo (escucha activa)
Facialidad acorde emoción paciente
Escucha activa con receptividad

Por su elevado índice de homogeneidad, los tres ítems previamente expuestos deben ser considerados en la pauta de observación final. Se trata de ítems que evalúan actitudes básicas para el establecimiento de las condiciones para desarrollar la técnica, como son la actitud de escucha expresada en la complementariedad con el paciente y su emoción en aspectos ilocutivos de la comunicación, y la receptividad de los contenidos que despliega.

Otra característica de estos ítems es corresponden a acciones observables a simple vista, en la comunicación no verbal del paciente y del terapeuta, pudiendo observarse el elemento perlocutivo en los actos de habla de ambos también.

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva no significativa con el resultado global de la Subescala “Encuadre”:

No emite juicios ni impone categorías (neutralidad).
Escucha sin intervenir
Focaliza en contenidos paciente (Neutralidad)
Usa palabras para movilizar
Intervención inapropiada
Enuncia categorías alternativas (escepticismo)

Los seis ítems anteriores no superan el índice de homogeneidad de 0.497, y por ello debieran ser excluidos en la pauta de observación final.

Subescala Técnica Exploración-Experiencial

TÉCNICA EXPLORACIÓN EXPERIENCIAL	Pearson
Amplia la información con preguntas muy específicas.	0,687
Pregunta: ¿Qué sucedió antes?, ¿Qué sucedió durante? Y ¿Qué sucedió después?	0,120
Focaliza en un aspecto de lo relatado, para indagar más.	0,352
Estimula descripción detallada de la escena (acontecimientos).	0,612
Estimula descripción detallada contexto interpersonal (personajes).	0,754
Estimula descripción detallada contexto ambiental.	0,725
Mantiene nivel de detallismo anecdótico, bajando las defensas, pudiendo observarse escasa ansiedad en éste.	0,648
Amplía relato a detalles anexos al foco	0,512
Propone conexiones entre contenidos del relato.	0,543
Guía alternadamente atención a diferentes niveles del relato, de lo global a lo específico	0,543
Guía alternadamente atención entre su experiencia con los acontecimientos, su interpretación y la emoción.	no obtenida

En el siguiente ítem no pudo calcularse la correlación con el resultado global de la Subescala “Técnica Exploración-Experiencial”, ya que los resultados fueron homogéneos.

Guía alternadamente atención entre su experiencia con los acontecimientos su interpretación y la emoción.

En el caso anterior, la totalidad de los sujetos de la muestra no pudieron mostrar la conducta evaluada. Este ítem debiera ser mantenido de manera condicional, a la espera de posteriores etapas en la validación del instrumento. Por otra parte, la correlación del ítem con el test es aceptable, por lo cual se debe incluir el ítem en la pauta de observación final.

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva entre media y buena con el resultado global de la Subescala “Técnica Exploración-Experiencial”:

Estimula descripción detallada contexto interpersonal (personajes).
Estimula descripción detallada contexto ambiental.
Amplía la información con preguntas muy específicas.
Mantiene nivel de detallismo anecdótico, bajando las defensas, pudiendo observarse escasa ansiedad en éste.
Estimula descripción detallada de la escena (acontecimientos).
Propone conexiones entre contenidos del relato.
Guía alternadamente atención a diferentes niveles del relato, de lo global a lo específico
Amplía relato a detalles anexos al foco

Los ocho ítems anteriores califican por su índice de homogeneidad, para ser incluidos en el instrumento definitivo.

Los siguientes ítems mostraron una correlación positiva no significativa con el resultado global de la Subescala “Técnica Exploración-Experiencial”:

Focaliza en un aspecto de lo relatado para indagar más.
Pregunta: ¿Qué sucedió antes?, ¿Qué sucedió durante? y ¿Qué sucedió después?

Dado que los ítems anteriores no superaron el índice aceptable (0.497) en su correlación con la subescala Técnica Exploración-Experiencial ni con el resultado global del test, no debiera ser conservado en la pauta de observación final.

3.2.3 DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS CON T DE STUDENT

La aplicación de la prueba de hipótesis T de Student tuvo por objetivo comprobar si había diferencias significativas entre géneros en la competencia de los terapeutas. Se analizó ítem por ítem. Los datos se detallan en la siguiente tabla, destacando aquellos ítems que presentan diferencias significativas:

Ítem	sex	N	Mean	Std. Dev	sig.	T
Gesticulación	1	11	1,18	0,40		
	2	5	1,00	0,00	0,082	1,8
Proxémica	1	11	1,55	0,52		
	2	5	1,40	0,55	0,43	0,793
Fisiognómica	1	11	1,55	0,52		
	2	5	1,40	0,55	0,43	0,793
Contacto visual	1	11	1,91	0,30		
	2	5	2,00	0,00	0,24	-1,2
Entonación	1	11	1,45	0,52		
	2	5	1,40	0,55	0,79	0,264
Frecuencia	1	11	1,64	0,50		
	2	5	1,20	0,45	0,01	2,616
Énfasis	1	11	1,18	0,40		
	2	5	1,20	0,45	0,9	-0,13
Pausas	1	11	1,82	0,40		
	2	5	1,60	0,55	0,21	1,294
Tempo	1	11	1,82	0,40		
	2	5	1,40	0,55	0,02	2,47
Prosodia	1	11	1,00	0,00		
	2	5	1,00	0,00	0	999
Escucha sin intervenir	1	11	2,00	0,00		
	2	5	1,80	0,45	0,09	1,778
Intervención inapropiada	1	11	1,00	0,00		
	2	5	1,20	0,45	0,09	-1,778
Usa palabras o frases breves para movilizar	1	11	1,73	0,47		
	2	5	1,40	0,55	0,078	1,825
Focaliza en contenidos del paciente (abstención)	1	11	1,82	0,40		
	2	5	1,60	0,55	0,206	1,294
Escucha con receptividad	1	11	1,64	0,50		
	2	5	1,60	0,55	0,831	0,215
Facialidad acorde a su paciente	1	11	1,45	0,52		
	2	5	1,20	0,45	0,156	1,454
No emite juicios	1	11	1,64	0,50		
	2	5	1,60	0,55	0,831	0,215
Categoría alternativas	1	11	1,00	0,00		
	2	5	1,20	0,45	0,086	-1,778
Complementariedad en lo ilocutivo	1	11	1,55	0,52		
	2	5	1,40	0,55	0,434	0,793
Diferencia entre experiencia y explicación	1	11	1,00	0,00		
	2	5	1,20	0,45	0,086	-1,778
Propone interpretación alternativa	1	11	1,00	0,00		
	2	5	1,20	0,45	0,434	0,793
Modo de ordenar la experiencia	1	11	1,00	0,00		
	2	5	1,20	0,45	0,434	0,793

	sex	N	Mean	Std. Dev	T	T
Producir nuevas categorías generales	1	11	1,00	0,00		
	2	5	1,00	0,00	0	999.99
Generar una nueva panorámica	1	11	1,00	0,00		
	2	5	1,00	0,00	0	999.99
Amplia la información	1	11	1,82	0,40		
	2	5	1,20	0,45	0	4.119
Panorámica	1	11	1,36	0,50		
	2	5	1,40	0,55	0.831	-0.215
Focaliza en un aspecto	1	11	1,64	0,50		
	2	5	1,80	0,45	0.349	-0.51
Estimula descripción detallada de la escena	1	11	1,55	0,52		
	2	5	1,20	0,45	0.051	2.036
Estimula descripción detallada de elemento interpersonal	1	11	1,36	0,50		
	2	5	1,20	0,45	0.349	0.951
Estimula descripción detallada del ambiente	1	11	1,45	0,52		
	2	5	1,20	0,45	0.156	1.454
Facilita el detallismo anecdótico	1	11	1,45	0,52		
	2	5	1,00	0,00	0.002	3.462
Se focaliza en aspecto anexos al foco	1	11	1,27	0,47		
	2	5	1,00	0,00	0.029	2.298
Realiza conexiones entre contenidos	1	11	1,27	0,47		
	2	5	1,40	0,55	0.478	-0.719
Guía atención desde lo global a lo específico	1	11	1,18	0,40		
	2	5	1,60	0,55	0.019	-2.47
Guía atención alternativamente entre los acontecimientos, la interpretación y emoción	1	11	1,00	0,00		
	2	5	1,00	0,00	0	999.99

ÍTEMS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES POR GÉNERO

Se detallan abajo los ítems donde la prueba de hipótesis concluye que hay diferencias significativas entre terapeuta hombre y mujer:

Frecuencia
Tempo
Detallismo anecdótico
Se focaliza en aspecto anexos al foco
Guía atención desde lo global a lo específico
Amplia información

La prueba de hipótesis T de Student mostró seis ítems donde las diferencias fueron significativas, los ítems destacados en turquesa, los cuales presentan niveles de significación superiores al alfa (0.05). Los cuatro ítems destacados en rosado corresponden a los mismos ítems que no obtuvieron correlaciones debido a sus resultados sin varianza, se muestran a continuación:

Prosodia
Categorías generales
Guía atención entre los acontecimientos, la interpretación y emoción.
Nueva panorámica

Los diez ítems se conservan en la pauta de observación definitiva.

3.2.4 RESUMEN DE LAS MEDICIONES DE CORRELACIONES ÍTEM-PAUTA E ÍTEM-SUBESCALA

En la siguiente tabla se muestran los cuatro ítems, debido a la ausencia de varianza, no se logró obtener correlaciones significativas con el test ni con la subescala, y la prueba T muestra correlación 0.0:

correlaciones no obtenidas			
ÍTEM	Pearson	Pearson	T
Prosodia	no obtenida	no obtenida	0,0
Inserta proposicionalmente categorías alternativas y generales del funcionamiento del paciente.	no obtenida	no obtenida	0,0
Genera nueva panorámica de lo acontecido, incluyendo nuevas categorías.	no obtenida	no obtenida	0,0
Guía alternadamente atención entre su experiencia con los acontecimientos, su interpretación y la emoción.	no obtenida	no obtenida	0,0

En todos los casos los ítems fueron homogéneos, dado que ningún sujeto de la muestra logró evidenciar la conducta evaluada. Se deben analizar cualitativamente estos ítems para evaluar su inclusión en la pauta de observación definitiva, no obstante, temporalmente se incluyen en la pauta final para posteriores etapas de investigación.

En la próxima tabla se muestran los once ítems que obtuvieron índices de homogeneidad aceptables en ambas mediciones, es decir, al correlacionarlas con los resultados globales de la pauta y con la subescala a la cual pertenecen.

ambas correlaciones aceptables			
ÍTEM	correlación test	correlación subescala	T
Estimula descripción detallada contexto interpersonal (personajes).	0,740	0,754	0.349
Amplía la información con preguntas muy específicas.	0,720	0,687	0.0
Tempo	0,690	0,752	0.02
Fisiognómica	0,663	0,751	0.43
Frecuencia	0,663	0,626	0.01
Mantiene nivel de detallismo anecdótico, bajando las defensas, pudiendo observarse escasa ansiedad en éste.	0,606	0,648	0.002
Gesticulación	0,582	0,450	0.082
No emite juicios, ni impone categorías (neutralidad).	0,539	0,429	0.831
Estimula descripción detallada de la escena (acontecimientos).	0,500	0,612	0.051
Pausas	0,498	0,542	0.21
Estimula descripción detallada contexto ambiental.	0,494	0,725	0.156

Estos once ítems se mantienen en el instrumento definitivo, debido a que estos son homogéneos en relación con el test y con la subescala que los contienen. Los ítems “Amplía información con preguntas específica”, “Fisiognómica”, “Frecuencia” y “Detallismo anecdótico” discriminan de manera significativa entre terapeutas hombres y mujeres, por lo cual se les considera los ítems más fuertes de la Pauta de Observación.

En la siguiente tabla se muestran los nueve ítems que obtuvieron correlaciones no significativas con el test, pero que tienen correlaciones aceptables con la subescala que los contiene:

correlación insuficiente con el test y significativa con la subescala			
ÍTEM	correlación test	correlación subescala	T
Propone interpretaciones alternativas (categorías).	0,294	0,889	0.434
Intenta paciente descubra y reconozca su particular modo de ordenar su experiencia	0,294	0,889	0.434
Complementariedad en lo ilocutivo (escucha activa)	0,313	0,811	0.434
Facialidad acorde emoción paciente	0,442	0,768	0.156
Entonación	0,298	0,608	0.79
Escucha activa con receptividad	0,100	0,588	0.831
Propone conexiones entre contenidos del relato.	0,282	0,543	0.478
Amplía relato a detalles anexos al foco	0,355	0,512	0.029
Guía alternadamente atención a diferentes niveles del relato, de lo global a lo específico	0,444	0,543	0.019

Los nueve ítems anteriores deben ser conservados en la pauta de observación definitiva. De estos, si bien todos muestran índices de homogeneidad no significativos con el resultado global de la pauta, dos ítems son más fuertes debido a que discriminan por género del terapeuta. Son “Amplía relato a detalles anexos al foco” y “Guía alternadamente atención a diferentes niveles del relato, de lo global a lo específico”.

No se obtuvieron ítems correlacionados significativamente con el resultado global de la pauta de observación, pero que no correlacionaran adecuadamente con la subescala a la cual pertenecen. Los once ítems con correlaciones significativas “ítem-pauta global” tuvieron índices de correlación elevados con la subescala que los contiene.

De los 24 ítems conservados por su correlación significativa en ambas mediciones o sólo con la subescala que los contiene, o conservados debido a la imposibilidad de obtener correlaciones, siete corresponden a la subescala “Acto de Habla”; cuatro son parte de la subescala “Encuadre”; cuatro pertenecen a la subescala “Categoría Alternativa”; y los nueve restantes componen la subescala “Técnica Exploración-Experiencial”.

Finalmente, se muestran a continuación los once ítems que obtuvieron correlaciones no significativas en ambas mediciones.

ÍTEM	correlaciones test	correlaciones subescala	T
Contacto visual	0,481	0,469	0.24
Escucha sin intervenir	0,430	0,409	0.09
Énfasis	0,034	0,411	0.9
Intervención inapropiada	-0,430	-0,409	0.09
Usa palabras para movilizar	0,359	0,349	0.078
Focaliza en contenidos paciente (Neutralidad)	0,354	0,379	0.206
Enuncia categorías alternativas (escepticismo)	0,294	0,070	0.086
Pregunta: ¿Qué sucedió antes?, ¿Qué sucedió durante? y ¿Qué sucedió después?	0,287	0,120	0.831
Focaliza en un aspecto de lo relatado, para indagar más.	0,231	0,352	0.349
Evidencia diferencia experiencia-explicación.	-0,016	0,398	0.086
Proxémica	-0,138	0,000	0.43

Todos estos ítems debieran ser eliminados del cuestionario final, en consideración con su índice de homogeneidad, en ambas mediciones insuficientes. Ninguno de ellos discrimina terapeutas en función a su género. Los once ítems deben ser eliminados de la pauta de observación definitiva.

3.3 ANÁLISIS POSTERIOR A LA ELIMINACIÓN DE LOS ÍTEMS

CONFIABILIDAD

Una vez que se determinó los ítems que aportan a la validez en cada instrumento, se repitió la evaluación de confiabilidad mediante Alfa de Cronbach con los ítems definitivos del cuestionario y de la pauta de observación. Los resultados evidenciaron una mejora en la consistencia interna de los instrumentos. El “Cuestionario de Evaluación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial” arrojó una confiabilidad de 0,886; y la “Pauta de Observación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial” mostró una confiabilidad de 0,834.

3.4 COMPOSICIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DEFINITIVOS

3.4.1 Cuestionario de Evaluación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial

Finalmente, el “Cuestionario de Evaluación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial” quedó compuesto por 31 ítems que aportan a la validez y la confiabilidad de éste. La composición de ítems por subescala se describe en la siguiente tabla:

SUBESCALA	TOTAL ÍTEMS	ÍTEMS	NÚMERO ANTERIOR ÍTEMS	ÍTEMS ELIMINADOS	ÍTEM COMPARTIDO
Panorámica	4	2, 29, 31, 35	5	1	no
Reconocimiento de fractura del discurso	0	ninguno	1	14	no
llocución	0	ninguno	2	4, 25	no
Aparato Psíquico Auxiliar	0	ninguno	1	15	no
Escucha Bifásica	5	3, 13, 16, 17, 33	6	24	3, 13 y 16
Enganche-desenganche	2	19, 30	3	18	no
Reordenamiento experiencial	6	20, 28, 32, 34, 42, 43	8	40, 41,	28
Abstención	2	13, 23	2	ninguno	13
Inmersión Emocional Plena	3	36, 39	3	ninguno	37
Receptividad y Escucha	5	11, 12, 16, 22	7	5, 25	3 y 16
Condiciones para la Exploración-Experiencial	3	7, 8, 10	5	6, 9	no
Disminución de Defensas	3	21, 28, 38	3	ninguno	28
Categorial	4	26, 27, 44, 45	5	17 (se traspasa a otra escala)	no
Re-evocación	1	37	2	36 (se traspasa a otra escala)	37

Los ítems 3, 13, 16, 28, 37, los cuales aparecen destacados, están repetidos en dos escalas. El ítem 3 tiene una correlación insuficiente con ambas escalas pero se situará en “Escucha bifásica” dado que es más representativo de éste. El ítem 13 debiera seguir en “Escucha bifásica” dada su elevada correlación, pero puede continuar en ambas escalas. Del mismo modo los ítems 16 y 28, los cuales correlacionan significativamente con ambas escalas. El ítem 37 se elimina de la subescala “Inmersión emocional” y queda en re-evocación.

Las subescalas “Reconocimiento de fractura del discurso”, “llocución” y “Aparato Psíquico Auxiliar” se eliminan del cuestionario, al perder todos sus ítems. Los ítems 17 y 36,

los cuales pertenecían a más de una escala, pasan a formar parte de las subescalas con las cuales obtuvieron índices de homogeneidad satisfactorios.

3.4.2 PAUTA DE OBSERVACIÓN DE COMPETENCIAS ESPECIALIZADAS PARA LA APLICACIÓN DE LA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

La “Pauta de Observación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial” definitiva integraría 24 ítems que aportan a la validez y la confiabilidad de éste.

SUBESCALA	TOTAL ÍTEMS	ÍTEMS DEFINITIVOS	Nº PREVIO ÍTEMS	ÍTEMS ELIMINADOS
Acto de Habla	7	Prosodia, gesticulación, fisiognómica, tempo, frecuencia, entonación, pausas	10	Proxémica, contacto visual, énfasis.
Encuadre	4	Escucha activa con receptividad, facialidad acorde emoción paciente, no emite juicios, complementariedad en lo ilocutivo	9	Escucha sin intervenir demasiado, enuncia categorías alternativas, intervenciones inapropiadas, usa palabras para movilizar, focaliza sólo contenidos paciente
Técnica Exploración-Experiencial	9	Estimula descripción detallada personajes, estimula descripción detallada ambiente, estimula descripción detallada acontecimientos, amplía relato a detalles anexos, amplía información preguntas específicas, propone conexiones contenidos, detallismo anecdótico para bajar defensas, guía atención paciente a diferentes niveles del relato, guía atención paciente entre experiencia, interpretación y emoción.	11	Panorámica: ¿qué sucedió antes?, ¿durante? y ¿después?, focaliza un aspecto relato.
Categoría Alternativa	4	Propone interpretaciones alternativas, intenta paciente descubra modo de ordenar experiencia, propone categorías generales de su funcionamiento, nueva panorámica.	5	Evidencia al paciente diferencia experiencia-explicación,

CUARTA PARTE

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1.1 SÍNTESIS DE PRINCIPALES RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A partir la investigación teórica dentro del estudio exploratorio, se logró identificar las diferentes etapas que integran el procedimiento de aplicación de la técnica procedural Exploración-Experiencial. La teoría clínica Constructivista-Cognitiva describe claramente cada uno de los procesos intrínsecos a la metodología que comprende la técnica procedural Exploración-Experiencial, de modo que al investigar la teoría se pudo esquematizar estos procesos identificando las acciones específicas que realiza el terapeuta durante la aplicación de aquella. Estas acciones o conductas implican la existencia de la competencia del terapeuta, como fue descrita por Yáñez (2005), incluyendo los componentes de ésta: conocimiento, habilidad, actitud y autoconcepto.

En las primeras etapas de la indagación teórica, se diseñó el esquema antes descrito, desde el cual se extrajo una lista de acciones las cuales operacionalizan los procesos en la técnica, y estas acciones se redactaron como enunciados dentro de un cuestionario de autoevaluación para ser aplicado después de una sesión de psicoterapia donde se haya utilizado la técnica. En paralelo, se diseñó una pauta de observación para ser aplicada por terapeutas expertos, la cual contiene enunciados paralelos a los del cuestionario. No obstante, para lograr obtener estos instrumentos se debió soslayar una serie de inconvenientes en la traducción de las bases teóricas de la técnica a procesos operacionalizables, los cuales pudieran ser interpretados por el propio sujeto o por un observador externo.

Un orden de tales dificultades es de índole teórica. Cabe señalar que, dentro del modelo, no habría intentos previos por sistematizar operaciones del terapeuta en forma de instructivos exhaustivos ni en instrumentos de evaluación o autoevaluación de terapeutas. Es posible aludir a una serie de razones que incidirían en dificultar una tarea de esta magnitud. Por una parte, el manejo de la metodología en el enfoque Constructivista-Cognitivo implica elementos procedurales de compleja descripción, como lo sería el manejo instrumental de de la propia emoción del terapeuta para acceder técnicamente al enganche con la emoción del paciente, simultáneamente desengancharse y descentrarse. En los instrumentos diseñados en este estudio se incluyó este elemento como una subescala solamente en el cuestionario, debido a que el enganche y desenganche técnico consiste en un proceso de elevada complejidad y transcurso interno al terapeuta, difícilmente observable desde la

perspectiva de un observador externo, al no manifestarse claramente en indicadores conductuales. La autora consideró posible que un terapeuta reporte aspectos perceptibles de este proceso durante su aplicación de la técnica, y operacionalizó estos elementos en enunciados del cuestionario de autoreporte. Sin embargo, no halló un modo plausible de operacionalizar el proceso de manera que un observador externo identifique indicadores, en la conducta del paciente o del terapeuta, de que se esté cursando un proceso de enganche y desenganche técnico.

En términos de complejidad, otra dificultad teórica al momento de operacionalizar procesos consistió en abordar elementos técnicos usados en determinada etapa de la Exploración-Experiencial, en los cuales hay una interacción enrevesada entre una actitud determinada y una destreza comunicacional, o en instancias en las cuales operan dos o más actitudes a la vez. Un ejemplo de alguna intervención específica en la cual se precisa mantener dos actitudes simultáneas: intervenciones que requieren simultáneamente la actitud aclaratoria y la receptividad, a la vez que se necesita que ambas se expresen en diferentes elementos del acto de habla, preguntando con exhaustividad (elemento locutivo) y mostrando calidez en elementos ilocutivos de la intervención. Es decir, la complejidad de las intervenciones que prescribe la técnica para su desarrollo involucra una interacción simultánea, enrevesada, flexible y específica de los diferentes elementos de la competencia, de manera tal que en una misma intervención el terapeuta expresa varios elementos del acto de habla operando de manera alternada o conjunta para lograr un efecto, o más, necesario para desplegar la técnica. Además, el terapeuta debe abordar permanentemente un proceso cognitivo de toma de decisión que le permita detectar los procesos que experimenta el paciente durante el relato, captar la necesidad de acción prioritaria en función a su estrategia terapéutica, y seleccionar la intervención precisa que balancee la puesta en marcha de los componentes de la competencia para generar el proceso deseado. Todo lo anterior, una vez obtenida la secuencia de procesos implicados en la Exploración-Experiencial, dificultó el traspaso de constructos a procesos técnicos, y estos a acciones operacionalizables del terapeuta para la construcción de los instrumentos.

En términos generales, el elemento de la competencia “conocimientos” no presentó mayores dificultades, en consideración de que los conocimientos requeridos para la aplicación de la técnica están ampliamente difundidos y profundizados, existiendo suficiente bibliografía para comprender cada proceso implicado en la metodología de base a las

técnicas procedurales. Particularmente en este estudio, se incluyó como criterio de inclusión de sujetos tener un nivel de conocimiento de la teoría Constructivista-Cognitiva, el que, a su vez, es pre-requisito para tomar la asignatura que cursaban los alumnos del taller. El resto de los conocimientos específicos, y destrezas asociadas al manejo de éstos, necesarios para aplicar la técnica Exploración-Experiencial fueron incorporados en las sesiones de taller. Al profundizar los conocimientos se logra moldear una actitud basada en la creencia en el paradigma constructivista, la cual contribuiría a extinguir conductas no deseadas del terapeuta tales como tender a interpretar.

La actitud es un componente de gran complejidad. Esta se expresa a nivel de conocimientos o creencias al respecto del paciente, de la psicoterapia, del rol del terapeuta y de su accionar, como también involucra un nivel de compromiso emocional del terapeuta con sus decisiones, acciones y las consecuencias de ésta, y finalmente, las actitudes terapéuticas involucran un actuar coordinado, unificado y acorde a todo lo anterior. La complejidad estriba justamente en que las actitudes requeridas para aplicar la técnica pueden ser, en apariencia, inconsistentes entre sí en determinadas etapas o intervenciones concretas. Un ejemplo sería la actitud de escepticismo, la cual lleva al terapeuta a suspender el juicio, pero mantenerlo latente para buscar categorías explicativas alternativas a las presentadas por su paciente. Esta actitud se desarrolla durante la etapa de panorámica, entre otras, conjuntamente con la receptividad la cual involucra escucha activa y la acogida incondicional (neutralidad) de los contenidos desplegados por el paciente. La flexibilidad y pericia del terapeuta consiste en determinar cómo mantener activas ambas actitudes, combinando las creencias respectivas simultáneamente, en este caso, aceptar que el paciente expresa su modo particular de significar su experiencia durante su relato (receptividad y neutralidad) y que posiblemente lo que está expresando con palabras pueda implicar una categoría emocional inherente que no ha sido enunciada, pero que está expresada en otros elementos, como el ilocutivo o perlocutivo (escepticismo). Este ejemplo grafica la dificultad para enunciar en un sólo ítem las acciones complejas que movilizan la técnica.

El componente habilidad es igualmente complicado. Las habilidades son especializadas, corresponden a repertorios de acción necesarios para el manejo técnico de la metodología inherente a la psicoterapia en el enfoque, y están compuestos de diferentes capacidades, destrezas o habilidades a las cuales el terapeuta recurre alternativa o

paralelamente para movilizar la técnica, pudiendo ser: habilidades atencionales, comunicacionales (Asertividad Generativa), interpersonales, cognitivas, decisionales, etc. En este sentido, en el rol que el propio terapeuta percibe de sí mismo durante la aplicación de la técnica se imbrican los elementos de habilidad y actitud. El repertorio personal de habilidades se pone en marcha en la medida en que el terapeuta percibe que su rol le indica que es un momento indicado para actuar de determinada manera. Esta percepción de su rol involucra una disposición específica (actitud) del terapeuta. Por ejemplo, durante la activación de la memoria episódica del paciente por la indagación exhaustiva de los detalles de la escena explorada. El rol terapéutico exigiría un manejo de asertividad generativa para obtener una respuesta a las preguntas y que el paciente se entregue sin reparos a la experiencia de sumergirse en la experiencia relatada, pero también este rol exige precisión en la indagación, permanecer estratégicamente orientado para guiar la atención del paciente entre diferentes niveles del relato, contención de las diferentes emociones que afloran, etc. Todo lo anteriormente descrito, está contenido en una intervención específica requerida.

El autoconcepto se relaciona con el rol percibido en el sentido que, durante su formación el terapeuta desarrollaría aquellas capacidades que lo acercan al papel que el enfoque adscrito determina como relevante. El autoconcepto se interrelaciona con otros componentes como las actitudes y conocimientos. Aquellas características propias que fortalecen el rol terapéutico se aprecian e intentan desarrollar, mientras que aquellas que debilitan el rol se pulirían para acercarse al modelo. Esto ocurre con las habilidades interpersonales, por ejemplo, las cuales son cruciales para el papel del terapeuta en el enfoque, y serían desarrolladas durante el entrenamiento de los terapeutas, a la vez que otras características son más interferentes, como la tendencia a interpretar. Esta característica genera dificultades para trabajar en el paradigma constructivista. En el taller desarrollado para el estudio piloto se observó que los alumnos asistentes tienden a interpretar cuando interactúan con sus pacientes. Al parecer, dentro de la formación de pregrado interpretar estaría instituido como parte del concepto de “ser psicólogo”, y esta tendencia interfiere con la actitud de abstención y neutralidad. Es esta actitud de neutralidad una de las que representa mejor lo enrevesado que están los componentes de la competencia: la neutralidad dependería de una predisposición del terapeuta a dejarse impactar, a su sensibilidad (Yáñez, 2002), es decir, de una habilidad previa. Esta habilidad se relaciona con el enganche técnico. Asimismo, es una actitud que está basada en conocimientos teóricos avanzados en psicología clínica Constructivista-Cognitiva, pero

también en creencias generales del terapeuta respecto a la relación que él tiene con otros (autoconcepto social).

Por otro lado, el psicólogo se forma una opinión de su propia valía como terapeuta, en base a su experiencia con pacientes, pero su autoconcepto también se relaciona con el rol de terapeuta en otros elementos que no son necesariamente profesionales. El autoconcepto es definido por Yáñez (2005) como “la imagen que el sujeto ostenta en torno de sí mismo y ante los demás”. Esta imagen incluye cómo el terapeuta se percibe a sí mismo en términos de su propia emocionalidad, de su gama emocional: si se siente una persona emocional y sensible, o más bien se siente como una persona neutral y ponderada, etc. Esta percepción de la “cantidad” de su propia emocionalidad incidiría en su rol de terapeuta, así como cualitativamente influyen las emociones específicas que el terapeuta mantiene en su repertorio afectivo, las que tolera mejor en otras personas y las que tiende a rechazar. Lo mismo con las creencias respecto de sí mismo en otros ámbitos, las cuales incluyen a los prejuicios, por ejemplo.

En general, la complejidad derivada de la imbricación de diferentes elementos de la competencia en una misma acción terapéutica dificultó la depuración de los ítems, y determinó que un mismo enunciado estuviese contenido en dos o más subescalas del cuestionario.

En otra índole de dificultades, el diseño de la situación experimental en la cual se desarrolló el estudio piloto para la aplicación de los instrumentos presentó diversas fuentes de obstáculos. La base del diseño del escenario o “contexto evaluativo” consistió en la capacidad de éste para replicar las condiciones de la psicoterapia en el enfoque Constructivista-Cognitivo. Porque la técnica Exploración-Experiencial es una técnica procedural central para la estrategia terapéutica en el modelo, por lo cual su utilización en psicoterapia es clave para generar las condiciones para el cambio terapéutico, y por ende, los procesos esperados en el paciente. Entre las circunstancias para replicar la terapia se contó inicialmente el poder acceder a situaciones reales, donde los sujetos pudieran aportar contenidos propios reales, no simulados ni imitados desde otros casos. Sin embargo, en los ejercicios realizados en el taller se observó que la aportación de contenidos personales en éstas presentaba una serie de dificultades. Primero, los contenidos presentados solían ser contenidos conflictivos, que representaban perturbaciones a los alumnos. Si bien esto era

justamente lo deseado, hubo cierto manejo público de tales contenidos, debido a que las duplas de “paciente-terapeuta” se rotaban constantemente para que los alumnos en estos roles no tuvieran elementos previos de conocimiento del otro, de preferencia. Este manejo por parte de alumnos con escasa experiencia sometía a sus compañeros a una exposición a posibles riesgos afectivos. Se observó que los alumnos en el rol de “pacientes” desplegaron contenidos teñidos de afectos, los cuales en algunas ocasiones no fueron acogidos, manejados o contenidos adecuadamente por los alumnos en el rol de “terapeuta”.

Inevitablemente, en los ejercicios, se desplegaron contenidos conflictivos. Aún orientando los ejercicios a modelamientos intermedios (no de terapia o de aplicación de la técnica, sino a interacciones supuestamente desprovistas de conflicto) los contenidos teñidos de afecto podían aflorar, generando una demanda de manejo de emociones y situaciones complejas a los alumnos que éstos no estuvieron preparados a afrontar. En términos generales, la presencia de al menos un terapeuta experimentado en la actividad logró neutralizar cualquier efecto adverso del ejercicio para los alumnos, pero observar esta situación resultó en una advertencia para el diseño del contexto de la aplicación de los instrumentos. Finalmente se decidió minimizar el efecto adverso de la exposición de contenidos personales efectuando una exploración de la cotidianidad, en vez de una exploración basada en una consigna que solicite hablar de un tema conflictivo o relevante afectivamente. Se supo previamente que esta precaución no eliminaría la aparición de contenidos conflictivos, pero sí disminuiría la sensación de exposición en el alumno y la presión sobre los terapeutas. Efectivamente, muchos de los contenidos desplegados en la exploración de “la mañana de hoy” en la fecha de evaluación estaban saturados de emociones perturbadoras. Esto se podría explicar por tratarse de un día de evaluación y además en formato de video. Por otra parte, los alumnos promediaban los 24 años aproximadamente, una edad no muy lejana de la adolescencia, ciclo vital que en sí mismo suele ser abundante en afectos contrapuestos. La introducción de emociones perturbadoras presentó la ventaja de aportar material completo para realizar cada etapa de la técnica, y la desventaja de que este acopio de contenidos implicó un esfuerzo de manejo adicional por los terapeutas en entrenamiento, y un riesgo de exposición también.

En segundo lugar, el acceso a la población de psicólogos clínicos entrenados en el enfoque Constructivista-Cognitivo no fue fácil. La muestra con la cual se trabajó en el estudio piloto es el resultado de una oportunidad entregada por docentes y por la universidad de

Chile. No obstante, una muestra ideal debería haber incluido terapeutas experimentados realizando los procedimientos en situaciones reales con pacientes no simulados. Algunos alcances de evaluar terapeutas en entrenamiento para probar los instrumentos se relacionan con la introducción de sesgos. Se pretende generalizar los hallazgos del estudio a terapeutas graduados, pero no es posible saber con certeza si terapeutas más experimentados se habrían desenvuelto de igual manera en la situación de evaluación. Entre las dificultades presentadas, se observó que a los alumnos se les dificultó posicionarse en el rol de terapeutas al aplicar la exploración de la cotidianidad a sus compañeros. Por una parte, la dificultad se origina en el nivel de conocimiento entre ellos. Se trata de un grupo pequeño, que han coincidido en varias asignaturas durante años, entre los cuales podría haber otros roles (amigos, parejas, competidores, etc.). El efecto de este sesgo intentó neutralizarse armando las duplas de trabajo por el método de observación de las interacciones entre alumnos y de la geografía de puestos en la distribución de la sala de clases, pero aún así hubo gran cantidad de conocimientos previos que generaron “ruido” en la aplicación de la técnica. Un ejemplo de estos ruidos fue cuando los sujetos en el rol de terapeuta se concentraron en aclarar una escena recolectando información mediante una indagación exhaustiva, y preguntaron a sus compañeros lo que “debían” preguntar, no obstante, ya conocían la respuesta. La actitud técnica de neutralidad y de abstinencia se dificultó en esa situación, así como posicionarse en el rol, tendiendo los sujetos a mantener diálogos en lenguaje coloquial, a desviarse del foco previamente seleccionado y divagar, o simplemente a aumentar sus interpretaciones, emitiendo categorías alternativas forzadas en vez de propuestas. Otro sesgo consistió, como se mencionó previamente en la experiencia de los sujetos. Se observó dificultades en el manejo de entrevista clínica en general, de emociones en terapia, de la intencionalidad en psicoterapia (y por ende, de la administración del tiempo en terapia). El resultado de la falta de experiencia se observó en cierta disparidad en los resultados de la aplicación de la técnica, donde se puso de manifiesto que las habilidades y actitudes previas son relevantes como materia prima sobre la cual moldear las competencias. Por ejemplo, algunos alumnos tendían a realizar mejor la indagación y otros a conducir mejor la relación paciente-terapeuta. A los primeros solían facilitársele las etapas de la técnica en las cuales el objetivo es aclarar los contenidos logrando obtener mucha información, mientras que los segundos lograron una excelente sincronía con sus pacientes, observada en los elementos ilocutivos de la interacción entre ambos, pero oscilaron entre diferentes temas en vez de enfocarse en uno solo. Muy pocos lograron, bajo las condiciones dadas, avanzar en la aplicación de la técnica de manera de lograr evocar emociones,

categorizarlas con sus pacientes y reorganizar estos contenidos en función a categorías alternativas. Se trataría de personas enfocadas a sostener la relación, pero hábiles en realizarlo de manera simultánea con la indagación clínica, quiénes pudieron posicionarse en el rol de perturbadores estratégicos. Actuar como perturbadores estratégicamente orientados no fue observado claramente en ningún sujeto.

Tercero, lo anterior está íntimamente relacionado con otro elemento del diseño del contexto evaluativo: con el tiempo asignado a la aplicación de la técnica. Fue necesario determinar un límite de tiempo razonable para lograr la mayor eficiencia en la administración del grupo de sujetos. El tiempo de aplicación de la técnica indicado en la consigna es de 10 minutos. En una situación terapéutica real, es difícil determinar a priori el tiempo requerido para la técnica de la Exploración-Experiencial. Esta se puede realizar en una o varias sesiones, de manera continua o discontinua, puede tomar un curso progresivo normal o abandonarse temporalmente según la circunstancia de su aplicación o de los objetivos con los cuales se decide aplicarla. Cualquier determinación de tiempo es arbitraria, pero la progresión de la técnica aporta indicios de que habría dos condiciones previas para determinar el tiempo de aplicación: el cálculo del tiempo necesario según la complejidad de la escena o grupo de escenas exploradas y el estado maduracional de la relación terapéutica y de la terapia en sí. Son diferentes las estimaciones de tiempo si se aplica la técnica al inicio de una terapia para obtener contenidos, por carecer de aquéllos, que al aplicar la técnica bajo sospecha de hallarse frente a una escena prototípica o una escena que replica los ciclos cognitivos instaurados a partir de ésta.

No obstante todos los alcances previos, en la práctica del estudio piloto, teniendo una sesión “en frío” (una sesión simulada, sin una relación terapéutica a la base, no madurada, sin historia entre el paciente y el terapeuta) el tiempo fue insuficiente, impidiendo lograr todos los objetivos de la Exploración-Experiencial. Este es otro factor del diseño de la aplicación piloto que pudiera introducir efectos no deseados, uno de los cuales sería la ausencia de conductas de los terapeutas las cuales no fueron realizadas por falta de tiempo y no debido a la carencia de las competencias necesarias.

En resumen, en la investigación se pudo constatar la existencia de procesos subyacentes a la aplicación de la técnica procedural Exploración-Experiencial en el paciente, en la evolución de la terapia y en las metodologías desplegadas por el terapeuta, las cuales

están apropiadamente sistematizadas y explicadas desde la teoría clínica. Por ello, pese a las dificultades ya descritas, se logró operacionalizar los elementos de la técnica en acciones concretas del terapeuta, de manera precisa y eficiente. Desde esta base, se desarrolló finalmente dos instrumentos de evaluación de la competencia especializada para la aplicación de la Exploración-Experiencial: el “Cuestionario de Evaluación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial” y la “Pauta de Observación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial”, los cuales presentaron evidencia empírica de su calidad como instrumentos de evaluación, en términos de confiabilidad y validez.

Un examen exhaustivo de los elementos de la competencia estudiada, considerando los cuatro ámbitos que la componen; conocimientos, habilidad, actitudes y autoconcepto, permite reflexionar que se trataría de una competencia especializada, en la cual sus componentes son específicos y complejos en su interacción, debido a que su eficiencia depende justamente de que las habilidades, conocimientos, actitudes y destrezas se configuren de manera específica para realizar un procedimiento complicado dentro de la metodología clínica. Esta configuración es flexible además, de manera tal que los componentes adquieren mayor relieve en determinado instante en la medida en que el proceso tras la técnica va progresando, en función a sus diferentes objetivos. A pesar de lo anterior, no habría habilidades infrecuentes o imposibles a la base de la competencia. La formación de la competencia especializada para la aplicación de la Exploración-Experiencial modela habilidades naturales preexistentes en los aprendices de terapeuta, las cuales están presentes en alumnos de pregrado de la carrera de Psicología en la Universidad de Chile participantes en el estudio. Esta competencia es común a todo el accionar del terapeuta constructivista, y sus características se pueden extrapolar. Los procesos asociados a la competencia son realmente combinaciones de procesos básicos que interactúan de manera dinámica y constante para explicar varios procesos en diferentes momentos de la aplicación. Básicamente, tales procesos serían: la secuencia de acceso a contenidos emocionales del paciente, la indagación que revela en todos sus detalles una escena explorada para acceder a modos de funcionamiento generales del paciente (ciclos cognitivos interpersonales), el descentramiento del paciente para observar la escena en tercera persona conjuntamente a la activación de la memoria semántica, y fundamentalmente, que el paciente reconfigure los contenidos en su explicación y en su emoción asociadas.

Cada uno de estos procesos demanda al terapeuta una serie de acciones progresivas y la necesidad, transversal a todas las etapas, de identificar los procesos para saber cómo se está avanzando en alcanzar los objetivos del procedimiento.

En el estudio correlacional realizado en base a los resultados de la aplicación piloto de los instrumentos, se obtuvieron índices de homogeneidad entre los ítems y los resultados globales del cuestionario y de la pauta, respectivamente, así como entre los ítems y las subescalas a las cuales pertenecen éstos. A partir de tales datos, es posible identificar cuáles son las etapas más complejas de operacionalizar, y por ende, las más difíciles de evaluar. Se diseñó una tabla que permite observar los ítems eliminados localizados en las etapas en las cuales se utilizó predominantemente las acciones que evalúan esos ítems.

TABLA DE LOCALIZACIÓN DE LOS ÍTEMS ELIMINADOS EN LAS ETAPAS DE LA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

ETAPA	ÍTEMS ELIMINADOS
Detección de la necesidad de aplicar la EE	1. Escucho atentamente durante varios minutos sin intervenir. P.O: Escucha sin intervenir. P.O: Intervención inapropiada.
1) Indicación emocional: el paciente está conmovido emocionalmente	4. Logro registrar los componentes expresivos no verbales de mi paciente que pudieran evidenciar una tonalidad emotiva determinada. 5. Registro las expresiones verbales directas de emoción de mi paciente 6. Decido aplicar la Exploración-Experiencial cuando hay emociones poco claras o difusas
2) Indicación cognitiva: Relato es confuso para el paciente o el terapeuta	14. Ordeno mentalmente los contenidos para comprender el relato y detectar alguna inconsistencia en él.
3) Indicación doble: Relato es emocional, y a la vez es cognitivamente confuso	ningún ítem asociado a esta etapa fue eliminado
4) Efecto perlocutivo del despliegue del paciente en el terapeuta	18. Actúo estratégicamente para registrar mi emoción complementaria a la emoción en curso del paciente. 24. Parte de la atención hacia mí está dedicada a mis propios estados emocionales y cognitivos.
otro	9. Decido aplicar la Exploración - Experiencial sobre situaciones cotidianas si faltan contenidos en el relato.
Panorámica	5. Registro las expresiones verbales directas de emoción de mi paciente 18. Actúo estratégicamente para registrar mi emoción complementaria a la emoción en curso del paciente. 24. Parte de la atención hacia mí está dedicada a mis propios estados emocionales y cognitivos. 25. Procuero hacerme complementario a los aspectos ilocutivos que despliega mi paciente en el relato. P.O: Usa palabras o frases breves para moviizar el relato. P.O: Focaliza solamente en contenidos del paciente (intención de neutralidad). P.O: Realiza la panorámica.
Descripción detallada de acontecimientos	P.O: Focaliza en un aspecto del relato para indagar más.
objetivo 1 Acopiar de elementos nuevos al relato. Aumenta posibilidades de cambios en el relato y de facilitar nuevas interpretaciones. Activa memoria episódica, obteniendo elementos ambientales que pudieran condicionar en cierta medida las conductas del paciente y de otros personajes en el relato.	ningún ítem asociado a esta etapa fue eliminado
objetivo 2 Disminuye la ansiedad al mantener al paciente en detalles periféricos	ningún ítem asociado a esta etapa fue eliminado

objetivo 3 Mantener al paciente en la frontera de los procesos de mantenimiento y cambio, en aquellos elementos no integrados al relato y que corresponden a la Ipseidad.	P.O: Evidencia la diferencia entre la experiencia y la explicación.
objetivo 4 Construir relatos alternativos. Asignar nuevas categorías a los contenidos. Activa memoria semántica.	40. Trato que se produzcan nuevas asociaciones entre contenidos, o interpretaciones alternativas. 41. Propongo nuevas interpretaciones a fragmentos del relato, considerando los elementos nuevos. P.O: Enuncia categorías alternativas (escepticismo)
Reorganización sistémica	15. Me dispongo personalmente para facilitarle al paciente la dinámica entre experiencia y explicación de sus contenidos.

Una primera observación, es que varios ítems que no lograron evidencia empírica suficiente para probar su validez y confiabilidad son ítems que contienen acciones relacionadas con la detección de emociones en el paciente y con el manejo instrumental de la propia emoción del terapeuta (cinco de los doce ítems eliminados del cuestionario). Es posible que lo anterior aporte evidencias a la hipótesis que una de las mayores dificultades teóricas consiste en traducir los elementos afectivos de la aplicación de la Exploración-Experiencial a acciones operacionalizables asociadas al manejo de la propia emoción para desarrollar la técnica, particularmente, para el logro del enganche y desenganche técnico.

Al parecer, además del manejo de emociones por el terapeuta, la detección de tonalidades afectivas perturbadoras o emociones discrepantes en el paciente es otro elemento que aporta complejidad a la operacionalización de la competencia. Podría haber otras explicaciones alternativas o paralelas, tales como la existencia de un sesgo introducido por la inexperiencia en terapia de los sujetos del estudio, por diferencias personales en la percepción de su propia habilidad en el manejo emocional, o por falta de una percepción de los alumnos acerca de la centralidad de la emoción para la técnica. De cualquier modo, se evidencia que la secuencia de acceso a contenidos emocionales es el proceso más difícil de evaluar dentro de la aplicación de la técnica.

Otra observación general corresponde a que hay varios ítems eliminados de la subescala Acto de Habla de la pauta de observación, los cuales son transversales a todas las etapas de la técnica. El contacto visual mostró una conducta azarosa al relacionar la evaluación de éste con la evaluación general de la Pauta de Observación y con la evaluación general de la subescala Acto de Habla. Los elementos eliminados corresponden a facialidad, específicamente contacto visual, a suprasedgmentalidad en términos de énfasis, y a corporalidad en cuanto a proxémica. En ambos casos, de contacto visual y proxémica, se evaluó como conducta ausente por exceso y por déficit. Es decir, el criterio de éxito de la acción fue que contribuyera a la comunicación y al desarrollo de la técnica en vez de

entorpecerlas. Por ello, si el contacto visual era muy intenso o la cercanía física parecía incomodar al paciente, se evaluó la acción como ausente. Podría ocurrir que los sujetos, alumnos con escasa experiencia, tiendan a exagerar en ambos casos, lo que aumentó la variabilidad de esta evaluación sin tener consistencia con el resto de lo evaluado. En el caso del ítem “Énfasis”, éste fue homogéneo, ningún sujeto de la muestra logró la calificación de conducta “presente”. Habría una explicación posible en el análisis de nuestra idiosincrasia cultural como chilenos. La tendencia en Chile a hablar con un tono de voz uniforme, desprovista de matices y de cambios de ritmo o volumen en aquellas partes de lo hablado que se desea subrayar, puede explicar la ausencia de énfasis. También podría deberse a la presencia de ansiedad generada por el ejercicio, que se observó en el bajo volumen de la voz de los terapeutas, en general.

Una de las etapas que aparece cuantitativamente con más de sus ítems eliminados, evidenciando así su complejidad, fue la panorámica. Esta etapa pareciera ser simple, ya que consiste en una revisión general del contenido que se detectó como objeto de la exploración, que también permite obtener un encuadre en la técnica (algo similar a una preparación o precalentamiento) y seleccionar adecuadamente el foco de la exploración. Como parte de la secuencia de acceso a contenidos emocionales, esta etapa resulta clave en términos de preparar el descentramiento al permitir al terapeuta impregnarse de la emoción oscilante de su paciente. Por ello, si se logra el impulso inicial de enganche se inicia apropiadamente la técnica, pero si no hay enganche, lo que ocurre es simplemente realizar una entrevista más, desprovista de acceso a contenidos emocionales en la ipseidad (en sesión). La secuencia de acceso a contenidos emocionales es un proceso transversal y paralelo a todas las etapas operacionales de la aplicación de la Exploración-Experiencial, por lo cual aquellos ítems que involucran acciones dentro de ese proceso pueden ser situados en cualquiera de las etapas de la técnica operacionalizadas, con fines funcionales a este estudio.

Algunas subescalas del cuestionario desaparecen luego de eliminar todos sus ítems, como es el caso de “Reconocimiento de fractura del discurso”, escala que sólo incluía al ítem 14. Este ítem aludía a “inconsistencia en el relato”, deduciéndose que la redacción podría introducir confusión cuando los sujetos respondieron la evaluación. Otra subescala que perdió todos sus ítems fue “Ilocución”, que tenía dos ítems. Uno de ellos se refiere a detección de elementos ilocutivos del acto de habla del paciente, y el otro al manejo instrumental de tales elementos en el terapeuta. La dificultad en la detección y en el manejo

de elementos ilocutivos puede asumirse como inexperiencia de los sujetos de la muestra, no obstante, habría una complejidad implícita reconocible. La complejidad estaría en el requerimiento de balance al realizar el acompañamiento de la emoción del paciente mostrando: receptividad con la expresión no verbal, manteniendo cierto grado de histrionismo, y, en mayor medida, una disposición a dejarse impactar para expresar naturalmente la emoción complementaria al paciente. La falta de posicionamiento en el rol de terapeuta pudo dificultar el enganche, y pudo interferir también el doble rol en la interacción de los alumnos. Se realizó el ejercicio simulando papeles de terapeuta y paciente (role playing), pero en muchos casos no hubo una inmersión en el papel de terapeuta debido a que los contenidos del paciente no eran nuevos para los “terapeutas”. Hubo incluso quiénes olvidaron desempeñar un rol e interactuaron como en una conversación bilateral cotidiana.

La tercera escala eliminada es “Aparato Psíquico Auxiliar”. El constructo tras esta escala es uno de los más complejos de describir y de operar. Una analogía que puede explicarlo es la muleta de una persona que no puede caminar. Una persona en estado de intensa perturbación, cuya sintomatología está muy aumentada y activa, tiene menores posibilidades de operar funcionalmente de manera que la terapia pueda resultar. El terapeuta, en ciertos casos y durante ciertas etapas de la terapia, es quien presta, por así decirlo, su propio “equipamiento” para contribuir a procesar parcialmente ciertos aspectos que el paciente no puede elaborar por sí mismo. El único ítem de esta escala, “Me dispongo personalmente para facilitarle al paciente la dinámica entre experiencia y explicación de sus contenidos”, resume esta actividad: lograr diferenciar al paciente que partes de estos contenidos son acontecimientos y que parte consiste en la forma particular en que él los percibe y significa. Para hacer esto la relación paciente-terapeuta ya debería tener una historia, haber una maduración de ésta y el terapeuta ya debería conocer suficientes contenidos para entender el funcionamiento del paciente. En la muestra del estudio había un nivel de conocimiento previo, pero el encuadre de la relación en que surgen es diferente a la terapia. Habría un efecto actitudinal que impidió mostrar a los “pacientes” la diferencia entre experiencia y explicación: pudo parecer poco educado manifestar conocimientos previos del otro, o inadecuado en función a los observadores, o les pareció que escapaba de la función del ejercicio al no tener una finalidad terapéutica. De todos modos, el tiempo asignado fue insuficiente para madurar el desarrollo de la técnica hasta este punto.

Las tres escalas eliminadas son valiosas y tienen funciones irremplazables dentro del procedimiento de la Exploración-Experiencial, por lo cual debiera estudiarse cómo assimilarlas al cuestionario definitivo. De las tres, solo la escala “Ilocución” tiene un equivalente en la pauta de observación, si bien el reconocimiento de la fractura del discurso puede observarse también, siempre que el evaluador sea capaz de reconocerla.

Entre otros ítems eliminados, el ítem 24 alude a una acción de escucha bifásica, base para realizar el enganche técnico, que es la atención a los propios estados internos del terapeuta de manera paralela a su escucha del paciente. Fue el único ítem descartado de la subescala “Escucha bifásica”. Su dificultad pareciera relacionarse con la disponibilidad a instrumentalizar la propia emoción del terapeuta. El 16 es un ítem bastante similar que podría reemplazarlo. El ítem 18 también se parece y fue eliminado, correspondía a la escala “Enganche-desenganche”.

Los ítems 40 y 41 son parte de “Reordenamiento experiencial”, escala paralela a “Generación de categorías alternativas” de la pauta de observación. Un ítem similar es descartado de la escala “Encuadre” de la pauta de observación, el cual alude a la actitud técnica de escepticismo, transversal a los tres ítems anteriores. Esta actitud requiere mayor sistematización para lograr una comprensión más completa del constructo a la base, no obstante, podría decirse que es resultado de la expresión de la capacidad del terapeuta para diferenciar entre la experiencia del paciente y la explicación que hace de ésta. Prerrequisito es que el propio terapeuta sea capaz de abstenerse y que su modo de significación de tales acontecimientos sea diferente a la de su paciente, o que al menos sea reconocible por sí mismo. Además, estas acciones implican poder mostrar al paciente esta diferencia, lo cual implica más que un procesamiento cognitivo, habilidades comunicacionales.

Los ítems 5 y 6 pertenecen a las escalas “Receptividad y escucha” y “Condiciones para la exploración” respectivamente, no obstante ambas aluden al registro de emociones perturbadoras en el paciente. Ya se discutió la dificultad de registrar emociones teniendo escasa experiencia, como es el caso de los alumnos. El ítem 5 es un registro directo de la expresión verbal de emoción, y por lo mismo, una acción muy simple. Es desconcertante buscar explicación para la ausencia de homogeneidad y significación de éste. Pareciera ser que la simpleza de la acción de ser consciente de la emoción expresada locutivamente le restó atención y asignación de importancia por los sujetos de la muestra.

El último ítem eliminado también pertenecía a la subescala “Condiciones para la exploración”, y describe la decisión de aplicar la técnica al carecer de contenidos con los cuales trabajar. Esta toma de decisión es una elaboración teórica posterior a la operacionalización de las etapas de la Exploración-Experiencial y no aparecía originalmente en ésta. Una explicación posible sería que durante el entrenamiento del taller su importancia no fue suficientemente enfatizada.

El criterio de mantenimiento de los ítems fue que su índice de homogeneidad contribuyera a probar su validez, ya sea en relación a la escala global o a la subescala. Y además se rescató ítems que discriminan terapeutas según el género, para incrementar la sensibilidad del instrumento. Entre los ítems que se incluirán como definitivos, existen algunos ítems del cuestionario cuyo índice de homogeneidad con la subescala no fue significativo, pero si obtuvieron altas correlaciones con las escalas. A éstos ítems se les considera ítems supravariabiles, los cuales se relacionan con el constructo general del cuestionario pero no se relacionan consistentemente con su subescala. Se trata de los ítems N°2, 23, 37 y 39. Los ítems 37 y 39 están insertos en la subescala “Inmersión emocional plena”, aunque el 37 también se incluyó en “Re-evocación”. El ítem 2 era parte de la subescala “Panorámica” y el ítem 23 de “Abstención”.

El ítem 37 alude a la indagatoria en relación a personajes, esto es, las personas significativas que participan en las escenas exploradas. Muchas veces se logra reconocer la presencia de una persona en etapas tardías de la Exploración-Experiencial, cuando ya se activó la memoria episódica y se logró una re-evocación completa de la situación, lo que implica que el paciente pudo sumergirse completamente en ella accediendo a emociones que no estaban en la superficie. La aparición de personas originalmente no recordadas en la escena, o que se recordaban como ocupando segundos planos o con diferentes actitudes, podría dar cuenta de su asociación con emociones perturbadoras, lo que habría contribuido a su olvido. Este enunciado no logró elevada homogeneidad con la subescala “Inmersión emocional plena” y no se midió su relación con “Re-evocación”. Se debería conservar el ítem en la subescala “Re-evocación”, y reformular esta subescala como una supravariabiles.

El ítem 39 también pertenecía a “Inmersión emocional plena”, y hace referencia a detectar cuáles contenidos manifiestan mayor perturbación para utilizarlos como foco de la

exploración. Esta es una acción clave en la técnica, que implica una serie de acciones previas, tales como el enganche técnico, debido a que no se trata de un acto cognitivo solamente, sino una acción de disponerse a “impactarse” con el despliegue de contenidos del paciente. La toma de decisión considera el análisis de la propia reacción afectiva a los diferentes elementos de los contenidos, de manera tal que el foco de la exploración será aquel elemento que produjo cierto impacto en el terapeuta. Otra relevancia de la elección del contenido a explorar es que éste orienta los objetivos y el modo en que se realiza la exploración. Si bien cualquier contenido puede generar una apertura a nuevos contenidos emocionalmente significativos, en una sesión de terapia en la cual se consideró que habría mayores perturbaciones presentes, la ocasión o el momento parece ser propicio a una Exploración-Experiencial con aquellos contenidos. Un foco inadecuado, es decir, abordar desde cierta perspectiva una escena, mientras que el elemento central de la perturbación del paciente era otro, puede dificultar la aplicación de la técnica. Por otra parte, si la escena es examinada exhaustivamente, igualmente se lograría abrir secuencias de escenas entre las cuales reaparecería el foco central, pero esto dependerá de la pericia del terapeuta. En conclusión, el ítem 39 se traslada a la supravariable. El ítem 23 se refiere explícitamente al uso técnico de la actitud de abstenerse, de no intervenir con contenidos del terapeuta. Es fundamental mantener el foco en el paciente exclusivamente. La subescala “Abstención” incluyó al ítem 23 y al ítem 13, pero este último se traslada a “escucha bifásica”, con el cual tiene una correlación significativa. Entonces la subescala “Abstención” debería eliminarse y el ítem 23 pasa a la supravariable.

Finalmente, el cuarto ítem examinado es el N°2, el cual se refiere a la acción de movilizar el relato con intervenciones mínimas del terapeuta, palabras o frases breves orientadas a estimular el desarrollo del relato, durante la panorámica. No obstante, este tipo de intervención se utiliza durante todas las etapas de aplicación de la técnica. Lo relevante de esta acción es que su simpleza debe lograr abrir temas, sin mostrar una interpretación de los contenidos ni orientar la evocación al plano emocional, es decir, manteniendo bajas las defensas del paciente. Se incluye en la supravariable este ítem. Los cuatro ítems supravariable son acciones técnicas o actitudes técnicas esenciales en el logro de acceso a contenidos emocionales por medio de la indagatoria precisa y eficaz, de la inmersión emocional plena, de la re-evocación y del foco constante en el paciente.

El estudio comparativo entre las submuestras estratificadas por género, permitió identificar la existencia de diferencias significativas entre terapeutas de género masculino y femenino. Estas diferencias podrían ser asociadas a diferentes estilos del terapeuta. La sensibilidad de ambos instrumentos a las diferencias de género fue analizada para cada ítem. Entre las acciones asociadas a una mejor eficiencia de los hombres están: estimular el desarrollo del relato e intentar que el paciente descubra su modo particular de ordenar su experiencia. Las mujeres mostraron mayor pericia en: atender simultáneamente al relato y a los afectos asociados a éste, atender al modo particular de ordenar su experiencia del paciente, atender a diferentes elementos del acto de habla del paciente para distinguir su emoción, reconocer la abstracción en la categorización emocional que hace el paciente, actitud de disponibilidad emocional para el enganche, desenganche técnico para recategorizar, actitud de escucha activa, indagar detalles, indagar el contexto ambiental, y movilizar la atención del paciente entre su experiencia, su explicación y su emoción.

Existen una serie de características del taller que incidieron de manera indirecta en la aplicación piloto del cuestionario. Si bien tales circunstancias escapan a los alcances de este estudio, podría ser de utilidad referirlas para explicar los resultados. En primer lugar, la asignatura se desarrolló en circunstancias extraordinarias: no correspondió a un semestre normal, sino a un semestre condensado como medida de recuperación de un tiempo sin clases. En vez de durar cuatro meses duró poco más de dos meses. Esto implicó que las asignaturas se realizaron en menos tiempo con los mismos contenidos, demandando mayor esfuerzo a los alumnos participantes del taller. También implicó que sólo se pudiera realizar una aplicación de los instrumentos en vez del diseño original que implicaba evaluación antes y otra después del taller. Es posible que el sobreesfuerzo de los alumnos haya incidido en su capacidad de aprendizaje de la técnica. En compensación, en todo momento se observó una elevada motivación en los alumnos. Otra implicancia del semestre extraordinario se detectó en la asistencia a clases. El semestre inició, en cierta medida, sorpresivamente y, por ello, varios alumnos empezaron a asistir desde la segunda o tercera clase, perdiendo parcialmente encuadre o inducción en el taller. Otros alumnos estaban trabajando y tenían compromisos laborales en los horarios de recuperación. En síntesis, pareciera ser que los alumnos no estuvieron completamente concentrados durante el taller ni contaron con las energías habituales. El taller se desarrolló de la manera planificada, con elevada motivación de los participantes, pero se descubrió que el tiempo asignado a la clase (incluyendo elementos teóricos y prácticos) fue insuficiente para profundizar el aprendizaje. Desde un

análisis cualitativo, no cabe duda que hubo grandes avances en el aprendizaje de la técnica y el desarrollo de ciertas habilidades, pero ciertamente se requerirá un taller más amplio para un entrenamiento más profundo, sobretodo en términos de profundización teórica y de práctica de destrezas. La intensificación de la base teórica es relevante para que los aprendices comprendan “porque hacer lo que hacen”, es decir, conecten las diferentes etapas de la técnica en un proceso continuo, recurrente y flexible. En esta conexión también se lograría dar importancia a cada una de las acciones requeridas por la técnica, a no descuidar detalles y a equilibrar los énfasis puestos en diferentes habilidades que actúan complementariamente en diferentes momentos.

Los análisis del estudio correlacional, basados en los resultados empíricos de la aplicación piloto de los instrumentos, aportan información que respaldaría algunas de las observaciones cualitativas previas. Varios de los ítems descartados se relacionan con acciones del terapeuta asociadas a procesos cuyos objetivos están orientados a la relación, y no a la técnica de indagación. Si bien no se logró un ordenamiento objetivo del desempeño de los participantes en el estudio, el cual les asigne un grado de experticia en la aplicación de la técnica, cualitativamente pudo observarse que aquellos alumnos quienes pudieron avanzar más en desarrollar los pasos técnicos estuvieron orientados a la indagación, sin descuidar la secuencia de acceso a contenidos emocionales a través de un enganche técnico. No obstante, predominó en ellos una actitud aclaratoria. En cambio los alumnos más orientados a la relación, quienes pusieron más énfasis en el enganche y guardaron mejor la contención afectiva, mostraron un actuar más errático en la indagatoria y no lograron obtener una escena completa y algunos ni siquiera obtuvieron una panorámica. Estos alumnos tendieron a fracasar en la búsqueda de un foco para conducir la indagación, o al contrario, encontraban un foco tempranamente y luego tendían a presentar interpretaciones a sus pacientes. Hubo sujetos con menores puntajes que lograron realizar acciones dentro de las últimas etapas de la Exploración-Experiencial, como generar categorías alternativas o mostrar a sus pacientes diferencias entre los acontecimientos y la explicación, sin haber realizado una indagatoria exhaustiva de la escena. Se puede deducir que habría una tendencia a dos diferentes estilos entre los sujetos: uno que prioriza la indagación y otro que prioriza la relación. Estos estilos estarían definidos por la actitud predominante.

Desde todas las observaciones cualitativas y los análisis cuantitativos de los datos, surge el cuestionamiento sobre cómo contribuir a garantizar la eficiencia en la aplicación de

la técnica procedural Exploración-Experiencial. Esta pregunta implicaría otra interrogante, ¿Cuáles elementos priorizar en el entrenamiento de terapeutas para contribuir al logro del aprendizaje de la aplicación eficiente de la técnica? Los elementos del cuestionario que adquieren fuerza como elementos válidos de evaluación de la aplicación de la técnica contribuyen a evidenciar la relevancia de conocer la técnica a profundidad, manejando las bases teóricas que la sustentan. De este modo se logra conocer exactamente el objetivo de cada etapa y de cada intervención terapéutica para desarrollar la técnica. Se consigue así priorizar acciones en base a un adecuado diagnóstico de los estados de avance en la aplicación, y de los procesos subyacentes que se han accedido en cada momento. La experticia para priorizar acciones o actitudes a cada instante proviene también de la disponibilidad para integrar el manejo instrumental de la propia emoción a la toma de decisiones. La capacidad del terapeuta para actuar de manera oportuna en la decisión de aplicar la técnica, cómo aplicarla, y como desarrollarla en cada paso, se relaciona con su análisis de la estrategia terapéutica. Es decir, analizar cómo contribuiría, en este momento, al desarrollo de la terapia una aplicación de la Exploración-Experiencial. En este análisis se incluye el estado maduracional de la terapia y de la alianza terapéutica. La interacción de los esquemas cognitivos interpersonales (CCI) del paciente y del terapeuta serían un indicador para este análisis. En una hipótesis, si la alianza terapéutica está madura, se han generado Ciclos Cognitivos Interpersonales en la terapia, el paciente se predispone a confiar en el terapeuta y dejarse llevar en la Exploración-Experiencial, disminuyendo sus defensas y retrayéndose de estos ciclos, en la re-evocación se descentra para observar la escena en tercera persona. Si es la disminución de defensas dada por la experticia del terapeuta lo que neutraliza los Ciclos Cognitivos Interpersonales, o al revés, la existencia de estos ciclos prueba la madurez de la alianza, la cual contribuye a mantener bajas las defensas, es algo que requerirá nuevas investigaciones para estudiarlo. No necesariamente es imposible una aplicación de la técnica en primeras sesiones, pero pareciera que la forma y el objetivo con que se realice determinaría si eficiencia y que no interfiera con el progreso de la terapia en sí. Con “la forma” la autora se refiere a diferenciar entre un énfasis en la indagación para obtener contenidos generales, e intensificar el acceso a contenidos emocionales y profundizarlos, para contribuir a mostrar su modo de funcionamiento más básico al paciente (más cercano a la esencia de cada organización de significado personal).

Se debería generar una actitud sólida de aceptación del paradigma constructivista y de los constructos a la base de la técnica para que el terapeuta aprendiz priorice su propia

emoción como instrumento de acceso a contenidos emocionales. Y por último, se debe extinguir actitudes y conductas incompatibles con las características de la técnica. Ente ellas, una característica no deseada sería la actitud de rigidez, la cual evita tener la flexibilidad que requiere la recurrencia y discontinuidad de los pasos técnicos. Por otra parte, la tendencia a interpretar contenidos del paciente impediría que se obtenga una visión completa del paciente y del terapeuta antes de proponer categorías alternativas. También la impulsividad se relaciona con lo anterior, obstaculizando la suspensión del juicio hasta obtener más elementos de análisis y encontrar un momento propicio, en el proceso del propio paciente de acceso a sus emociones perturbadoras. La técnica implica un razonamiento más amplio que lo implicado al momento de aplicarla, ya que decidir su uso y el modo de hacerlo dependerá de la madurez de la terapia y de la alianza terapéutica.

Varias características del aprendiz de terapeuta facilitarían u obstaculizarían el desarrollo de habilidades básicas en competencias especializadas. La edad es un factor que incide en la impulsividad ya mencionada, y en el modo de abordar la técnica. Se observó en el estudio que, en general, los alumnos asimilan rápidamente conceptos y son capaces de aplicarlos. Pero esta aplicación tiende a ser intensa pero no integrativa, es decir, habría una tendencia a exagerar lo aprendido en la práctica y aplicar rígida, técnica o mecánicamente, pero no a integrar diferentes conceptos en una misma acción. Lo cual se relaciona con un segundo factor, la experiencia o la práctica. Siguiendo la analogía del Dr. Yáñez, el aprendizaje de la técnica se asimilaría a conducir un vehículo, puesto que al principio toda la atención del conductor se coloca en cada una de las acciones, y habría cierta torpeza. Luego estas acciones se automatizan y pueden desarrollarse con más soltura al demandar menos atención consciente. La madurez consiste en flexibilizar las apreciaciones sobre qué hacer, más allá de una fórmula mecánica lo cual se logra con ensayos. Un ejemplo sería la escucha bifásica, que requeriría que el terapeuta mantenga dos o más focos atencionales, pero de manera de distribuir asimétricamente su energía, lo que se conseguiría a) obteniendo un registro de algún elemento, para luego b) mantenerlo en pausa (stand by) sin desestimarlos, y c) reactivar ese foco atencional en un momento más propicio. Otro elemento interferente al aprendizaje es la tendencia a la auto-observación del aprendiz durante la aplicación de la técnica, lo que dificulta que el terapeuta se focalice exclusivamente en contenidos del paciente y se logre el enganche técnico. Los conocimientos impartidos a los alumnos cumplirían el rol de formar un sistema de creencias de soporte de la teoría tras la técnica, para el cambio de actitud en los aprendices.

1.2 CONCLUSIONES

El estudio permitió identificar y esquematizar de manera didáctica las diferentes etapas o pasos que integran el procedimiento de aplicación de la técnica procedural Exploración-Experiencial, así como caracterizar la Exploración-Experiencial como una técnica compuesta por diferentes procesos que transcurren de manera paralela, flexible, discontinua y recurrente. Estos procesos son: la secuencia de acceso a contenidos emocionales del paciente, la indagación para revelar la escena explorada, la re-evocación, inmersión plena y el descentramiento del paciente para observar la escena, y la reconfiguración de los contenidos en su explicación y en su emoción asociada. De la descripción de etapas y procesos en la técnica lograron extraerse acciones específicas del terapeuta, las cuales se sistematizó dos instrumentos de evaluación de la competencia, en sus cuatro componentes (conocimiento, habilidad, actitud y autoconcepto), el primero en modalidad de cuestionario de autoreporte y el segundo en forma de una pauta de observación de competencias.

A partir de la experiencia del estudio piloto se logró recabar información para obtener evidencia empírica sobre el valor de los instrumentos en términos de validez, confiabilidad y sensibilidad, confirmándose que se puede obtener un instrumento refinado que sea eficiente para medir las competencias especializadas para aplicar la Exploración-Experiencial. Lo anterior permitiría hipotetizar que el Instrumento de Evaluación de Competencias Especializadas del Psicoterapeuta podría ser efectivo como indicador de estados de avance en el desarrollo de la competencia para la aplicación de la Exploración-Experiencial. Estos instrumentos aportarían información detallada, cuantitativa y cualitativamente, para el diagnóstico de fallas o falencias específicas en la competencia para desarrollar la técnica. Entregarían dos tipos de aporte: por una parte, permiten entregar retroalimentación sobre el desempeño de los alumnos en la aplicación de la técnica a los formadores y supervisores de estudiantes de psicoterapia, información detallada que incluye cada una de las acciones logradas para desarrollar la Exploración-Experiencial, desde la perspectiva de un observador experto y de la propia percepción del evaluado. Por otro lado, los instrumentos facilitan que esta información se sistematice para que los formadores la traspasen a los alumnos mismos y para que puedan entregar un entrenamiento especializado a cada caso. Un ejemplo del uso pedagógico de los instrumentos consistiría en mostrar al alumno un video de él

aplicando la técnica, y conjuntamente mostrarle los resultados de la evaluación de un observador combinándolos con su propia evaluación.

Es posible teorizar que, para el proceso de enseñanza-aprendizaje asociado a la técnica Exploración-Experiencial, el “Cuestionario de Evaluación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial” utilizado en conjunto con la “Pauta de Observación de Competencias Especializadas para la Aplicación de la Exploración-Experiencial” es un método más efectivo, para evaluar los avances en el desarrollo de las competencias asociadas a la Técnica Procedural Exploración-Experiencial, que la supervisión y los ensayos (role playing) por sí solos. Usados de manera complementaria a esas dos técnicas, podrían mejorar la metacognición de su aprendizaje en los alumnos, al incrementar los conocimientos de la forma en que los distintos elementos de la técnica se configuran para hacerlo eficiente, y de cuáles de estos elementos representan fortalezas o debilidades para sí mismos.

Una observación relevante del estudio consiste en que al aludir a la técnica Exploración-Experiencial uno se refiere a una técnica, si bien ésta manifiesta tal amplitud en cuanto a objetivos, alcances y forma de aplicación, que sería posible diferenciar varios tipos de Exploración-Experiencial. Uno puede clasificar la Exploración-Experiencial por el objetivo de su utilización. Así se encontraría una aplicación de la técnica para esclarecer secuencias de contenidos descritos incongruentemente, para acceder a emociones perturbadoras desplegadas en contenidos emocionalmente intensos, para acceder a escenas prototípicas cuando está la sospecha de que algún contenido desplegado se refiere a una escena importante, para obtener contenidos cuando no se ha logrado acceder a contenidos contundentes en términos afectivos y pareciera que el paciente solo se moviliza en niveles anecdóticos del relato. El objetivo de una sistematización en esta línea es esquematizar secuencias de toma de decisión en función a la función instrumental de la técnica al momento de aplicarla. Esto a modo general, debido a que es importante instaurar el concepto en los alumnos que la técnica no presenta instructivos rígidos para su aplicación. Otra clasificación posible es sobre el tipo de escena explorada: la exploración de la cotidianidad aporta nuevos contenidos, la exploración de escenas perturbadoras recientes aporta el acceso a modos generales de funcionamiento del paciente, explorar escenas perturbadoras distantes en el tiempo y recurrentes en el relato permitiría comprobar si se está ante escenas prototípicas que pueden ser explicativas del origen o de cambios en la

organización de significado personal del paciente, etc. Y una última clasificación que podría ser de utilidad sería ordenar la técnica Exploración-Experiencial en función al momento dentro de la terapia en que se aplica: encontraríamos una exploración de apertura de contenidos, una exploración de comparación de ciclos cognitivos interpersonales entre varias escenas (pudiendo ser una escena reciente y una escena remota), una exploración para generar hipótesis de funcionamiento más profundo, en una terapia madura y avanzada en términos de modificación de las dimensiones operativas del paciente, etc.

Otra sistematización que contribuiría al proceso de formación en la técnica, sería esquematizar las intervenciones técnicas posibles dentro de la Exploración-Experiencial. Si bien las intervenciones técnicas están formuladas de manera general, es posible asociar cada una de ellas a diferentes etapas y procesos en la técnica, y especificar cuáles podrían lograr un determinado efecto según las necesidades de la metodología, con fines de entrenamiento.

Este estudio tiene un alcance limitado, en consideración a las características del estudio piloto que se discutieron previamente, por lo cual se propone realizar una nueva etapa experimental para afinar ambos instrumentos de evaluación. Esta nueva investigación tendría dos modalidades. En la primera se amplía la muestra repitiendo la aplicación de los instrumentos a alumnos de pregrado. La otra incluiría una nueva situación experimental, y a alumnos de postgrado del enfoque, los cuales participen voluntariamente con las terapias de sus propios pacientes del CAPs. Se aplicarían los instrumentos luego de una sesión que se haya preacordado con los terapeutas que es propicia para la aplicación. En ambos diseños incluyen los instrumentos con todos los ítems y evaluar si se repiten los resultados de este estudio. Posteriormente, se analiza los datos de nuevo eliminando los ítems que se descarten en esta etapa, luego de repetir el procedimiento correlacional y el alfa de Cronbach. Las ventajas de cambiar la situación experimental incluyen el acceso a situaciones terapéuticas reales, por lo cual los resultados serían más precisos y se eliminarían sesgos. Una tercera modalidad posible es replicar el mismo diseño experimental de este estudio y con los mismos instrumentos, pero en una muestra de sujetos más expertos, como los estudiantes de postgrado, para aislar los sesgos ya analizados los cuales se asocian a la falta de experiencia. Incluir alumnos de postgrado incrementa la heterogeneidad de la muestra.

BIBLIOGRAFÍA

- Balbi, J. (1997) ¿Qué es una persona? Reflexiones acerca del dominio de la psicología desde una perspectiva ontológica y posracionalista. Este artículo es traducción de su original publicado en idioma inglés en: *Journal of Constructivism Psychology*, Volume 9, Number 4; October, November 1997; pp. 249-261
- Brucato y Neymeyer "Epistemology as a Predictor of Psychotherapists' Self-Care and Coping". *Journal of Constructivist Psychology*, Volume 22, Issue 4 October 2009 , pages 269 - 282
- Cáceres, C.; Fernández, I.; Sanhueza, J. y Winkler, M. (1989) Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso psicoterapéutico, una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, año VIII, N°11, (34-40).
- Castañeiras, C.; Fernández-Álvarez, H.; García, F.; Ledesma, R. (2008). Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta: Presentación de una Versión Abreviada del Cuestionario EPT-C *Revista Terapia Psicológica*, 2008, Vol. 26, N°1, (5-16).
- Cornejo, M. (2002). Los Modelos Teóricos en la Práctica Psicoterapéutica. *Revista Idea*, 2002, N°37, p.85. Fac. de Cs. Humanas, UNSL.
- Cortés,S; Kusanovic,J. (2002) *Estado actual de la psicoterapia cognitiva en el centro de psicología aplicada (CAPS) de la Universidad de Chile*. Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, Santiago.
- Dobry, C. (2005) *Estudio de las Competencias del Psicoterapeuta Constructivista Cognitivo desde la perspectiva de la Asertividad Reformulada*. Memoria para optar al título de Psicóloga. Universidad de Chile, Santiago.
- Fernández-Álvarez, H.; García, F.; Lo Bianco, J. y Corbella Santomá, S. (2003) Assessment Questionnaire on The Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 10, 116-125.
- Ferrer, M. y Zagmutt, A. (2003) "Los trastornos de la Alimentación" .Publicado en el libro "*Psicoterapias Cognitiva e Constructivista. Novas Fronteiras da Prática Clínica*". Cap 14, pág. N° 167. Editores: Cristiano Nabuco de Abreu y Miria Roso. Artmed. Porto Alegre. 2003.
- Gálvez, F. (compilador, 2010) *Formación en y para una Psicología Clínica*. Santiago, Universidad de Chile, 2010.
- Guidano, V. (1987) *Complexity of the Self. Un enfoque evolutivo de la psicopatología y de la psicoterapia*. New York, Guilford Press. Traducción de M. Saavedra, en la Sociedad de Terapia Cognitiva Postracionalista
- Guilford, J.P.; Fruchter, B. (1973) *Fundamental statistics in psychology and education*. McGraw-Hill. New York. 1973.
- Gutiérrez, S y Varela, V. (2009). Propuesta de un Modelo de Psicoterapia Grupal Estratégica en Depresión Severa: Cómo Pasar de Víctima de la Depresión a Protagonista de la Recuperación. *Revista Terapia Psicológica* Vol. 27, 41-49. N°1. Santiago, julio 2009.
- Jutorán, S (2005) ¿Formación o Entrenamiento en Terapia Sistémica? *Revista de la Universidad del Azuay* 2005, N° 35.
- Leiva, V. y Vásquez, C. (1999). *Técnicas cognitivas*. Grupo cognitivo adultos en Memorias de las primeras jornadas clínicas del CAPs: La formación del Psicólogo Clínico. CAPs. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Montaño, M. (2008) *Estudio Observacional de la Conducta Verbal del Psicólogo para el Análisis del Proceso Terapéutico, Tesis Doctoral*. Madrid, 2008.
- Rodríguez, M; Bello, A (2003). *Relación Terapéutica en el Marco Constructivista*. Ponencia del Curso sobre Psicoterapia Constructivista organizado por la Asociación Madrileña de Salud Mental- Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, febrero de 2003.

- Roussos, A. (2001). *La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas: Estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos*. Tesis de Doctorado Publicada. Universidad de Belgrano, Argentina.
- Safran, J. y Seagal, Z. (1994). *El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva*. Barcelona, España. Editorial Paidós Ibérica.
- Santibáñez, P, Román, M, Lucero, C, Espinoza, A, Iribarra, D, y Müller, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 2008, Vol. 26, N° 1, 89-98. 1 Santiago.
- Zagmutt, A. (2004). La Técnica de la Moviola; La metodología autoobservacional en el Constructivismo Posracionalista. Publicado en el libro "*Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental, Prácticas Clínicas*", Cap. 52, p.459. Sao Paulo: Editores Cristiano Nabuco de Abreu y Hálío José Guilhardi. Roca.
- Zagmutt, A (2008). Psicoterapia y procesos empáticos. *Revista de Neuropsicología*, 2008, N° 3.
- Wampold B.; Mondin G.; Moody M.; Stich F.; Benson K.; Ahn H. (1997). A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, "All Must Have Prizes" *Psychological Bulletin* 1997, Vol. 122, No. 3, 203-215
- Yáñez, J. (2002) *Apunte sobre Teoría Clínica Constructivista-Cognitiva*. Apunte no publicado de circulación restringida para uso académico.
- Yáñez, J. (2005) *Constructivismo cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al grado de doctor en psicología, Universidad de Chile, Santiago.
- Yáñez, J. (2011, A) *Ficha Clínica Constructivista N° 1: Indagación Clínica*. Apunte no publicado de circulación restringida para uso académico.
- Yáñez, J. (2011, B) *Ficha Clínica Constructivista N° 2: Secuencia de Acceso a Contenidos Emocionales*. Apunte no publicado de circulación restringida para uso académico.
- Yáñez, J. (2011, C) *Ficha Clínica Constructivista N° 3: Técnica Procedural de Exploración Experiencial (ExEx)*. Apunte no publicado de circulación restringida para uso académico.
- Zlachevsky, A. (1996) *Tendencias y megatendencias: una mirada constructivista en psicoterapia*. *Revista Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, Año XIV, VOL VI (2), No 26, 1996

GLOSARIO

Abreacción:

Es la descarga o liberación de la tensión emocional asociada a una idea, conflicto o recuerdo desagradable reprimido, esto se consigue reviviendo nuevamente la experiencia emocional penosa.

ANEXOS

A. Nº1 OPERACIONALIZACIÓN DE LA COMPETENCIA PARA LA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

ETAPA	PROCESO DEL PACIENTE	ACCIÓN DEL TERAPEUTA	OBJETIVO
<p>Detección de la necesidad de aplicar la EE</p> <p>1) Indicación emocional: el paciente está conmocionado emocionalmente</p>	<p>manifiesta una intensa perturbación emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Focalizar atención en el estado emocional del paciente. ↪ Evaluar componentes expresivos no verbales que evidencian una tonalidad emotiva determinado a nivel de: <ul style="list-style-type: none"> ☛ Corporalidad ☛ Facialidad ☛ Suprasegmentalidad ↪ Evaluar expresiones directas de emoción. ↪ Evaluar si se aplica EE, o se posterga a otro momento, cuidando: <ul style="list-style-type: none"> ☛ estimar si el impacto emocional en el terapeuta es claro o difuso. ☛ estimar si el paciente posee las habilidades categoriales necesarias para el reconocimiento emocional o si su reconocimiento emocional es contradictorio y equivoco respecto de las categorías comunes usadas por sus redes interpersonales. ☛ si es difuso registrar el hecho y postergar la EE. ☛ detectar si el paciente se calma en otro momento de la sesión, y entonces ☛ estimar si el paciente es capaz de asociar los acontecimientos y las emociones. si puede, aplicar EE. ☛ si no puede, reservar el registro para una EE en otra sesión. 	<p>Decidir si aplica la EE para acceder a contenidos cargados emocionalmente.</p>
<p>2) Indicación cognitiva: Relato es confuso para el paciente o el T</p>	<p>manifiesta una perturbación a nivel de la explicación, el paciente no articula la narración de sí mismo y genera un discurso desorganizado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Focalizar a los contenidos desplegados y su entramado. ↪ Ordenar mentalmente los contenidos desplegados por el paciente en una secuencia conexa para comprender el hecho. ↪ Detectar si algún elemento del discurso del paciente no parece ser coherente. ↪ Detectar si el paciente parece extrañado de la incomprendibilidad del discurso. ↪ Si no lo está, evaluar si el terapeuta necesita aclarar o ampliar la información. ↪ En ambos casos aplicar la EE. 	<p>Decidir si aplica la EE para acceder a contenidos cargados emocionalmente.</p> <p>Si decide aplicar EE en base a la perturbación del P, la EE será para ordenarlos a ambos y disminuir la ansiedad asociada del P. Asume la función de Aparato Psíquico Auxiliar. Si decide aplicar EE en base a su propia incompreensión del hecho, la EE se orientaría a obtener una panorámica de los acontecimientos.</p>
<p>3) Indicación doble: Relato es emocional, y a la vez es cognitivamente confuso</p>	<p>simultáneamente no articula el relato coherentemente y muestra señales de conmoción afectiva, aquí el paciente tiene una alta posibilidad de simbolización de la experiencia</p> <p>indicador de progreso de la terapia</p>	<p>Si detecta simultáneamente elementos emocionales y un discurso poco coherente, aplicar EE.</p>	<p>Decidir si aplica la EE, orientada a reorganizar la experiencia.</p> <p>La decisión permite aprovechar las condiciones de dinamismo y energía desplegadas en el relato del hecho para facilitar al paciente simbolizar.</p>
<p>4) efecto perlocutivo del despliegue del paciente en el terapeuta</p>	<p>la dificultad en simbolizar del paciente demanda al terapeuta disponerse como aparato psíquico auxiliar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Mantener una actitud de disponibilidad emocional ↪ Detectar si el paciente se mantiene sólo en el relato, sin comprometerse emocional ni cognitivamente con los acontecimientos. ↪ Disponerse como Aparato Psíquico Auxiliar. ↪ Generar un enganche técnico con los elementos emocionales desplegados por el paciente y desengancharse simultáneamente. ↪ Evaluar el impacto emocional en sí mismo. ↪ Guiar al paciente en ensamblar los componentes emocionales, cognitivos, contextuales y conductuales de su relato. 	<p>Modelaje del modo de procesar acontecimientos para reorganizar la explicación.</p> <p>Conducir los contenidos desde el eje sincrónico al diacrónico.</p>
<p>Panorámica</p>	<p>despliega espontáneamente ciertos contenidos en su relato</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Mantener una actitud de escucha activa. ↪ Mantener una intención de abstinencia (evitar intervenir). 	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Informarse de contenidos significativos. ↪ Contextualizar el relato en márgenes de interpretación y acoplamiento de su relato y el del paciente.
	<p>construye idiosincrásicamente el relato de sí mismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Focalizarse en su propia inmersión global en el relato del paciente. ↪ Impregnarse del estilo del relato del paciente. ↪ Sostener el timing del paciente. 	<p>Acceder al modo idiosincrático o prototípico del paciente para construir relatos en relación a sucesos.</p>
	<p>produce contenidos que pueden ser relevantes para la reorganización de la experiencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Detecta segmentos del relato que puedan ser productivos. ↪ Decidir intervenir en aquellos elementos. ↪ Incluir una actitud aclaratoria si detecta que el relato no fluye. ↪ Preguntar para estimular la panorámica (si no surge en el relato espontáneo): <ul style="list-style-type: none"> ☛ Qué sucedió antes ☛ Qué sucedió durante ☛ Qué sucedió después 	<p>Acopiar información que aporte elementos de juicio tanto desde el relato como desde el marco de referencia del paciente.</p>

ETAPA	PROCESO DEL PACIENTE	ACCIÓN DEL TERAPEUTA	OBJETIVO
	se moviliza en la ipseidad, con conexión eventual de contenidos a su mismidad	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Facilitar al paciente asociar contenidos entre sí. ↪ Facilitar al paciente asociar contenidos y su interpretación ↪ Moverse en el relato entre un nivel micro del proceso y uno macro: <ul style="list-style-type: none"> ☛ desde una escena a una secuencia de escenas ☛ desde una escena contingente a una escena remota en el tiempo 	Reconocer elementos del contenido que tienden a la modificación o el cambio, para más adelante poder conectarlos con esquemas de la mismidad del paciente.
Descripción detallada de acontecimientos	movilización de defensas en la pobre evocación de detalles contextuales	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Realiza preguntas o intervenciones para estimular la descripción detallada del contexto, los personajes y los hechos. ↪ Cubrir todas las categorías descriptivas para completar el cuadro, preguntando sobre: <ul style="list-style-type: none"> ☛ Contexto ambiental: lugar físico, luminosidad, hora, día, significancia de la fecha, estímulos acústicos, estímulos visuales, etc. ☛ Contexto interpersonal: cuidadosamente, ya que representan el mayor impacto emocional en el P, quiénes estaban presentes, su posición en el lugar, su postura, sus expresiones y sus actitudes, y finalmente quiénes son. ☛ La participación de cada uno en la situación relatada. ☛ Lo que sucedió en detalle ↪ Distinguir entre la experiencia inmediata del paciente y la explicación que él hace del acontecimiento. ↪ Mantiene una comunicación con los principios de Asertividad Generativa. 	<p>Acopiar de elementos nuevos al relato.</p> <p>Aumenta posibilidades de cambios en el relato y de facilitar nuevas interpretaciones.</p> <p>Activa memoria episódica, obteniendo elementos ambientales que pudieran condicionar en cierta medida las conductas del paciente y de otros personajes en el relato.</p>
objetivo 1	activación de sesgos perceptuales cuando inicia el relato		
objetivo 2	disminuye sus defensas al focalizarse en lo anecdótico	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Atender a los contenidos del relato. ↪ Mantener el relato en el nivel de detallismo anecdótico. ↪ Interviene manteniendo su atención y la del paciente en detalles que completan el cuadro del evento narrado. ↪ Evalúa constantemente el estado emocional del paciente, atendiendo a elementos comunicacionales del paciente. 	Disminuye la ansiedad al mantener al paciente en detalles periféricos
objetivo 3	disminuye su sesgo cognitivo, su autoenjuiciamiento y el nivel de ansiedad al relatar	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Detectar los elementos del relato más teñidos afectivamente. ↪ Registra y circunda estos elementos, focalizando al paciente en datos anexos al contenido afectivo. ↪ Facilita al paciente sostener el relato en un nivel impersonal, como si fuera el relato de otra persona. 	Mantener al paciente en la frontera de los procesos de mantenimiento y cambio, en aquellos elementos no integrados al relato y que corresponden a la Ipseidad.
objetivo 4	asocia relato inicial con contenidos nuevos	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Incluye los nuevos elementos en la construcción del relato. ↪ Distinguir entre la experiencia inmediata del paciente y la explicación que él hace del acontecimiento. ↪ Movilizar la atención del paciente entre 3 niveles: <ul style="list-style-type: none"> ☛ su experiencia con los acontecimientos ☛ el efecto emocional frente a aquellos ☛ su interpretación de los acontecimientos ↪ Propone nuevas interpretaciones a fragmentos del relato, considerando los elementos nuevos. <ul style="list-style-type: none"> ☛ Propone asociar contenidos entre sí. ☛ Propone secuencias de eventos. 	<p>Construir relatos alternativos.</p> <p>Asignar nuevas categorías a los contenidos.</p> <p>Activa memoria semántica.</p>
Reorganización sistémica	se resiste a reorganizarse	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Verifica que el paciente entienda su modo particular de procesar los acontecimientos, en términos de: <ul style="list-style-type: none"> ☛ esquemas emocionales ☛ esquemas ideológicos ↪ Ayuda al paciente a relacionar su modo de procesar lo que le acontece, con una categoría general de su propio funcionamiento. 	Modifica o flexibiliza categorías sobre sí mismo.
	desplaza contenidos desde la memoria episódica a la semántica	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Organiza la evocación de la situación. ↪ Acopia detalles y los ordena. ↪ Ayuda al paciente a generar categorías a partir de las nuevas interpretaciones que el paciente realizó de su experiencia. 	Cambio estructural de esquemas prototípicos.
	reorganización de la operatividad del sistema	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Propone nuevas interpretaciones del acontecimiento relatado, considerando los elementos nuevos. <ul style="list-style-type: none"> ☛ Propone asociar contenidos iniciales con los nuevos. ☛ Propone asociar cadenas de escenas, ensamblando contenidos en nuevas secuencias. ↪ Propone asociar contenidos iniciales con nuevas interpretaciones. 	Incorpora los nuevos elementos de su experiencia a las nuevas categorías de sí mismo que ha generado (cambio en las Dimensiones Operativas)

A. Nº2 TABLA DE ACCIONES DEL TERAPEUTA

CLASIFICACIÓN		CRITERIO DE DESEMPEÑO
HABILIDAD ESPECIALIZADA	HABILIDAD NATURAL	ACCIONES ESPECIFICAS
Habilidades Atencionales	<p>Capacidad atencional y de concentración.</p> <p>Capacidad de memorizar a corto y mediano plazo.</p> <p>Capacidad de atender a varios focos perceptuales simultáneamente.</p>	<p>1. Atender simultáneamente al contenido del relato y a la emocionalidad del paciente.</p> <p>2. Focalizarse en el paciente y atender simultáneamente a cómo le impacta emocionalmente el despliegue de éste.</p> <p>3. Concentrar la atención en el modo en que el paciente engrana los elementos del relato.</p>
Habilidades Decisionales	<p>Capacidad de aplicación de conocimientos técnicos a la práctica.</p> <p>Capacidad de aprendizaje.</p> <p>Capacidad de análisis y juicio consecuente.</p> <p>Capacidad para conectar elementos de diferentes categorías o niveles (síntesis)</p>	<p>1. Registrar un estado emocional intenso asociado al relato, evaluando que el reconocimiento emocional del paciente es contradictorio y/o equívoco (no acorde a las categorías comunes usadas por sus redes interpersonales) decidir guardar el registro del hecho y postergar la EE.</p> <p>2. Detectar más adelante en la misma sesión si el paciente se calma, estimando que ya es capaz de asociar los acontecimientos y las emociones, y decidir aplicar la EE.</p> <p>3. Registrar estados emocionales intensos asociado al relato, evaluando que el paciente posee las habilidades categoriales necesarias para reconocer sus afectos, y decidir aplicar la EE.</p> <p>4. Detectar si algunos elementos del discurso del paciente no parece ser coherente con el resto del relato, y decidir aplicar la EE.</p> <p>5. Detecto la intensa emocionalidad junto a la falta de coherencia en el relato y decido aplicar la EE.</p> <p>6. Evaluar si necesita aclarar o ampliar la información, para conseguir una visión general coherente de lo acontecido, y decidir aplicar la EE.</p> <p>7. Detectar si el paciente parece extrañado de la incomprensibilidad de su discurso y decidir aplicar la EE.</p>

HABILIDAD ESPECIALIZADA	HABILIDAD NATURAL	ACCIONES ESPECÍFICAS
Habilidades de Manejo Instrumental de sus Emociones	<p>Motivación compatible con la psicoterapia.</p> <p>Flexibilidad actitudinal.</p> <p>Autoconocimiento.</p> <p>Autocontrol.</p>	<p>1. Mantener una actitud de disponibilidad emocional que permita percibir las propias reacciones emocionales ante el despliegue afectivo del paciente.</p> <p>2. Detectar si el paciente no se compromete, emocional ni cognitivamente, con los acontecimientos que narra, sino que se mantiene sólo en lo anecdótico del relato.</p> <p>3. Generar un enganche técnico con los elementos emocionales desplegados por el paciente, y poder desengancharse simultáneamente.</p> <p>4. Focalizarse en la propia inmersión global en el relato del paciente, dejándose impregnar del estilo de éste.</p>
Habilidades Comunicacionales de Focalización Comprensiva	<p>Empatía.</p> <p>Capacidad de escucha activa.</p>	<p>1. a) Atender a la corporalidad del paciente b) Atender a la facialidad del paciente c) Atender a la suprasegmentalidad del paciente.</p> <p>2. Atender a las expresiones directas de emoción del paciente.</p> <p>1. Evaluar componentes expresivos no verbales que evidencian una tonalidad emotiva determinada.</p> <p>2. Registrar las expresiones directas de emoción.</p>
Habilidades Comunicacionales Expresivas (Asertividad Generativa)	<p>Asertivo: ser capaz de lograr</p> <p>a) un efecto instrumental (consecución de su deseo).</p> <p>b) un efecto sobre la intensidad, permanencia, intimidad y proyección de la relación.</p>	<p>1. Intervenir con frases breves que logran movilizar el relato.</p> <p>2. Estimular el desarrollo del relato</p> <p>3. Mantener una intencionalidad consciente en cada intervención.</p>

Nº3 A RESULTADOS CUESTIONARIO DE COMPETENCIAS ESPECIALIZADAS PARA LA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

TABLAS DISTRIBUIDAS POR SUBESCALAS

Panorámica

alumno	1	2	29	31	35	promedio
1	3	2	4	3	3	3,00
2	4	3	2	3	2	2,80
3	3	3	4	3	2	3,00
4	4	2	2	3	2	2,60
5	4	4	2	3	1	2,80
6	3	3	2	3	3	2,80
7	3	3	2	3	3	2,80
8	2	4	4	2	2	2,80
9	3	2	3	1	3	2,40
10	3	4	4	3	2	3,20
11	2	3	2	3	2	2,40
12	3	4	4	4	3	3,60
13	3	3	4	3	3	3,20
14	4	3	3	2	2	2,80
15	3	3	3	3	2	2,80
16	4	3	4	3	4	3,60

Reconocimiento de fractura del discurso

alumno	14
1	3
2	2
3	2
4	3
5	3
6	3
7	4
8	3
9	3
10	3
11	4
12	4
13	3
14	3
15	3
16	4

Illocución

alumno	4	25	promedio
1	3	3	3,00
2	3	3	3,00
3	3	3	3,00
4	3	4	3,50
5	4	3	3,50
6	3	3	3,00
7	3	2	2,50
8	3	4	3,50
9	4	2	3,00
10	4	4	4,00
11	4	3	3,50
12	2	3	2,50
13	4	3	3,50
14	2	3	2,50
15	3	3	3,00
16	4	4	4,00

Aparato Psíquico Auxiliar

alumno	15
1	2
2	1
3	2
4	3
5	2
6	2
7	3
8	2
9	3
10	3
11	2
12	3
13	3
14	1
15	2
16	2

Escucha Bifásica

alumno	18	19	30	promedio
1	4	3	3	3,33
2	3	/	2	2,50
3	4	3	2	3,00
4	2	/	3	2,50
5	3	4	4	3,67
6	4	3	3	3,33
7	3	/	3	3,00
8	4	3	4	3,67
9	4	3	1	2,67
10	4	2	2	2,67
11	3	3	2	2,67
12	3	/	2	2,50
13	4	/	3	3,50
14	4	2	2	2,67
15	3	/	3	3,00
16	4	1	4	3,00

Enganche-desenganche

alumno	3	16	17	24	promedio
1	4	2	3	3	3,00
2	3	2	2	2	2,25
3	3	4	4	2	3,25
4	3	3	3	3	3,00
5	3	3	3	2	2,75
6	3	3	3	2	2,75
7	3	4	4	3	3,50
8	4	2	4	2	3,00
9	3	2	3	3	2,75
10	3	3	4	4	3,50
11	3	2	3	3	2,75
12	4	3	3	3	3,25
13	3	3	3	2	2,75
14	3	1	3	2	2,25
15	3	2	3	2	2,50
16	4	4	4	1	3,25

Reordenamiento Experiencial

alumno	20	28	32	34	40	41	42	43	promedio
1	3	3	3	2	3	2	2	2	2,50
2	3	3	2	3	4	2	2	3	2,75
3	2	4	3	2	4	3	2	3	2,88
4	3	3	4	2	4	3	3	3	3,13
5	4	3	3	2	4	3	3	4	3,25
6	3	2	2	2	4	3	3	3	2,75
7	3	2	3	3	/	4	2	2	2,71
8	2	2	3	4	3	2	4	3	2,88
9	1	2	1	2	4	4	3	2	2,38
10	3	3	3	3	3	4	4	3	3,25
11	2	3	3	2	4	2	4	3	2,88
12	2	3	4	3	3	4	4	4	3,38
13	4	4	3	3	/	4	3	3	3,43
14	2	3	2	2	/	4	3	3	2,71
15	3	3	3	2	/	4	3	3	3,00
16	3	4	3	4	/	4	2	3	3,29

Abstención

alumno	13	23
1	4	3
2	3	2
3	4	3
4	4	2
5	3	3
6	3	3
7	4	2
8	4	3
9	3	1
10	4	2
11	3	2
12	3	3
13	3	3
14	3	3
15	2	3
16	4	4

Inmersión Emocional Plena

alumno	36	37	39	promedio
1	3	2	3	2,67
2	3	2	2	2,33
3	4	2	3	3,00
4	3	3	2	2,67
5	4	4	3	3,67
6	3	3	3	3,00
7	3	3	3	3,00
8	4	4	4	4,00
9	2	1	1	1,33
10	3	3	2	2,67
11	2	2	2	9,00
12	3	4	4	3,67
13	3	4	3	3,33
14	3	2	3	2,67
15	3	2	2	2,33
16	4	3	3	3,33

Receptividad y Escucha

alumno	3	5	11	12	16	22	25	promedio
1	4	4	3	4	2	4	3	3,43
2	3	3	2	4	2	3	3	2,86
3	3	4	3	4	4	3	3	3,43
4	3	3	3	4	3	4	4	3,43
5	3	4	4	4	3	3	3	3,43
6	3	4	4	4	3	3	3	3,43
7	3	3	3	4	4	3	2	3,14
8	4	3	3	3	2	3	4	3,14
9	3	4	3	4	2	3	2	3,00
10	3	4	4	4	3	1	4	3,29
11	3	3	2	2	2	2	3	2,43
12	4	4	3	4	3	3	3	3,43
13	3	4	4	4	3	4	3	3,57
14	3	3	2	4	1	3	3	2,71
15	3	4	3	3	2	3	3	3,00
16	4	2	4	4	4	4	4	3,71

Condiciones para Exploración-Experiencial

alumno	6	7	8	9	10	promedio
1	2	3	3	2	3	2,60
2	2	2	2	3	3	2,40
3	3	2	3	2	2	2,40
4	3	2	4	4	3	3,20
5	3	2	4	3	4	3,20
6	3	4	4	3	3	3,40
7	4	3	2	3	3	3,00
8	4	4	3	2	4	3,40
9	2	1	2	4	4	2,60
10	3	4	3	3	4	3,40
11	2	3	2	4	4	3,00
12	3	3	3	4	4	3,40
13	3	3	4	3	3	3,20
14	3	2	2	2	3	2,40
15	3	3	2	3	3	2,80
16	3	4	3	2	4	3,20

Baja de Defensas

alumno	21	28	38	promedio
1	2	3	3	2,67
2	2	3	2	2,33
3	3	4	2	3,00
4	3	3	3	3,00
5	2	3	4	3,00
6	3	2	3	2,67
7	3	2	3	2,67
8	4	2	2	2,67
9	3	2	1	2,00
10	3	3	3	3,00
11	2	3	2	2,33
12	2	3	4	3,00
13	3	4	3	3,33
14	2	3	2	2,33
15	3	3	2	2,67
16	4	4	1	3,00

Categorial

alumno	17	26	27	44	45	promedio
1	3	2	2	3	3	2,60
2	2	2	3	2	2	2,20
3	4	3	4	3	3	3,40
4	3	4	2	2	2	2,60
5	3	4	3	3	3	3,20
6	3	3	3	3	3	3,00
7	4	3	2	2	2	2,60
8	4	2	4	2	3	3,00
9	3	2	1	1	2	1,80
10	4	3	2	3	3	3,00
11	3	3	3	2	2	2,60
12	3	3	4	3	3	3,20
13	3	3	4	3	3	3,20
14	3	3	3	2	2	2,60
15	3	2	3	2	2	2,40
16	4	4	4	2	1	3,00

Re-evocación

alumno	36	37	promedio
1	3	2	2,50
2	3	2	2,50
3	4	2	3,00
4	3	3	3,00
5	4	4	4,00
6	3	3	3,00
7	3	3	3,00
8	4	4	4,00
9	2	1	1,50
10	3	3	3,00
11	3	2	2,50
12	3	4	3,50
13	3	4	3,50
14	3	2	2,50
15	3	2	2,50
16	4	3	3,50

Nº3 B RESULTADOS DE LA PAUTA DE OBSERVACIÓN DE COMPETENCIAS ESPECIALIZADAS PARA LA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL.

TABLA DE RESULTADOS DISTRIBUIDOS POR DIMENSIÓN

ACTO DE HABLA

alumno	Gesticulación	Proxémica	fisiognómica	contacto visual	entonación	frecuencia	énfasis	pausas	tempo	prosodia	promedio
1	presente	presente	presente	presente	presente	presente	ausente	presente	presente	ausente	1,80
2	ausente	presente	presente	presente	presente	presente	presente	presente	presente	ausente	1,80
3	ausente	ausente	ausente	presente	ausente	presente	ausente	presente	presente	ausente	1,40
4	ausente	presente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	1,10
5	ausente	ausente	ausente	presente	presente	ausente	presente	presente	ausente	ausente	1,40
6	ausente	ausente	presente	presente	presente	presente	presente	presente	presente	ausente	1,70
7	ausente	ausente	ausente	presente	presente	ausente	ausente	presente	presente	ausente	1,40
8	presente	presente	presente	presente	ausente	presente	ausente	ausente	presente	ausente	1,60
9	ausente	presente	ausente	presente	presente	ausente	ausente	presente	presente	ausente	1,50
10	ausente	ausente	presente	presente	presente	presente	ausente	presente	presente	ausente	1,60
11	ausente	ausente	presente	presente	ausente	ausente	ausente	presente	presente	ausente	1,40
12	ausente	ausente	ausente	presente	ausente	presente	ausente	presente	ausente	ausente	1,30
13	ausente	presente	presente	presente	ausente	ausente	ausente	presente	presente	ausente	1,50
14	ausente	presente	ausente	presente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	1,20
15	ausente	presente	ausente	presente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	1,20
16	ausente	ausente	presente	presente	ausente	presente	ausente	presente	presente	ausente	1,50

ENCUADRE

alumno	Escucha sin intervenir	intervención inapropiada	usa palabras movilizar	focaliza contenidos paciente	escucha activa receptiva	facialidad acorde emoción	No enjuicia ni impone categorías	propone categorías alternativas	Complementa lo ilocutivo	promedio
1	presente	ausente	presente	presente	presente	presente	presente	ausente	presente	1,78
2	presente	ausente	presente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	1,22
3	presente	ausente	presente	presente	ausente	ausente	presente	ausente	ausente	1,44
4	presente	ausente	ausente	presente	presente	ausente	ausente	ausente	ausente	1,33
5	presente	ausente	ausente	presente	ausente	ausente	presente	ausente	ausente	1,33
6	presente	ausente	presente	presente	presente	ausente	ausente	ausente	presente	1,56
7	presente	ausente	ausente	presente	presente	ausente	presente	ausente	ausente	1,44
8	presente	ausente	presente	presente	presente	presente	presente	ausente	presente	1,78
9	presente	ausente	presente	ausente	presente	presente	ausente	ausente	presente	1,56
10	presente	ausente	ausente	presente	presente	ausente	presente	presente	ausente	1,56
11	presente	ausente	presente	ausente	presente	presente	ausente	ausente	presente	1,56
12	presente	ausente	ausente	presente	ausente	ausente	presente	ausente	ausente	1,33
13	presente	ausente	presente	presente	presente	presente	presente	ausente	presente	1,78
14	presente	ausente	ausente	presente	presente	ausente	presente	ausente	presente	1,56
15	ausente	presente	presente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	1,22
16	presente	ausente	presente	presente	ausente	presente	presente	ausente	presente	1,67

CATEGORÍA ALTERNATIVA

alumno	diferencia experiencia-explicación	Propone categorías alternativas	trata descubre y reconozca modo ordenar experiencia	nueva categoría general de funcionamiento	Genera nueva panorámica
1	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
2	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
3	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
4	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
5	presente	ausente	ausente	ausente	ausente
6	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
7	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
8	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
9	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
10	ausente	presente	presente	ausente	ausente
11	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
12	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
13	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
14	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
15	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
16	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente

TÉCNICA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

alumno	Amplia información preguntas específicas	realiza la panorámica	focaliza en un aspecto de lo relatado	Estimula descripción detallada escena	descripción detallada contexto interpersonal	descripción detallada contexto ambiental.
1	presente	presente	presente	ausente	presente	presente
2	presente	ausente	presente	presente	ausente	ausente
3	presente	ausente	presente	presente	presente	presente
4	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
5	ausente	presente	presente	ausente	ausente	presente
6	presente	ausente	presente	ausente	ausente	ausente
7	presente	ausente	presente	ausente	ausente	ausente
8	presente	presente	ausente	presente	presente	presente
9	ausente	presente	ausente	ausente	ausente	ausente
10	presente	ausente	presente	presente	presente	ausente
11	ausente	ausente	presente	ausente	ausente	ausente
12	presente	ausente	presente	presente	ausente	presente
13	presente	presente	presente	presente	ausente	ausente
14	ausente	presente	ausente	ausente	ausente	ausente
15	ausente	ausente	presente	ausente	ausente	ausente
16	presente	ausente	ausente	presente	presente	presente

TÉCNICA EXPLORACIÓN-EXPERIENCIAL

alumno	Mantiene detallismo anecdótico, baja defensas	Amplía relato a detalles anexos al foco	Propone conexiones entre contenidos del relato.	Guía atención niveles del relato, de global a específico	Guía atención entre acontecimientos, su interpretación y la emoción.
1	presente	presente	ausente	presente	ausente
2	presente	ausente	ausente	ausente	ausente
3	presente	presente	presente	presente	ausente
4	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
5	ausente	ausente	presente	presente	ausente
6	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
7	ausente	presente	ausente	ausente	ausente
8	presente	ausente	ausente	ausente	ausente
9	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
10	ausente	ausente	presente	presente	ausente
11	ausente	ausente	ausente	presente	ausente
12	ausente	ausente	presente	ausente	ausente
13	ausente	ausente	presente	ausente	ausente
14	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
15	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
16	presente	ausente	ausente	ausente	ausente

A.Nº4a CUESTIONARIO DE AUTOREPORTE DE HABILIDADES ESPECIALIZADAS PARA LA EXPLORACIÓN EXPERIENCIAL

A) Cuando un paciente trae a la sesión un contenido de su pasado remoto o reciente para relatar, Ud.:	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1. Escucho atentamente durante varios minutos sin intervenir.				
2. Intervengo con palabras o frases breves orientadas a estimular el desarrollo del relato.				
3. Mantengo mi atención simultáneamente en el relato y en el estado emocional del paciente.				
4. Logro registrar los componentes expresivos no verbales de mi paciente que pudieran evidenciar una tonalidad emotiva determinada.				
5. Registro las expresiones verbales directas de emoción de mi paciente.				
6. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando hay emociones poco claras o difusas.				
7. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando hay confusión cognitiva.				
8. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando lo emocional y lo cognitivo son difusos.				
9. Decido aplicar la Exploración Experiencial sobre situaciones cotidianas si faltan contenidos en el relato.				
10. Decido aplicar la Exploración Experiencial cuando yo me siento confundido con los contenidos del paciente.				
11. Registro los estados emocionales intensos de mi paciente asociados al relato.				
12. Reconozco cuando mi paciente es capaz de usar categorías abstractas para referirse a su emoción.				
13. Concentro mi atención en el modo particular en que mi paciente ordena los elementos del relato.				
14. Ordeno mentalmente los contenidos para comprender el relato y detectar alguna inconsistencia en él.				
15. Me dispongo personalmente para facilitarle al paciente la dinámica entre experiencia y explicación de sus contenidos.				
16. Mantengo una actitud de disponibilidad emocional, que me permite percibir mis propias reacciones emocionales ante el despliegue afectivo de mi paciente.				
17. Distingo si mi paciente se compromete, emocional o cognitivamente, con los acontecimientos que narra, o se mantiene sólo en lo anecdótico del relato.				
18. Actúo estratégicamente para registrar mi emoción complementaria a la emoción en curso del paciente.				
19. Me dispongo para ser receptivo y comprometerme con los contenidos emocionales del relato del paciente.				
20. Procuero que mi paciente experimente las escenas desde el punto de vista subjetivo (zoom in).				
21. Facilito el relato de mi paciente con intervenciones que indagan detalles.				

	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
22. Mantengo constantemente una actitud de escucha activa.				
23. Mantengo constantemente una intención de abstención, y evito intervenir.				
24. Parte de la atención hacia mí está dedicada a mis propios estados emocionales y cognitivos.				
25. Procuero hacerme complementario a los aspectos ilocutivos que despliega mi paciente en el relato.				
26. Detecto segmentos del relato que puedan ser productivos e intervengo en relación a aquellos.				
27. Mantengo permanentemente una actitud aclaratoria acerca de las categorías que utiliza mi paciente.				
28. Intervengo indagando aspectos contextuales e interpersonales en el relato del paciente para facilitar la re-evocación.				
29. Reviso diferentes niveles del relato, en lo global y lo específico.				
30. Soy capaz de desengancharme de mi emoción primaria y generar una categoría conceptual alternativa, consecuente a mi función como terapeuta.				
31. Estimulo a que el paciente vea las escenas desde un punto de vista objetivo (zoom out)				
32. Logro distinguir entre la experiencia inmediata del paciente y la explicación que él hace del acontecimiento.				
33. Atiendo simultáneamente a elementos comunicacionales del despliegue de mi paciente que me permitan evaluar constantemente su estado emocional.				
34. Movilizo alternadamente la atención de mi paciente entre su experiencia con los acontecimientos, el efecto emocional frente a aquellos, y su interpretación de los acontecimientos.				
35. Estimulo la descripción detallada del contexto ambiental en el relato del paciente.				
36. Procuero revelar al detalle las condiciones en torno a los estados emocionales del paciente.				
37. Indago acerca de la participación de los personajes en la situación relatada.				
38. Amplío el relato a detalles anexos al foco del paciente.				
39. Evalúo los elementos del relato más teñidos afectivamente antes registrados, e intento profundizar en aquellos.				
40. Trato que se produzcan nuevas asociaciones entre contenidos, o interpretaciones alternativas.				
41. Propongo nuevas interpretaciones a fragmentos del relato, considerando los elementos nuevos.				
42. Intento que el paciente descubra y reconozca su particular modo de ordenar su experiencia.				

	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
43. Intento asociar la experiencia en curso del paciente con categorías generales de su propio funcionamiento.				
44. Ayudo a mi paciente a generar nuevas categorías, a partir de las nuevas interpretaciones de su experiencia que él realizó.				
45. Propongo asociar los contenidos iniciales con nuevas interpretaciones, para generar una nueva panorámica de lo acontecido.				

A.Nº4b PAUTA DE OBSERVACIÓN DE TERAPEUTAS PARA EVALUAR COMPETENCIAS ESPECIALIZADAS PARA LA EXPLORACIÓN EXPERIENCIAL

ACTO DE HABLA	AUSENTE	PRESENTE
Corporalidad acorde en la Gesticulación		
Corporalidad acorde en la Proxémica		
Facialidad acorde en la fisiognómica		
Facialidad acorde en contacto visual		
Suprasegmentalidad acorde en entonación		
Suprasegmentalidad acorde en frecuencia		
Suprasegmentalidad acorde en énfasis		
Suprasegmentalidad acorde en pausas		
Suprasegmentalidad acorde en tempo		
Suprasegmentalidad acorde en prosodia		

ENCUADRE	AUSENTE	PRESENTE
Escucha atentamente sin intervenir demasiado.		
Sus intervenciones son inapropiadas al flujo comunicacional (escucha activa)		
Usa palabras o frases breves que logran movilizar o ampliar el relato.		
Mantiene una intención de abstinencia, focalizando constantemente sólo en los contenidos del paciente		
Mantiene una escucha activa con receptividad (visible en la corporalidad y complementación en lo ilocutivo).		
Manifiesta facialidad acorde a la emoción desplegada por el paciente (enganche).		
No emite juicios, ni impone categorías al paciente (neutralidad).		
Enuncia categorías alternativas a las del paciente (escepticismo)		
Complementariedad con el paciente en lo ilocutivo (escucha activa)		

TÉCNICA DE EXPLORACIÓN EXPERIENCIAL	AUSENTE	PRESENTE
Amplia la información entregada utilizando preguntas muy específicas.		
Estimula un esquema general de lo acontecido, preguntando: ¿Qué sucedió antes? ¿Qué sucedió durante? v ¿Qué sucedió después?		
Se focaliza en un aspecto de lo relatado inicialmente, para indagar más.		
Estimula la descripción detallada de la escena (acontecimientos).		
Estimula la descripción detallada del contexto interpersonal (personajes).		
Estimula la descripción detallada del contexto ambiental.		
Mantiene el relato en el nivel de detallismo anecdótico, bajando las defensas del paciente. pudiendo observarse escasa ansiedad en éste.		
Amplía el relato a detalles anexos al foco del paciente.		
Propone conexiones entre los contenidos del relato.		
Guía alternadamente la atención del paciente hacia diferentes niveles del relato. de lo global a lo específico		
Guía alternadamente la atención del paciente entre su experiencia con los acontecimientos. su interpretación v la emoción.		

GENERACIÓN DE CATEGORÍAS ALTERNATIVAS Y REORDENAMIENTO EXPERIENCIAL	AUSENTE	PRESENTE
Evidencia al paciente la diferencia entre su experiencia inmediata, y cómo éste se la explica.		
Propone al paciente interpretaciones alternativas (categorías).		
Intenta que el paciente descubra y reconozca su particular modo de ordenar su experiencia		
Inserta proposicionalmente categorías alternativas y generales del funcionamiento del paciente.		
Generar una nueva panorámica de lo acontecido, incluyendo nuevas categorías.		

OBSERVACIONES GENERALES