

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DE LOS REPERTORIOS VERBALES,
PARAVERBALES Y NO VERBALES DE LOS TERAPEUTAS EN
ENTRENAMIENTO DE LA OPCIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, ESCUELA
DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.**

Tutora:

Purificación Prieto

Autores:

***Corona Vanessa
Di Matteo Ángel***

Caracas, 9 de Enero de 2012.

Trabajo Especial de Grado
presentado ante la ilustre
Universidad Central de Venezuela
para optar al Título de
Licenciados en Psicología.

Agradecimientos

Antes que nada le agradezco a Dios por permitirme vivir cada una de las experiencias maravillosas que he tenido y las que me faltan. Le agradezco a mi madre a quien le debo todo, su dedicación, su esfuerzo y su lucha constante, simplemente Gracias, a mi familia por su apoyo...Y por ultimo pero no menos importante a ti mi amor, gracias por formar parte de mi vida, por ayudarme y apoyarme en todo momento.

Vanessa Corona.

Por mi parte, quisiera extender primeramente mis agradecimientos a esa instancia superior que nos acompañó y orientó en todo momento en estos caminos que llamamos existencia. Extiendo mis agradecimientos a mis padres y amigos por brindarme su apoyo en todo momento, cosa que valoro infinitamente. A su vez extiendo muy especiales agradecimientos a María Xesús Froján por permitir la utilización de la propuesta diseñada por ella y su equipo de trabajo para la Sistematización de la Conducta Verbal del Terapeuta. Y muy especialmente, un muy cordial agradecimiento a nuestra tutora Purificación Prieto porque gracias a su asesoría y a sus consejos es que este trabajo que realizamos logro alcanzar los resultados obtenidos.

Angel Di Matteo.

Índice

Resumen.....	7
Introducción.....	8
Marco Referencial.....	10
Justificación y planteamiento del problema.....	23
Objetivos.....	28
<i>Generales.....</i>	<i>28</i>
<i>Específicos.....</i>	<i>29</i>
Marco metodológico y Resultados.....	30
1. Tipo de investigación.....	30
2. Participantes.....	30
3. Cuidados éticos.....	31
4. Procedimiento.....	32
Análisis de los resultados.....	61
Conclusiones.....	67
Recomendaciones.....	69
<i>Referencias.....</i>	<i>70</i>

Índice de cuadros

Cuadro 1. Sistema de categorización de la conducta del terapeuta tomado de Froján, Montaña, Calero, García, Garzón y Ruiz (2008).....	19
Cuadro 2. Breve definición de las categorías consideradas en el SISC-CVC diseñado por Froján, Ruiz, Calero y Montaña.....	21
Cuadro 3. Variables estudiadas en la investigación de Gago y Marcano (1987).....	75
Cuadro 4. Repertorios Utilizados de la propuesta de Gago y Marcano (1987).....	44
Cuadro 5. Repertorios utilizados del SISC-CVT (Froján, Montaña, Calero y Ruiz. 2011).....	46
Cuadro 6. Datos obtenidos por la apreciación de los expertos en el área de Psicología (estudiantes del 10mo semestre) sobre el modelo de Gago y Marcano (1987) y el Sistema de categorización de la conducta del terapeuta tomado de Froján, y Montaña, Calero y Ruiz (2011).....	50
Cuadro 7. Datos obtenidos por la validación de los expertos en el área de Psicología (Profesores) sobre el modelo de Gago y Marcano (1987) y el Sistema de categorización de la conducta del terapeuta tomado de Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2011).....	52
Cuadro 8. Definiciones de los repertorios a considerar para el entrenamiento y evaluación del terapeuta en el manejo de la entrevista clínica.....	56

Índice de anexos

Anexo 1 Cuadro 3. Variables estudiadas en la investigación de Gago y Marcano (1987).....	75
Anexo 2 Hojas de registro para evaluar las destrezas de los terapeutas durante la entrevista clínica (Gago, c. y Marcano, m. 1987). (Versión modificada) Corona, v. y Di Matteo, a. (2010).....	78
Anexo 3 Formato de evaluación de los expertos_.....	80
Anexo 4 Instrumento para evaluar manejo de la entrevista clínica por parte del terapeuta (Gago y Marcano, 1987).....	83
Anexo 5 Instrumento para medir el manejo de repertorios Verbales, Paraverbales y No Verbales en la Entrevista Clínica.....	92
Anexo 6 Instrumento para medir el manejo de repertorios Verbales, Paraverbales y No Verbales en la Entrevista Clínica. Corona, V y Di Matteo, A (2011).....	99

Resumen

En la presente investigación se pretende generar una clasificación específica de repertorios verbales, paraverbales y no verbales, tomando como referencia el modelo de evaluación de destrezas en el manejo de la entrevista conductual de Gago y Marcano (1987), en combinación con las categorías reseñadas en el Sistema de Categorización de la Conducta verbal del Terapeuta (SISC-CVT) elaborado por Froján, Ruíz, Montaña, Calero y Alpañés (2011), con los cuales puedan instruirse a los terapeutas de la mención Clínica de la Escuela de Psicología de la UCV para garantizar una mejor ejecución en la entrevista Psicológica de corte conductual. Para la construcción y validación de los repertorios de la nueva clasificación se utilizarán profesores de prácticas clínicas adscritos al departamento de prácticas clínicas de la escuela de psicología de la UCV y estudiantes del décimo semestre adscritos a la escuela de Psicología de la UCV. Se logró generar una nueva clasificación específica de repertorios verbales, paraverbales y no verbales, la cual fue aceptada de forma unánime por los respectivos validadores.

Palabras Clave: repertorio verbal, repertorio paraverbal y repertorio no verbal.

I. INTRODUCCION

La entrevista clínica conductual de acuerdo con lo planteado por Villarreal (1981), Casalta, Laya y Rivas (1982) constituye una forma de interacción verbal entre dos o más personas, en la cual el entrevistador busca obtener información proveniente del paciente que asiste a consulta, con la finalidad de contextualizar la conducta problema, indagar en las áreas asociadas a los elementos o variables disposicionales que interactúan, para así realizar un programa de intervención dirigido a la modificación de conductas y monitorear los resultados obtenidos como producto del trabajo realizado a lo largo de todas las sesiones.

Específicamente, la entrevista clínica conductual se encuentra circunscrita a ciertos lineamientos para garantizar el adecuado trabajo terapéutico a realizar en consulta, por lo que se define que debe ser de carácter semiestructurada y para lo cual es necesario entrenar adecuadamente a los futuros terapeutas en el manejo de la misma. Este entrenamiento comprende dos grandes áreas sobre las cuales se fundamenta la labor académica: En primer lugar se consideran de forma teórica aspectos concernientes a la utilidad de la entrevista como técnica de recolección de información, y por otro lado se consideran elementos netamente prácticos dentro del modelo formativo referentes al manejo de las conductas que debe emitir el terapeuta de forma adecuada para que la entrevista se dé de manera eficaz (Nahoum. 1971; Casalta, Laya y Rivas. 1982).

Dentro del entrenamiento práctico anteriormente reseñado, aunque al terapeuta se le entrena en tres aspectos que resultan prioritarios (Elementos verbales, elementos paraverbales y elementos no verbales), se puede evidenciar que la clasificación que actualmente se contempla en el modelo

formativo cuenta con 24 años de existencia, pero dentro de la misma no se han realizado investigaciones que vayan orientadas a verificar la vigencia de los criterios considerados en la formación de los terapeutas, y mucho menos investigaciones dirigidas a la actualización del esquema utilizado.

Por otra parte, es posible observar dentro de los aspectos considerados para el entrenamiento del terapeuta de la Opción Clínica adscrita a la escuela de Psicología de la UCV, que se hace un mayor énfasis en los repertorios verbales y paraverbales, puesto que existe dentro del modelo una mayor cantidad de criterios reseñados para el manejo y entrenamiento en éstos; sin embargo, con respecto a los repertorios no verbales es notable la falta de especificaciones, obteniéndose como recurso que el terapeuta se ajuste a la situación sobre la base de los conocimientos previos que posea con respecto al manejo de éstos en diferentes escenarios. Por ende, tomando en consideración que hablamos de terapeutas nóveles en formación, el hecho de generar pautas de acción mucho más concisas referente a los tres repertorios antes mencionados (verbales, paraverbales y no verbales) le podría permitir al mismo actuar de una forma más precisa garantizando un adecuado desenvolvimiento en la situación de entrevista.

Es por lo antes expuesto que la presente investigación persigue como objetivo generar una propuesta de clasificación de los repertorios Verbales, Paraverbales y No Verbales, cuyas definiciones constituyan un marco actualizado y que puedan ser empleadas para el entrenamiento en los comportamientos que debe manejar un terapeuta en formación en la opción Clínica de la escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, con la finalidad de garantizar su óptimo desempeño en la ejecución de la entrevista clínica dentro del espacio terapéutico.

II. MARCO REFERENCIAL

La entrevista constituye una herramienta esencial del ejercicio de la Psicología, ya que, la misma es el medio principal mediante el cual el terapeuta entra en contacto con el paciente. De acuerdo con la definición expuesta por Bingham y Moore (1941. c.p. Nahoum, 1961) “*La entrevista es una conversación seria, que se propone un fin determinado distinto del simple placer de la conversación*” (p. 6), en la que se persiguen fundamentalmente tres funciones: recoger datos, informar y motivar. Por otro lado, Sidmons (s. f. c. p. Nahoum, 1961) establece que la entrevista se emplea como un método para reunir datos durante una situación privada o pública, donde el entrevistador obtiene dicha información de una persona que responde a una serie de planteamientos hechos por el primero, cuenta una historia o simplemente relata unos hechos relacionados con algún evento en particular, en la que el entrevistador debe dominar ciertas técnicas de observación así como de recolección de información.

Para Nahoum (1961), la entrevista se circunscribe a los principios citados por Bingham y Moore (1941), y dependiendo de la predominancia de uno de éstos sobre los demás sin excluir a los otros, ya sea porque lo que se quiera es averiguar cosas sobre la persona, enseñarle algo o influir en sus sentimientos o comportamientos. Dicho autor propone tres tipos principales de entrevista de acuerdo a los objetivos con los cuales sea diseñada, las cuales son:

- *La entrevista de Diagnóstico:* Es aquélla que se emplea para determinar cierto estado a raíz de los datos obtenidos de la biografía de la persona, sus actitudes y características personales.
- *La entrevista de Investigación:* Ésta se emplea con la finalidad de recabar datos concernientes a cierto tópico o tema con el

objetivo de obtener información acerca del mismo y contribuir así con la investigación que se realiza.

- *La entrevista Terapéutica o de Consejo:* Que se utiliza persiguiendo como objetivo brindar a la persona un modelo social al cual adaptarse y reorganizar su afectividad en torno al mismo.

Desde otro aspecto, de acuerdo con el tipo de información que busquemos recabar de los entrevistados, y en concordancia con lo expuesto por Casalta, Laya y Rivas (1982), podríamos hablar de tres tipos de entrevistas de acuerdo a la rigurosidad y puntualidad de la información que se desee obtener, las cuales son las siguientes:

1) *La entrevista Standard:* Ésta es la que puede ser considerada como la más estructurada dado que todas las preguntas son realizadas con las mismas palabras y presentadas en el mismo orden a todos aquéllos a quienes sea dirigida, con la finalidad de que todos los entrevistados contesten a todas las preguntas y que los entrevistadores formulen la totalidad de las mismas. Hablamos en general de dos modalidades de preguntas, unas con final abierto, las cuales aluden a una respuesta elaborada en las que las personas manifiestan opiniones, soluciones o emite juicios sobre distintos aspectos. Por otro lado, tienen preguntas cerradas que admiten respuestas bajo ciertas limitaciones dado que las alternativas se encuentran prefijadas. Se puede hablar de criterios como la validez y la confiabilidad dado que trata de garantizar al máximo posible condiciones de estandarización con respecto a las preguntas realizadas.

2) *La entrevista Semi Estructurada:* Tipo de entrevista menos rígida que la anterior, donde la mayoría de los

cuestionamientos se formulan con preguntas abiertas. Aquí se predeterminan por parte del entrevistador algunos tópicos de interés y dependiendo de las respuestas obtenidas se va orientando la entrevista. El entrevistado tiene mucha más libertad de hablar sobre aquello que desea pero el punto focal es que el control y la dirección sobre la entrevista lo tiene el entrevistador pese a lo flexible de la misma. *Es a esta modalidad donde se circunscriben las entrevistas clínicas.*

3) *La entrevista No Estructurada:* Entrevista prácticamente en manos del entrevistado, donde aquel que entrevista sólo hace preguntas abiertas y es el primero quién decide la dirección y sentido que le da a la entrevista. Este tipo de entrevistas pueden constituir una primera aproximación a la persona y suelen usarse como base para luego desarrollar entrevistas semi-estructuradas en un futuro, considerando como tópicos los aspectos que se desarrollen a lo largo de la misma.

Como puede observarse, los tipos de entrevistas existentes que se circunscriben a lo que es el ejercicio psicológico o la labor del psicólogo son muchas, sin embargo, para los fines de la presente investigación se trabaja propiamente con *La Entrevista Conductual* dado que la misma es sobre la cual se forman los estudiantes provenientes de la opción Clínica adscrita a la escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela.

La Entrevista Conductual según Bryant, Harvey y Dang (1988. c. p. Vargas e Ibáñez, 1998) se define de la siguiente manera.

Dentro del ámbito clínico, la entrevista es una importante fuente de información. De hecho, debido a las limitaciones del psicólogo clínico dentro del consultorio, podemos afirmar que

la entrevista representa un papel primordial en la evaluación. Es durante la entrevista que conocemos al paciente, sus datos generales, su problema principal y por qué es causado dicho problema (p. 17).

Dentro del ejercicio del psicólogo clínico, la entrevista constituye una primera aproximación al paciente en la que es posible conocer de primera mano las razones por las cuales la persona que requiere asistencia psicológica asiste a consulta. Además, permite recabar información sobre las áreas relacionadas con el motivo por el que se viene a terapia y en este mismo espacio es posible brindar al paciente una primera impresión sobre el trabajo a realizar a lo largo de las sesiones.

A su vez, es en este espacio donde se lleva a cabo el proceso de tratamiento del caso mediante la aplicación de técnicas y/o programas de intervención acorde a las distintas conductas problema sobre las cuales se desee trabajar, supervisando la aplicación de las distintas indicaciones así como monitoreando los resultados obtenidos del tratamiento empleado. Por ende, se puede alegar que la entrevista constituye la herramienta de trabajo más importante de la que hace uso el terapeuta clínico.

Ahora bien, en la entrevista clínica conductual, se busca recoger información concerniente al paciente siguiendo los siguientes pasos según lo reseñan Casalta, Laya y Rivas (1982):

- 1) Identificar el problema: Aspecto al cual se le dedican las entrevistas iniciales, en el que se busca como objetivo definir y delimitar el problema por el que la persona asiste a consulta terapéutica.

2) Identificar las variables o eventos relacionados con el problema: Comprende lo que sería el indagar las áreas asociadas con el motivo de consulta y los aspectos relacionados con el problema que lo modulan, anteceden y resultan como consecuencia del mismo. De igual manera se indaga lo que sería la adquisición o aparición de este comportamiento y el mantenimiento del mismo en la actualidad.

3) Planificación o diseño de procedimientos para modificar el comportamiento problema: Una vez delimitados los aspectos mencionados anteriormente, comienza la fase en la cual el terapeuta diseña el tratamiento concerniente a la modificación de la situación problema considerando todos los elementos, producto de la investigación de las diversas áreas asociadas.

4) La ejecución de la intervención diseñada: Aplicación del respectivo programa o procedimientos previamente acordados en sesiones pasadas para generar cambios en la conducta problema.

5) Análisis y evaluación de los resultados obtenidos: Se realiza la valoración de los resultados a la luz de los efectos percibidos sobre el comportamiento problema (puede ocurrir que el tratamiento genere las consecuencias esperadas o que no haya dado los efectos deseados, por lo que se puede retroceder a fases anteriores y revisar el trabajo realizado).

Ahora bien, una vez realizada esta revisión sobre los distintos tipos de entrevista, profundizando un poco más sobre la entrevista clínica conductual, es necesario resaltar ahora los aspectos concernientes al entrenamiento de los terapeutas para llevar a cabo la misma, debido a que se busca garantizar al máximo las condiciones óptimas para obtener la información posible.

De acuerdo con lo reseñado por Casalta, Laya y Rivas (1982) así como por Gago y Marcano (1987), es importante que el terapeuta se instruya en el manejo de tres aspectos relacionados con sus propios repertorios comportamentales para así garantizar un adecuado desenvolvimiento en la situación de entrevista. Dichos criterios son los siguientes:

- *Aspectos Verbales:* Elementos relacionados propiamente con el vocabulario que emplea el terapeuta. Como criterio principal se establece que se debe ajustar el mismo y estar acorde con el estrato social del paciente, pero en general tratar de emplear un lenguaje sencillo y accesible para garantizar el óptimo entendimiento y comprensión de las informaciones impartidas. Además se pide que a la hora de formular preguntas se debe hacer de forma clara.

- *Aspectos Paraverbales:* Se hace referencia en esta clasificación al volumen de la voz, el cual no debe ser ni muy alto ni muy bajo, permanecer en niveles intermedios donde pueda ser escuchado. A su vez, se alude a la inflexión en la voz que no es más que cambios en la tonalidad de la misma, los mismos son necesarios para no generar un ambiente conversacional monótono por lo que se pide hacer la entonación adecuada y la acentuación en ciertos planteamientos. Y por último se pide que haya fluidez en el lenguaje para que se pueda mantener la conversación a lo largo de la sesión.

- *Aspectos No Verbales:* Se hace hincapié en que el terapeuta debe mantener contacto visual con el paciente, pero que éste no debe ser fijo ni tampoco escaso, frecuente pero no constante. Se evalúa también la postura corporal considerando como criterios el apoyar la espalda del espaldar de la silla o el inclinarse ligeramente hacia el paciente, así como el alternar entre estas posiciones. A su vez, también se evalúan las expresiones faciales del terapeuta y la

gesticulación con las manos haciendo como única acotación que las mismas deben ser acordes a las situaciones que se presenten en la consulta.

Por otra parte, se hace especialmente resaltante el hecho de ver que el manejo del lenguaje no verbal por parte del terapeuta Clínico Conductual en el marco de la entrevista, cuenta con muy pocas especificaciones, por ende, brindar mayores especificaciones con respecto a los mecanismos de acción que puede emplear en el manejo de sus repertorios comportamentales le podría permitir al mismo actuar de una forma más precisa, garantizando así un adecuado desenvolvimiento en la situación de entrevista.

Entre las investigaciones reseñadas en el área del manejo del repertorio verbal, se destaca un estudio realizado por Froján, Montaña, Calero, García, Garzón y Ruíz (2008). El mismo tenía como objetivo generar una aproximación a una categorización de los repertorios verbales que emplea el terapeuta de corte Cognitivo-Conductual en la entrevista de carácter netamente clínico, se llevó a cabo en el Instituto Terapéutico de Madrid.

La investigación de Froján, y cols. (2008) se realizó empleando 50 grabaciones de una hora de duración, procedentes de 11 casos evaluados y tratados individualmente por 5 terapeutas en el Instituto Terapéutico de Madrid, los pacientes correspondían a una población mayor de edad. Dichas grabaciones fueron hechas bajo el consentimiento informado por parte de los pacientes, terapeutas y personal del instituto para lo cual se les informó que solo serían empleados los datos obtenidos de forma anónima, únicamente valorando el comportamiento del terapeuta que llevaba el caso, garantizando así la confidencialidad y privacidad de la información expuesta en el espacio

terapéutico. Se aludió posteriormente a un criterio aleatorio para la selección de los videos a emplear aunque para otros casos se valoraron varias condiciones como por ejemplo el contenido puntual de la sesión o las características y conductas del terapeuta, apegado siempre al objetivo perseguido en el respectivo momento de la terapia (Froján, Montaña, Calero, García, Garzón y Ruíz. 2008).

Como producto de la investigación realizada, se desarrolló el SISC-CVT (Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta), el cual se elaboró en las siguientes fases (Froján, Montaña, Calero, García, Garzón y Ruíz. 2008):

1) **Establecimiento de la unidad de categorización:** En esta fase se decidió considerar todo comportamiento verbal manifiesto por el terapeuta. El componente no verbal no fue considerado para los fines del presente estudio aunque admitieron haber tomado en cuenta algunos cuando éstos sirvieron de apoyo para el comportamiento verbal.

2) **Elección del aspecto de la interacción terapeuta-cliente a analizar y decisión del proceso de observación y registro:** Un equipo de tres terapeutas con formación en terapia Cognitivo-Conductual y Psicología del aprendizaje fueron los observadores de los casos grabados. Se decidió trabajar directamente en la observación de las grabaciones para así llevar a cabo el análisis de las respectivas conductas durante la interacción en el espacio terapéutico.

3) **Observación informal de la conducta:** Una primera propuesta de categorización: Aludiendo a lo expuesto por Pérez (1996. c. p. Froján, Montaña, Calero, García, Garzón y Ruíz. 2008) se baso

en lo que se conoce como Operaciones Conductuales Básicas: *Observación, Presentación de Estímulos, Disposición de Contingencias, Disposición de Control Antecedente, Establecimiento de Funciones Motivacionales y Alteración Funcional Mediante Reglas*. A la luz de lo antes expuesto, los observadores realizaron una clasificación inicial en la cual se pudieron agrupar la gama de comportamientos realizados por los terapeutas, constituyendo así la primera versión del SISC-CVT.

4) **Observación sistemática del comportamiento:** *Depuración y propuesta definitiva del sistema de codificación:* Empleando el programa informático The Observer XT 6.0. se realizó el registro sistemático del comportamiento de los terapeutas empleando a otros tres expertos que realizaron la valoración de otras sesiones grabadas, centrándose mayormente en la discusión de los desacuerdos que los mismos reportaron a lo largo del proceso de revisión. Se corroboró la permanencia de las categorías a las cuales se llegó en el segmento anterior y se incorporó una adicional.

5) **Análisis del grado de acuerdo intra e interjueces:** Con los datos obtenidos se pidió a tres expertos que analizaran tres casos al azar bajo la perspectiva del modelo realizado. Se evaluó el grado de acuerdo entre los observadores obteniendo porcentajes significativamente altos.

Al finalizar las fases anteriormente reseñadas, finalmente se elaboró de manera formal la primera versión del SISC-CVT la cual contempló las siguientes categorías:

Cuadro 1: Sistema de categorización de la conducta del terapeuta tomado de Froján, Montaña, Calero, García, Garzón y Ruíz (2008).

Función	Definición
<i>EVOCADORA</i>	Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o no. (Categoría evento).
<i>DISCRIMINATIVA</i>	Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que va seguida de reforzamiento o castigo. (Categoría evento).
<i>DE REFUERZO</i>	Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación, de la conducta emitida por el cliente. (Categoría evento).
<i>DE CASTIGO</i>	Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente y/o que interrumpe ésta aunque sin presentar ningún matiz que indique aprobación, acuerdo o aceptación. (Categoría evento).
<i>OTRAS</i>	Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores. (Categoría evento).
<i>INSTRUCCIONAL</i>	Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta futura del cliente fuera del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero sí han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer. (Categoría estado).
<i>MOTIVADORA</i>	Verbalización del terapeuta que anticipa los efectos positivos o negativos que la actuación del cliente (mencionada dicha actuación o no de forma explícita en la verbalización del terapeuta) tendrá, está teniendo o ha tenido sobre el cambio clínico. (Categoría estado).
<i>INFORMATIVA</i>	Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta (Categoría estado).

Como dato importante, el SISC-CVT posteriormente fue empleado en otra serie de estudios que contribuyeron a ratificar la validez de dicho sistema de clasificación. Por mencionar algunos de los mismos se puede hacer referencia al estudio titulado “Aproximación al Estudio Funcional de la Interacción Verbal entre Terapeuta y Cliente Durante el Proceso Terapéutico” (Froján, Montaña, Calero y Ruiz. 2011) donde los autores emplean la clasificación para determinar si algunos repertorios como tal se utilizaban mayormente en momentos específicos del proceso terapéutico cónsono con el objetivo clínico del mismo. Dicho planteamiento fue confirmado precisando

cuatro tipos de actividades que se dan en el espacio clínico (Evaluación, explicación, tratamiento y consolidación del cambio), las cuales a su vez se asocian con una categoría de la conducta verbal que generalmente predomina en cada tipo de actividad siendo esto más relevante que el momento de la terapia en el que el mismo tiene lugar.

Otro de los trabajos realizados por Froján, y cols. (2011) fue titulado “Estudio comparativo de la conducta verbal del terapeuta según su experiencia durante la evaluación clínica”, en el cual se empleó el SISC-CVT para comparar cómo se generaban los repertorios verbales señalados en el mismo en los terapeutas en una situación de atención de casos buscando identificar si había diferencias significativas sobre la base de la experiencia definida como los años de ejercicio del psicólogo. La investigación encontró que sí pueden establecerse diferencias tanto cuantitativas como cualitativas sobre lo que hacen los terapeutas en las sesiones de atención de casos tomando como base el grado de experiencia de los mismos.

Por otro lado, Froján, y cols. (2011) demostraron que se puede ir incluso mucho más lejos a la hora de estudiar los repertorios verbales, dado que lograron desarrollar el Sistema de Categorización de la Interacción de la Conducta Verbal en Terapia (SISC-INTER-CVT) que incorpora la actuación del paciente en el espacio terapéutico como ente emisor de comportamientos verbales. Incluso desarrolla con más detalle los elementos considerados en el SISC-CVT a la luz de las respuestas más comunes en los pacientes reseñados en la investigación ante el empleo de los repertorios considerados, y propone una clasificación denominada Subsistema de Categorización de la Conducta Verbal del Cliente (SISC-CVC). Aun cuando no es propiamente de interés de la presente investigación esta última clasificación mencionada, se hace referencia a la misma con la intención de

mostrar el alcance del proyecto en el cual estos autores han trabajado y las posibles implicaciones que el mismo puede tener en el ámbito de la formación de los futuros terapeutas, brindando una aproximación inicial a lo que se entiende como el comportamiento verbal que podría manifestar un paciente en el espacio terapéutico, con base en él se derivan algunas recomendaciones a tomar en cuenta para futuras investigaciones. Entre los repertorios que componen el SISC-CVC los autores reseñan los siguientes:

Cuadro 2: Definición de las categorías consideradas en el SISC-CVC diseñado por Froján, Ruiz, Calero y Montaña (2011)

<i>Categoría</i>	<i>Definición</i>
<i>PROPORCIONAR INFORMACIÓN</i>	(Categoría evento) Verbalización a través de la cual el cliente trata de proporcionar al terapeuta información puramente descriptiva para la evaluación y/o el tratamiento.
<i>SOLICITAR INFORMACIÓN</i>	(Categoría evento) Pregunta, comentario y/o petición de información por parte del cliente hacia el terapeuta.
<i>MOSTRAR ACEPTACIÓN</i>	(Categoría evento) Verbalización del cliente que muestra acuerdo, aceptación y/o admiración ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.
<i>MOSTRAR DESACUERDO</i>	(Categoría evento) Verbalización del cliente que indica desacuerdo, desaprobación y/o rechazo ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.
<i>EMITIR VERBALIZACIONES DE LOGRO</i>	Verbalizaciones del cliente que señalan el logro de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la consecución del mismo.
<i>EMITIR VERBALIZACIONES DE FRACASO</i>	Verbalizaciones del cliente que apuntan a no alcanzar el objetivo terapéutico o la anticipación de la no consecución del mismo.
<i>EMITIR VERBALIZACIONES DE MALESTAR</i>	Verbalizaciones del cliente que hacen referencia al padecimiento del mismo debido a sus conductas problema o a la anticipación de este malestar.

<i>EMITIR VERBALIZACIONES DE BIENESTAR.</i>	Verbalizaciones del cliente que hacen referencia al estado de satisfacción o felicidad del mismo o a la anticipación de este bienestar.
<i>VERBALIZACIÓN DE REACCIONES EMOCIONALES</i>	Emisión por parte del cliente de una respuesta emocional acompañada de verbalizaciones que hagan referencia a la misma o comentarios diversos.
<i>SEGUIR INSTRUCCIONES</i>	<p>(Categoría evento) Conducta verbal del cliente que implica un seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas por el terapeuta.</p> <p>Dentro de sesión: Cuando la verbalización se refiere a una instrucción que ha sido presentada inmediatamente antes por el terapeuta.</p> <p>Fuera de sesión: Cuando la verbalización se refiere a una instrucción o pauta presentada con anterioridad a la última verbalización del terapeuta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión: Cuando la verbalización se refiere a algún tema relacionado con la predicción de la consecución de la tarea. - Descripción de pautas realizadas en el pasado (pero una vez iniciada la terapia y pautadas por el terapeuta) (revisar todas estas definiciones)
<i>NO SEGUIR INSTRUCCIONES</i>	<p>(Categoría evento) Conducta verbal del cliente que hace referencia al no seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dentro de sesión: Cuando la verbalización se refiere a una instrucción que ha sido presentada inmediatamente antes por el terapeuta. - Fuera de sesión: Cuando la verbalización se refiere a una instrucción o pauta presentada con anterioridad a la última verbalización del terapeuta.
<i>OTRAS</i>	(Categoría evento) Cualquier verbalización del cliente que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

I. JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la presente investigación un antecedente inmediato es el trabajo realizado por Gago y Marcano (1987) en el cual las autoras realizan un programa de intervención para instruir a los futuros terapeutas egresados de la Opción Clínica adscrita a la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, en el manejo de la entrevista clínica conductual. Dichas autoras establecen una serie de parámetros, sobre la base de los cuales se formulan criterios formativos y evaluativos que permitan hacer una medición del cambio en los participantes en cuanto al manejo de tres clases de repertorios a lo largo de toda entrevista: Repertorios Verbales, Repertorios Paraverbales y Repertorios No Verbales.

Se hace especialmente notable el hecho de que el trabajo antes mencionado constituya el estudio más actual que se ha hecho dentro de la mención y que además se maneje como esquema formativo para los estudiantes de la opción Clínica, lo que es indicativo que desde hace aproximadamente 24 años no se han realizado estudios en el área que contribuyan a verificar la vigencia de los criterios considerados dentro del esquema formativo, así como tampoco se han destinado investigaciones que apunten a la actualización del mismo.

A su vez, profundizando en lo antes expuesto, se pudo observar que existe un mayor grado de especificidad a la hora de caracterizar y categorizar los criterios para la evaluación de los elementos Verbales y Paraverbales, pero en el caso de los aspectos No Verbales es notable la poca información que se ofrece acerca del manejo de los mismos. Esto debido a que se ha hecho difícil encontrar estudios científicos actualizados con referencia al manejo de los repertorios No Verbales dentro de la entrevista clínica de corte conductual.

Aunado a esto, es importante resaltar que dichos repertorios Verbales, Paraverbales y No Verbales al ser evaluados por separado pueden llegar a comprometer lo que sería el proceso formativo del terapeuta dado que la mayoría de los elementos considerados interactúan entre sí, es por esto que no se ha planteado un modelo formativo en el cual los repertorios son evaluados en los estudiantes de forma integral, es decir, a pesar de ser evaluados por separado cada uno repercute en los otros.

Por último pero no menos importante, es necesario destacar la influencia cultural en la interpretación de los repertorios que emplea el terapeuta. Si el mismo incurre en el manejo inadecuado de los repertorios antes reseñados, puede dar pie a que el paciente realice juicios erróneos que le predispongan a manifestar cierta actitud hacia el espacio terapéutico o hacia el psicólogo, acarreando consecuencias en lo que podría ser el trabajo a realizar en la consulta psicológica.

Para esto, se propone realizar en esta investigación la revisión de las categorías bajo las cuales se está formando el futuro terapeuta, proveniente de la Opción de Psicología Clínica, de la Escuela de Psicología, de la Universidad Central de Venezuela en el manejo de repertorios verbales, paraverbales y no verbales para su desempeño dentro de la entrevista clínica, con la intención de generar una propuesta de clasificación actualizada que incorpore nuevos repertorios con sus respectivas definiciones que contribuya a establecer mejoras en el proceso formativo del terapeuta de la Opción en relación al manejo de los repertorios antes reseñados dentro del espacio terapéutico.

Considerando lo anteriormente planteado, la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), cuya sede principal se encuentra ubicada en Madrid (España) desde el año 2001 persigue como

objetivo mejorar la calidad del sistema educativo superior en dicho país mediante la realización procesos de evaluación, certificación y acreditación de los distintos roles profesionales desde la mirada de la formación universitaria, dedican una publicación realizada en el año 2005 con respecto a la formación de los psicólogos tomando bases de lo establecido en el *Proyecto Tuning – España* (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación. 2005; González y Wagenaar. 2003; Universidad de Málaga. 2010).

En consonancia con lo expuesto por Elizondo y Vargas (s. f.) una competencia puede ser definida como “... El grado de dominio de las habilidades, procesos (actitudes y conductas medibles) y conocimientos requeridos en un área clave de éxito” (p. 3). Desde la perspectiva del ejercicio de la psicología, el concepto de competencias puede ajustarse y referir concretamente a lo que se entiende como el adecuado manejo de repertorios, conocimientos y destrezas en el ámbito de la investigación psicológica y ejercicio en el manejo de casos.

Para lo que es la valoración de las competencias específicas por parte del estudiante de psicología que está por egresar, la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2005) propone clasificar el grado de adquisición de las competencias por parte del estudiante de forma cualitativa, aludiendo exclusivamente a tres niveles en los cuales puede clasificarse de acuerdo a su ejecución al futuro terapeuta en cuanto al manejo de sus comportamientos y estrategias:

- 1) Competencia no adquirida: Cuando se considere que el terapeuta en formación no domine adecuadamente la(s) competencia(s) que está(n) siendo evaluada(s).

- 2) Competencia en adquisición: Cuando se considere que el terapeuta en formación domina parcialmente la(s) competencia(s) que está(n) siendo evaluada(s).
- 3) Competencia adquirida: Cuando se considere que el terapeuta en formación domina de forma adecuada la(s) competencia(s) que está(n) siendo evaluada(s).

De la amplia gama de criterios que establece la publicación realizada por ANECA, llama especialmente la atención y es de particular interés para la el presente estudio, lo establecido para la *Valoración de los Conocimientos Básicos y las Competencias Específicas para la Formación en Psicología, en Relación con los Perfiles Profesionales Definidos (2005)*. En dicho segmento hace un desarrollo sobre lo que constituye la forma más idónea o consensuada para realizar investigaciones en el área de las competencias para el ejercicio del psicólogo, especificando puntualmente el nivel de las áreas, en las cuales deberían llevarse las investigaciones al respecto para constituir estudios que ayuden a la formación y desarrollo profesional del terapeuta psicológico. Desde lo antes reseñado se entiende que todo conocimiento que se desee incorporar al sistema educativo en el que se forman los futuros profesionales en el área de la psicología, debe como tal ser verificado a tres niveles previamente para poder ser considerado como un conocimiento bajo el cual el estudiante deba ser preparado. Estos niveles son los siguientes:

- 1) Nivel pre- grado: Las investigaciones que busquen actualizar esquemas educativos deben ser probadas y valoradas en estudiantes que se encuentren haciendo estudios en el área de pre- grado, es decir, en estudiantes universitarios que actualmente estén cursando la respectiva carrera (Para este caso, psicología)

- 2) Nivel profesoral: Dichas investigaciones deben ser valoradas y estudiadas minuciosamente por profesores que se desempeñen en las áreas en las que se fundamenta la investigación realizada.
- 3) Nivel profesional: Estas investigaciones evaluadas en los espectros antes reseñados, también deben ser evaluadas desde la mirada de los profesionales que actualmente se encuentren en ejercicio, con la finalidad de contrastar la utilidad del cuerpo de conocimiento bajo estudio con lo que es la perspectiva que tiene el egresado de lo que actualmente se requiere en torno a su ejercicio a nivel laboral.

Por ende, se consideran importantes los criterios anteriormente mencionados con referencia al área de las competencias en la temática que refiere a una actualización del esquema formativo del terapeuta en el manejo de la entrevista clínica de corte conductual, puesto que permite evaluar a mayor detalle el grado de destreza que cada estudiante puede desarrollar en el manejo de los repertorios correspondientes.

De este modo, esta investigación busca destacar la importancia práctica de los esquemas de enseñanza de la entrevista clínica. Tomando en cuenta esto, se plantea la siguiente pregunta:

¿Es posible generar una clasificación específica para el entrenamiento y evaluación de los repertorios Verbales, Paraverbales y No Verbales, que constituya una propuesta actual, dirigida a los terapeutas en formación de la opción Clínica adscrita a la Escuela de Psicología de la UCV?

I. OBJETIVOS

Generales:

- ✓ Generar una clasificación específica de repertorios verbales, paraverbales y no verbales tomando como modelo la clasificación utilizada por Gago y Marcano (1987) en combinación con las categorías reseñadas en el Sistema de Categorización de la Conducta verbal del Terapeuta (SISC-CVT) elaborado por Froján, Ruíz, Montañó, Calero y Alpañés (2011), con los cuales puedan instruirse a los terapeutas de la mención Clínica de la Escuela de Psicología de la UCV para garantizar una mejor ejecución en la entrevista Psicológica de corte conductual.

Específicos:

- ✓ Identificar cuáles son los repertorios verbales, paraverbales y no verbales considerados en la formación y evaluación del terapeuta en el manejo de la entrevista Clínica.
- ✓ Verificar los criterios presentes en el esquema formativo sobre el que se está instruyendo a los terapeutas en formación de la opción Clínica adscrita a la Escuela de Psicología de la UCV, en cuanto a repertorios verbales, paraverbales y no verbales, con referencia al manejo en la entrevista clínica.
- ✓ Validar con la ayuda de expertos los aspectos formativos propuestos por Gago y Marcano (1987) en relación con el desenvolvimiento del terapeuta en la entrevista Clínica.

- ✓ Integrar a la propuesta para el manejo de los repertorios verbales, paraverbales y no verbales por parte del terapeuta en la entrevista Clínica expuesta por Gago y Marcano (1987) los repertorios considerados por el Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT) elaborado por Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2011).
- ✓ Validar la propuesta integrativa de manejo de repertorios verbales, paraverbales y no verbales en la entrevista Clínica basada en los repertorios considerados por Gago y Marcano (1987) así como por Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2011).
- ✓ Validar la nueva clasificación específica de manejo de repertorios Verbales, Paraverbales y No Verbales en la Entrevista Clínica por parte del terapeuta elaborada en el presente estudio.

I. MARCO METODOLOGICO Y RESULTADOS

1. Tipo de investigación

El estudio que se realizó es de corte descriptivo, debido a que el mismo busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhhke, 1989, cp. Hernández, Fernández y Baptista. 2000; Arias. 2006).

2. Participantes

En el caso particular de esta investigación, se trabajó con un grupo de personas de la Universidad Central de Venezuela, específicamente de la Opción Clínica adscrita a la Escuela de Psicología. Es necesario señalar que la formación en la Escuela de Psicología se realiza de forma semestral y comprende dos ciclos: Un ciclo básico compuesto por un total de seis semestres, en los cuales el estudiante es formado en asignaturas teóricas y prácticas con la finalidad de que adquiera conocimientos generales referentes al ejercicio de la psicología. Y un ciclo aplicado conformado por cuatro semestres en los que el estudiante ve asignaturas teóricas, prácticas y aplicadas cuyos contenidos están dirigidos al proceso de profesionalización del cursante.

Una de las Opciones de formación en la Escuela de Psicología es la Psicología Clínica, que parte del modelo comportamental como elemento de trabajo y basa la formación profesional ofrecida a los cursantes en los aspectos derivados de la Terapia Conductual, para ello se establecieron cuatro niveles de formación práctica a cargo de las asignaturas Prácticas Clínicas I, II, III y IV, a lo largo de los dos años de pre-especialización, con la intención de formar de manera gradual al terapeuta novel en aspectos

prácticos y metodológicos que debe implementar al momento de la atención de los casos clínicos. En la asignatura prácticas Clínicas I mediante el empleo de ensayos y de la observación de terapeutas avanzados, entre otras estrategias, se establecen las bases de la formación profesional.

Participaron en la investigación los estudiantes de la Opción Clínica, de la Escuela de Psicología, de la UCV con edades comprendidas entre 17 y 45 años y los profesores adscritos al Departamento de Psicología Clínica, específicamente los que imparten las asignaturas Prácticas Clínicas I,II,III y IV.

3. Cuidados Éticos

Considerando lo expuesto anteriormente, y en concordancia con lo que expresa el Código de Ética del Psicólogo en Venezuela, esta investigación se inspiró en los más elevados principios éticos y científicos para su ejecución.

A lo largo del desarrollo de la investigación se cumplieron los siguientes requisitos para proteger la integridad tanto física como psicológica de cada uno de los sujetos participantes: 1. Todos y cada uno de los participantes eligieron participar en la investigación. 2. Cada uno de los participantes obtuvo información básica sobre la misma. 3. Se empleo un sistema de grabación y se garantizó que las grabaciones realizadas no fueran del conocimiento de personas ajenas a la investigación.

Procedimiento

Con la finalidad de realizar una exposición parsimoniosa de los diferentes momentos que conformaron el presente estudio se exponen a continuación cada una de las fases contempladas en el mismo:

1era Fase:

El **objetivo** de esta fase fue identificar cuáles son los repertorios verbales, paraverbales y no verbales considerados en la formación y evaluación del terapeuta en el manejo de la entrevista Clínica.

El **ambiente** donde se llevó a cabo la búsqueda bibliográfica fue la USI (Unidad de Sistemas de Información) *Belarmino Lares*, ubicada en la Escuela de Psicología de la UCV.

Como producto de la revisión se ubicaron dos investigaciones que constituyeron dos referencias empíricas directas del presente estudio el Trabajo Especial de grado (no publicado) de Gago y Marcano, sobre el Modelo de evaluación de destrezas en el manejo de la entrevista conductual realizado en 1987 y la investigación de Froján, Montaña, Calero y Ruiz, la versión actualizada del año 2011, sobre el sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta, publicada en la revista electrónica *Anales de Psicología*, 2011, vol. 27, n°2.

El **procedimiento** se realizó de la siguiente manera: se inició la búsqueda de información pertinente, concerniente al tema de investigación, en este caso en particular, el criterio de búsqueda apuntaba a información con respecto a la entrevista clínica, los tipos de entrevistas, los repertorios utilizados para evaluar el desempeño de los estudiantes en formación en la Opción Clínica adscrita a la Escuela de Psicología de la UCV.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: En primer lugar, se logró acceder al trabajo de grado que contempla el modelo de evaluación de destrezas en el manejo de la entrevista conductual de Gago y Marcano (1987), que constituye la primera referencia directa como antecedente que se consiguió para el presente estudio, que consistió en un estudio experimental realizado con los estudiantes cursantes del séptimo semestre de la opción clínica empleando un grupo experimental y otro control. Se diseñó un entrenamiento teórico-práctico que contempló la utilización de una guía de estudio, más la aplicación de técnicas conductuales como ensayos, técnicas de retroalimentación y reforzamiento positivo; demostrando que los participantes del grupo experimental, en comparación con los del grupo control tuvieron un mejor desenvolvimiento en el manejo de la entrevista clínica puesto que manejaron de una forma más adecuada los repertorios considerados para el entrenamiento del terapeuta. Si bien es cierto que el modelo de Gago y Marcano (1987) no fue sometido a procesos de validación, dados sus hallazgos se consideró pertinente utilizarlo en la cátedra de Prácticas Clínicas por los profesores que imparten la asignatura de Prácticas Clínicas I, II, III y IV, como esquema formativo y evaluativo para los estudiantes de la opción Clínica adscrita a la escuela de Psicología de la UCV.

La segunda referencia considerada fue la investigación realizada por Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2011), realizada en la Universidad de Madrid, España. Dicho trabajo consistió en un estudio comparativo de la conducta verbal del terapeuta con base en su grado de experiencia durante la evaluación clínica. De este estudio se tomó la propuesta elaborada por los autores conocida como el Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT), que reseña una serie de comportamientos netamente verbales que a consideración de los autores son aquéllos que gene-

ralmente se ven presentes en el manejo de la entrevista clínica por parte del terapeuta cognitivo-conductual.

Indagando sobre el Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT), se encontró una investigación realizada por Froján, Montaña, Calero, García, Garzón y Ruiz (2008) en la cual se realizó un estudio que involucró el análisis de grabaciones de terapeutas en situaciones de atención de casos en el Instituto Terapéutico de Madrid por parte de un grupo de expertos, generando así una clasificación de los comportamientos verbales más frecuentemente utilizados. Posteriormente dicha clasificación fue sometida a procesos de validación, así como empleada en otras investigaciones dirigidas al manejo de repertorios verbales por parte del terapeuta en la entrevista clínica.

2da Fase:

El **objetivo** de esta fase fue verificar los criterios presentes en el esquema formativo sobre el que se está instruyendo a los terapeutas en formación de la opción Clínica adscrita a la Escuela de Psicología de la UCV, en cuanto a repertorios verbales, paraverbales y no verbales, con referencia al manejo en la entrevista clínica.

Los **ambientes** donde se llevaron a cabo las actividades fueron: primero, en el Departamento de Psicología Clínica de la UCV y segundo el Servicio de Psicología Clínica ubicado en las adyacencias cercanas a la UCV, en la Quinta Mitaquerí, el cual cuenta con Cámara de Gesell y circuito cerrado de video. En ambos ambientes la luz era apropiada para permitir una buena ejecución de la actividad, se controló el ruido del exterior, se contó con aire acondicionado lo que permitió que el ambiente estuviera con un clima controlado.

Los **participantes** de esta fase fueron 19 estudiantes con edades comprendidas entre los 19 y los 45 años cursantes del séptimo semestre de la asignatura Prácticas Clínicas I, de la opción Clínica adscritos a la escuela de Psicología de la UCV, los investigadores y la profesora asesora del proyecto.

Los **materiales o instrumentos** utilizados fueron la *hoja de registro para evaluar las destrezas de los terapeutas durante la entrevista Clínica de Gago, C. y Marcano, M. (1987), versión Modificada por Corona y Di Matteo (2010)* la cual contempla un apartado destinado al conocimiento de aspectos relacionados con la experiencia previa por parte del terapeuta en referencia a situaciones de consulta psicológica, así como una serie de reactivos alusivos a los componentes a evaluar mediante una escala de tipo likert con calificaciones comprendidas entre uno y cinco puntos, refiriendo las menores puntuaciones al manejo totalmente inadecuado del criterio, mientras que las más altas aluden al manejo totalmente adecuado del mismo (Ver anexo 2). También se empleó una cámara de video, lápices, sacapuntas y borrador.

El desarrollo de la actividad se llevó a cabo de la siguiente manera: al inicio de esta fase se realizó el contacto institucional con la jefa de la cátedra de Prácticas Clínicas de la Escuela de Psicología de la UCV, para conseguir los participantes con los que se trabajó, de igual manera obtener los permisos para grabar a dicho grupo que aun estaba en formación. De esta forma, una vez obtenido los permisos y el consentimiento de los participantes (grupo de séptimo semestre), se inició la grabación del primer ensayo de manejo de repertorios en la entrevista Clínica.

El **primer procedimiento** de la actividad se realizó de la siguiente manera: a cada uno de los 19 estudiantes del séptimo semestre, se les presentó un caso clínico, con relación al cual debían desarrollar una

entrevista donde debían verse reflejado el inicio, desarrollo y cierre de la misma, no era necesario la aplicación de técnicas, sólo debían desarrollar el caso para observar el manejo de la situación y los repertorios verbales, paraverbales y no verbales que éstos tenían antes de empezar la formación tanto teórica como práctica. Cada grabación tenía una duración de dos minutos aproximadamente. El rol de pacientes era llevado a cabo por uno o dos estudiantes del noveno semestre de la opción Clínica de la Escuela de Psicología de la UCV, a su vez otros dos estudiantes del mismo semestre servían como evaluador y co-evaluador del proceso utilizando la hoja de registro para evaluar las destrezas de los terapeutas durante la entrevista clínica de Gago y Marcano (1987), versión modificada por Corona y Di Matteo (2010) (ver anexo 2), y la responsabilidad de los investigadores eran: uno debía grabar la actividad mientras que el otro estaba encargado de tomar el tiempo de la ejecución de cada uno de los estudiantes del séptimo semestre, mientras que la profesora asesora observaba el desarrollo de la grabación.

Por otra parte, a pesar que no fue considerado para los fines de la presente investigación, se realizó un segundo ensayo de grabación con los mismos estudiantes. En esta oportunidad participaron 17 de ellos y dicho ejercicio se llevó a cabo en el Servicio de Psicología Clínica ubicado en las adyacencias cercanas a la UCV, en la Quinta Mitaquerí. Se utilizó este espacio dado que el mismo posee consultorios con Cámara de Gesell y circuito cerrado de video, los cuales son utilizados por los estudiantes y profesores de las asignaturas Prácticas Clínicas II, III y IV para la atención y supervisión de casos con pacientes reales, además que estos consultorios se encuentran equipados con sillas, escritorios, y en algunos un mueble.

El **segundo procedimiento** a seguir para la realización de estas grabaciones consistió en: a cada uno de los 17 estudiantes del séptimo

semestre se les entregó un caso clínico en el cual debían hacer un resumen al inicio de la entrevista y presentarle al paciente un *análisis funcional*¹ correspondiente a la conducta problema presentada en consulta, así como en caso de presentarse, manejar una situación problema que realizará el paciente. Es importante resaltar que al igual que en el primer procedimiento el rol de pacientes era llevado a cabo por uno o dos estudiantes del noveno semestre de la opción Clínica de la Escuela de Psicología de la UCV, a su vez otros dos estudiantes del mismo semestre servían como evaluador y co-evaluador del proceso, para el registro de la ejecución del participante se utilizó un instrumento de evaluación propiedad de la cátedra de Prácticas Clínicas, y la responsabilidad de los investigadores eran: uno debía grabar la actividad mientras que el otro estaba encargado de tomar el tiempo de la ejecución de cada uno de los estudiantes del séptimo semestre, mientras que la profesora asesora observaba el desarrollo de la actividad. Cada grabación tenía una duración de cinco minutos.

Al finalizar cada participante con su ejercicio de grabación, tanto la profesora como uno de los investigadores le comunicaron a cada uno su apreciación con respecto a la ejecución del mismo haciendo acotaciones referidas a los puntos en los que mostró un mejor dominio como reconocimiento de ello, así como en los aspectos en los que exhibieron conductas que no fueron las más idóneas para el caso, con la intención de brindarle la oportunidad de corregirlo para su ejercicio ya propiamente con su paciente.

¹ El análisis funcional de la conducta es una estrategia mediante la cual se establecen los estímulos discriminativos y consecuentes de una conducta previamente establecida. (Ribes, 1981).

En esta fase es importante destacar, que se garantizó la confidencialidad de los terapeutas de las grabaciones, así como también los respaldos (videos) que se obtuvieron de las mismas, debido a que el uso de ese material fue único y exclusivamente para fines prácticos de la investigación y posteriormente fueron discutidos con cada uno de los participantes en privado, donde se le dieron sugerencias para el mejor desarrollo de la entrevista clínica en cuanto al manejo de repertorios Verbales, Paraverbales y No Verbales, de igual manera se les entregó a cada terapeuta un CD con la grabación realizada del ensayo.

Entre los **resultados** correspondientes a esta fase, se pudo apreciar que el esquema formativo y evaluativo contempla los criterios establecidos por Gago y Marcano (1987) para el manejo de repertorios verbales, paralingüísticos y no verbales que constituyó el primer ensayo realizado por los estudiantes del séptimo semestre de la opción Clínica adscrita a la Escuela de Psicología de la UCV. Así mismo se logró evidenciar con respecto al desempeño de los terapeutas que los mismos mostraron una ejecución ajustada a los principios establecidos para dichos repertorios, pero se observó que los participantes que mostraron un mayor dominio de dichos repertorios fueron aquellos que ya contaban con una formación previa en otra profesión distinta al área psicológica.

Además, se dio al grupo de estudiantes de séptimo semestre un feedback grupal en relación con la experiencia obtenida, acotando los aspectos más frecuentes presentes en la mayoría de los casos alusivos a fortalezas apreciadas así como también referente a los puntos a trabajar que deben ser tomados en cuenta a la hora de atender un caso real, esto como parte de la asignatura que le ofrece retroalimentación a los cursantes de su actuación en la entrevista, labor que asumieron los investigadores en conjunto con la profesora de la asignatura para cumplir con los objetivos docentes, no se

contempló como parte del actual trabajo el desarrollo de procedimientos de intervención, sin embargo, se cumplieron con las actividades docentes diseñadas para tal fin, lo cual les permitió obtener mayor conocimiento en relación a los repertorios que deben tener al momento de manejar casos clínicos.

3era Fase:

Para el desarrollo de esta fase se trabajó con tres objetivos principales a saber, los ambientes donde se desarrollaron cada uno de ellos, al igual que los participantes y los materiales utilizados fueron diversos debido a que estos dependían de cada objetivo a trabajar. No obstante cada uno de los resultados daba cabida a un nuevo objetivo. Los cuales se muestran a continuación:

El **primer objetivo** de esta fase consistió en validar con la ayuda de expertos los aspectos formativos propuestos por Gago y Marcano (1987) en relación con el desenvolvimiento del terapeuta en la entrevista Clínica.

En cuanto a los **ambientes**, es importante resaltar que a los profesores seleccionados para los fines de la validación se les contactó personalmente en sus lugares de trabajo con la finalidad de hacerles entrega de los materiales correspondientes, para realizar la validación de los criterios formativos y evaluativos contemplados por Gago y Marcano (1987) en relación con el manejo de repertorios verbales, paraverbales y no verbales.

Los **participantes** de esta fase fueron los tres profesores de la mención, los cuales cumplían con los siguientes criterios:

- Pertenecientes al Departamento de Psicología Clínica, adscrito a la Escuela de Psicología de la UCV.
- Que contaran con un amplio grado de experticia en cuanto a los criterios para el manejo de los comportamientos por parte del terapeuta dentro de la entrevista Clínica.
- Haber realizado trabajos de investigación en diferentes áreas de la Psicología Clínica.

Los **instrumentos** empleados para la validación anteriormente mencionada fueron: El instrumento de evaluación del manejo de la entrevista clínica por parte del terapeuta (Gago y Marcano. 1987), el cual contempla específicamente 34 reactivos de diversa modalidad de respuesta (algunos de respuesta abierta, otros de selección) diseñados con la finalidad de medir los niveles de conocimiento del participante con respecto al manejo de repertorios durante la entrevista Clínica (Ver anexo 4). Y se incluyó a su vez un formato de evaluación de expertos con relación al instrumento anteriormente mencionado, en el cual se contempla una serie de instrucciones para que el experto realice la valoración de los reactivos en relación con aspectos relacionados con la redacción y la congruencia de los mismos, directamente relacionado con las variables originalmente contempladas en el trabajo de Gago y Marcano (1987) (Repertorio verbal, repertorio paralingüístico, repertorio no verbal, aplicación de técnicas y manejo de situaciones problema). Aunado a esto, se le presenta al experto conjuntamente con las instrucciones una hoja de respuestas con una cuadrícula en la cual deberá responder a los planteamientos anteriormente señalados (Ver anexo 3).

El **procedimiento** se dio de la siguiente manera: para realizar dicha tarea antes mencionada, se les dio a los expertos un lapso de una semana

para que hicieran el análisis correspondiente. Una vez transcurrido el tiempo correspondiente, se pautó una reunión con cada experto donde se pudo discutir personalmente con los mismos sobre las distintas apreciaciones que tuvieron en torno a los criterios a evaluar.

A continuación se presenta una síntesis de los **resultados** recabados:

- En primer lugar, los tres validadores coincidieron en el hecho que el formato diseñado para la validación de la propuesta antes mencionada no resultó ser el más idóneo puesto que los participantes manifestaron tener muchas más acotaciones que hacer, pero dadas las características del formato prefirieron comunicar tales apreciaciones verbalmente con la finalidad de que las mismas no fuesen pasadas por alto y contribuyesen con los propósitos de la presente investigación.
- Aun cuando se les especificó a los evaluadores que aludieran al conocimiento propio que tuviesen sobre los repertorios considerados con la finalidad de verificar si su criterio guarda relación con lo establecido por Gago y Marcano (1987), los mismos reportaron que era necesario reseñar la definición que las autoras dieron a los mismos para poder contestar con un mayor grado de especificidad.
- Los tres validadores reportaron con respecto a los anexos 3 y 4 que les era difícil distinguir si el instrumento en general medía como tal niveles de conocimiento con respecto a aspectos generales de la entrevista o específicamente evaluaban el adecuado manejo de los distintos repertorios por parte del terapeuta.
- Se reportó que el presente instrumento para evaluar manejo de la entrevista clínica por parte del terapeuta, aun cuando daba respuesta

a las necesidades puntuales de un momento histórico, en la actualidad se hace especialmente necesario que el mismo sea actualizado puesto que ya no se ajusta a lo que es el actual esquema formativo de los terapeutas en torno al manejo de repertorios en la entrevista Clínica.

- Con respecto al hecho de evaluar la congruencia de los reactivos, los validadores reportaron que en un número elevado de los mismos se hacía difícil determinar puntualmente a qué clase de repertorio aludía. Se hizo énfasis en el hecho de especificar que ciertos repertorios no pertenecen exclusivamente a una categoría en particular de las consideradas, dado que en la interacción entre las mismas es que los repertorios adquieren un adecuado carácter funcional (Por ejemplo, los aspectos paralingüísticos no pueden ser desligados del aspecto verbal aun cuando se puedan identificar los componentes por separado).

Obtenidos los resultados antes expuestos, se procedió a trabajar con el **segundo de los objetivos** propuestos para esta fase, el cual consistió en integrar a la propuesta para el manejo de los repertorios verbales, paraverbales y no verbales por parte del terapeuta en la entrevista Clínica expuesta por Gago y Marcano (1987) los repertorios considerados por el Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT) elaborado por Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2011).

Dentro de los **instrumentos** utilizados para esta fase se trabajó con las variables estudiadas en la investigación de Gago y Marcano (1987), las cuales reseñan los repertorios verbales, paralingüísticos y no verbales para entrenar y evaluar al terapeuta en formación de la opción Clínica adscrita a la Escuela de Psicología de la UCV, así como también contempla el manejo de

técnicas y algunos criterios para el manejo de situaciones problema (Ver anexo 1). A su vez, se utilizó el Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT) elaborado por Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2011).

El **procedimiento** para lograr el presente objetivo se dividió en dos momentos. En un primer momento se trabajó con la propuesta reseñada en el trabajo de Gago y Marcano (1987) exclusivamente con las variables alusivas a los repertorios verbales, paralingüísticos y no verbales. Tomando como base los resultados reportados con respecto al objetivo anterior, el *Cuadro 4* presenta la realización de un proceso de depuración dentro de los elementos considerados en el modelo a la luz de los criterios teóricos reseñados en el marco referencial (Ribes. 1981; Casalta, Laya y Rivas. 1988).

Con respecto a los repertorios alusivos al componente paralingüístico, se decidió mantener los mismos dado que se consideraron pertinentes y cónsonos con la definición de la categoría comportamental. Dentro del componente no verbal también se consideró mantener los repertorios considerados por su grado de pertinencia. Sin embargo, dentro del componente verbal es donde se presentan la mayor cantidad de cambios sustanciales: En primer lugar referente al *Manejo del interrogatorio* se sustrajo dicho repertorio puesto que de acuerdo con lo establecido por Ribes (1981) al igual que por Casalta, Laya y Rivas (1988), este aspecto refiere más a aplicación de una técnica dirigida a la verificación de la información suministrada que a un repertorio puntualmente alusivo al comportamiento verbal. Por otra parte, con respecto a los repertorios *Asignación de registros* y *Petición de los registros*, tal cual como lo reseñaron los autores antes mencionados, todo lo relacionado con la temática de los sistemas de registro concierne a lo que se entiende como la aplicación de técnicas para

establecimiento de la unidad de análisis y para la fase intervención de los mismos. Y por último, en relación con los repertorios Inicio de la entrevista y Cierre de la entrevista, se tomó la decisión de modificar los mismos con la finalidad de presentarlos como uno solo dado que se alude formalmente en los mismos a las verbalizaciones que puede emplear el terapeuta para recibir al paciente así como para despedirlo cuando culmine el periodo de duración de la entrevista Clínica.

Cuadro 4: Repertorios utilizados de la propuesta de Gago y Marcano (1987).

Componente Paralingüístico		
Repertorio	Definición	Valoración
Volumen de voz	Tono de voz audible para el interlocutor que permita mantener una conversación sin que el paciente solicite que se le repita la información, por no haber oído bien, y ser escuchado adecuadamente por los observadores.	Se mantuvo
Inflexión de la voz	Cambios en la tonalidad acordes al contenido de la información que se expresa.	Se mantuvo
Fluidez del lenguaje	Expresar verbalmente una información de manera continua, haciendo las pausas requeridas por la situación y utilizando las reglas gramaticales (sin usar muletillas y/o tartamudear).	Se mantuvo
Componente No Verbal		
Repertorio	Definición	Valoración
Contacto visual	Mirar al interlocutor mientras habla.	Se mantuvo
Postura corporal	Sentarse frente al interlocutor apoyando la espalda en el respaldo de la silla o inclinándose hacia adelante alternando dichas posturas a lo largo de la entrevista.	Se mantuvo
Expresión facial	Hacer gestos faciales acordes a las conversaciones que mantienen con el interlocutor.	Se mantuvo
Gestos manuales	Hacer movimientos con las manos cuando habla, acordes a la conversación que mantiene en la entrevista.	Se mantuvo
Componente Verbal		
Repertorio	Definición	Valoración
Inicio de la entrevista	Hacer comentarios breves no relacionados con la exploración del motivo de consulta o de las áreas, e	Se modificó

	inmediatamente conducir la entrevista ciñéndose a los objetivos planteados en el esquema o hacer preguntas directas sobre el motivo de consulta o las áreas.	
Manejo del interrogatorio	Hacer preguntas y Repreguntas (una a la vez), hasta lograr el esclarecimiento de la información suministrada. Pedir ejemplos de las situaciones reales donde ocurre la conducta problema y/o ayudar a verbalizar al paciente, sin sugerir la respuesta.	Se elimino
Asignación de registros	Dar una breve explicación del por qué de los Registros y su importancia para el tratamiento. Facilitar el material necesario con sus instrucciones por escrito. Leerlas, dar y pedir ejemplos de cómo registrar, y seleccionar con el paciente el momento del día para realizarlos.	Se elimino
Cierre de la entrevista	Realizar un pequeño resumen haciendo énfasis en los componentes y dimensiones de las conductas problemas tratadas en consulta, indagar el orden de éstas (Jerarquía). Inmediatamente asignar los registros y recordar al paciente la hora y día de su próxima consulta.	Se modificó
Petición de los registros	Pedir los Registros y reforzar al paciente por traerlos. Si no los realizó, explicar nuevamente la gran importancia de éstos. Leerlos de atrás hacia adelante. Hacer aclaratorias sobre los componentes y dimensiones de la(s) conducta(s) problema(s), y/o esclarecer otros aspectos que aparezcan en los registros, y no hayan sido conversados por usted (indagar el porqué de estas ausencias). Reforzar las aproximaciones del paciente, en lo relativo a su especificidad y descripción objetiva de la(s) conducta(s) problema(s).	Se elimino

Con referencia al segundo momento de la presente fase, en el mismo se realizó un trabajo similar al presentado en el segmento anterior pero especialmente dirigido al Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT) tomado del estudio realizado por Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2011). En el *Cuadro 5* se presenta una valoración de los repertorios considerados por los autores, en la cual se evidencia con claridad que el único repertorio que no fue considerado dentro de la propuesta a elaborar fue la categoría *Otras*, dado que como se alude a la construcción de un modelo formativo para los futuros terapeutas, la presente categoría presenta una definición si se quiere laxa con respecto a los objetivos que persigue la presente investigación. En relación con todos los repertorios considerados, el único cambio que se realizó fue sustraer la categoría a la

cual los autores del modelo SISC-CVT informa que pertenece cada repertorio, puesto que en la investigación realizada por Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2011), esto refirió propiamente al comportamiento de los terapeutas que fueron evaluados en dicho experimento.

Cuadro 5: Repertorios utilizados del SISC-CVT (Froján, Montaña, Calero y Ruiz. 2011).

Componente Verbal		
Repertorio	Definición	Valoración
Función Evocadora	Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o no (categoría evento).	Se mantuvo
Función Discriminativa	Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que va seguida de reforzamiento o castigo (categoría evento).	Se mantuvo
Función de Refuerzo	Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación, de la conducta emitida por el cliente (categoría evento).	Se mantuvo
Función de Castigo	Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente y/o que interrumpe ésta aunque sin presentar ningún matiz que indique aprobación, acuerdo o aceptación (categoría evento).	Se mantuvo
Otras	Cualquier verbalización del terapeuta que no pueda ser incluida dentro de las categorías anteriores (categoría evento).	Se elimino
Función Instruccional	Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta futura del cliente fuera del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero si han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer (Categoría estado).	Se mantuvo
Función Motivadora	Verbalización del terapeuta que anticipa los efectos positivos o negativos que la actuación del cliente (mencionada dicha actuación o no de forma explícita en la verbalización del terapeuta) tendrá, está teniendo o ha tenido sobre el cambio clínico (Categoría estado).	Se mantuvo

Función Informativa	Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta (Categoría estado).	Se mantuvo
---------------------	--	------------

Como aspecto adicional, dado que ninguna de las propuestas reseñó la importancia de lo que se conoce como *La proximidad al paciente*, se incluyó dentro de la propuesta dicho repertorio. Dado que el espacio de formación de los terapeutas cuenta con la figura del escritorio, y sabiendo que el mismo no constituye un elemento indispensable para el trabajo terapéutico, se decidió incluir una categoría que aludiese al manejo de los espacios interpersonales entre el paciente y el terapeuta dentro del ámbito de la entrevista como repertorio no verbal (Pease. 2004).

Repertorio	Definición
Proximidad al paciente	Guardar cierta distancia o grado de separación del paciente en el espacio terapéutico para evitar eventos incómodos para el paciente así como para el terapeuta.

El **último de los objetivos** dentro de la presente fase consistió en validar la propuesta integrativa de manejo de repertorios verbales, paraverbales y no verbales en la entrevista Clínica basada en los repertorios considerados por Gago y Marcano (1987) así como por Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2011).

El equipo de **participantes** en el presente proceso de validación fue integrado por dos grupos de expertos en el área: El primer grupo de expertos fue constituido por un total de 15 estudiantes de Psicología del décimo semestre de la carrera, cursantes de la opción Clínica adscrita a la Escuela de Psicología de la UCV. Se les acreditó como expertos dado que dichos

participantes cuentan con dos semestres de experiencia en cuanto a la atención de casos con pacientes como parte de sus asignaciones con respecto a las asignaturas Prácticas Clínicas II y III; para este momento, los participantes se encontraban cursando la asignatura de Prácticas Clínicas IV, en la cual el terapeuta debe atender cuatro casos en el Servicio de Psicología Clínica y ya no cuenta con sesiones de supervisión por parte de un profesor destinadas a evaluar el manejo de sus repertorios en el espacio terapéutico como ocurre en las asignaturas antes mencionadas. El segundo grupo de participantes fue constituido por un total de cinco profesores pertenecientes al Departamento de Psicología Clínica adscrita a la Escuela de Psicología de la UCV, los cuales cuentan con un alto grado de experticia en cuanto al manejo de repertorios comportamentales por parte del terapeuta en el marco de la entrevista Clínica.

Con respecto al *instrumento* empleado para la validación, se utilizó el *Instrumento para medir el manejo de repertorios Verbales, Paralingüísticos y No Verbales en la Entrevista Clínica*, el cual contempla los repertorios provenientes de la clasificación de Gago y Marcano (1987) así como los expuestos por Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2011) revisados anteriormente y acompañados de sus respectivas definiciones, ofreciéndole al validador la oportunidad de manifestar si se encuentra de acuerdo o en desacuerdo con respecto a las mismas, y si así lo desea incorpore o reporte acotaciones que contribuyan a dar un mayor grado de especificidad a la definición expuesta (Ver anexo 5).

En cuanto al procedimiento, se realizó la validación de la siguiente forma: con respecto al grupo de terapeutas del décimo semestre de Psicología Clínica, se le dejó un ejemplar a cada uno de ellos en la recepción del Servicio de Psicología Clínica, con la finalidad de que cuando cada uno de ellos fuese al servicio a atender a sus pacientes pudiese llevarse el

instrumento. Para garantizar que los terapeutas tuvieran conocimiento de esto, se les contactó vía electrónica y se les comunicó la información antes mencionada, acotándoles que cuando realizasen la validación del mismo dejaran el instrumento en la recepción del Servicio de Psicología Clínica. Se dio un lapso de dos semanas para que todos los terapeutas pudiesen realizar la validación correspondiente. En relación con el segundo grupo de expertos, dado que los mismos atendían otro tipo de compromisos, el instrumento se les hizo llegar vía electrónica y se dio también un plazo de dos semanas para que diesen respuesta al instrumento de validación.

Transcurrido el tiempo respectivo, se recibieron los instrumentos de validación y se recabaron los **resultados** obtenidos por parte de cada grupo. En el *Cuadro 6* (ver pág. 49) se reportan los datos provenientes de la apreciación de los estudiantes del décimo semestre de la mención Clínica y en el *Cuadro 7* (ver pág. 51) se reportan los obtenidos por parte de los profesores del departamento.

Por la multiplicidad de criterios observados en todo el trabajo de la fase anterior, se considera necesario no trabajar con base en el criterio estadístico, aunque se consideró aludir al criterio de pertinencia para la reformulación de las definiciones de los repertorios considerados en este estudio.

Una vez mencionado el criterio con el que se realizó la presente investigación, se procederá a mostrar las tablas en las cuales se puede observar el trabajo de análisis llevado a cabo. A continuación se presenta la el cuadro 6 en el cual se puede apreciar cada repertorio el cual fue previamente definido (ver cuadro 4 y cuadro 5) con la frecuencia, es decir, la cantidad de veces que cada persona estuvo de acuerdo o en desacuerdo

con la definición realizada y además un recuadro con las observaciones realizadas por cada experto.

Antes de proseguir, es oportuno mencionar que a pesar de encontrar en las siguientes cuadros un segmento en el que se quiso resaltar las frecuencias en torno al grado de aceptación o rechazo a cada la definición propuesta para cada repertorio, dada la amplia gama de criterios reportados por los validadores se decidió no emplear un criterio estadístico para lo que fue la reelaboración de los repertorios y las definiciones de los comportamientos considerados para el entrenamiento y evaluación del terapeuta en el manejo de la entrevista Clínica, dado que de acuerdo con lo establecido por Hernández, Fernández y Baptista (2000) para incorporar cambios con base en el presente criterio se debe contar con una frecuencia equivalente a más del 50% de acuerdos en torno al elemento a modificar.

La idea es generar una clasificación de repertorios verbales, paralingüísticos y no verbales, que garantice una adecuada formación y evaluación de los terapeutas de la opción Clínica adscrito a la Escuela de Psicología de la UCV. Por lo cual se tomó la decisión de aludir al criterio de pertinencia para garantizar la inclusión de cada una de las observaciones que realizaron los expertos en el área, de ahí la importancia de las tablas que se presentarán a continuación.

Cuadro 6. Datos obtenidos por la apreciación de los expertos en el área de Psicología (estudiantes del 10mo semestre) sobre el modelo de Gago y Marcano (1987) y el Sistema de categorización de la conducta del terapeuta tomado de Froján, y Montaña, Calero y Ruiz (2011).

<u>Componente</u> <u>PARAVERBAL</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Observaciones</u>
--	-------------------	----------------------

Volumen de voz	Acuerdo: 15 Desacuerdo: 0	
Inflexión de la voz	Acuerdo: 15 Desacuerdo: 0	<ul style="list-style-type: none"> • Debe ir acompañada con otros cambios en repertorios no verbales (gestos, expresión facial, mov. Corporales) (1) • Hacer alusión a la carga emocional de lo expresado (1)
Claridad del lenguaje	Acuerdo: 15 Desacuerdo: 0	<ul style="list-style-type: none"> • No solo radica en la comunicación verbal. (1) • Se debe adecuar al nivel de comprensión de la persona (discurso). (1) • No lenguaje técnico (1)
<u>Componente NO verbal</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Observaciones</u>
Contacto visual	Acuerdo: 14 Desacuerdo: 01	<ul style="list-style-type: none"> • No intimidar al interlocutor (3) • Realizar pausas (3) • Topografía de la visión (1) • Mantener la mirada mientras el paciente habla (1)
Postura corporal	Acuerdo: 14 Desacuerdo: 01	<ul style="list-style-type: none"> • Debe incluirse brazos y piernas. (1) • Naturalidad (1)
Expresión facial	Acuerdo: 15 Desacuerdo: 0	<ul style="list-style-type: none"> • Naturalidad (1) • Refleja comprensión (1) • No exagerar (2)
Gestos manuales	Acuerdo: 15 Desacuerdo: 0	<ul style="list-style-type: none"> • No exagerar (2)
Proximidad del paciente	Acuerdo: 14 Desacuerdo: 01	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer Límites (2) • Tomar en consideración saludo y despedida (1) • El paciente marca la pauta, durante los distintos momentos de la terapia. (4)
<u>Componente Verbal</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Observaciones</u>
Inicio y cierre de la entrevista	Acuerdo: 10 Desacuerdo: 05	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar al final de la entrevista (adulto- niño) (1) • Tomar en consideración por encima del esquema que se trae, el problema que atañe al paciente al momento de la entrevista. (1) • Intentar cerrar los procesos abiertos durante la entrevista. (1) • La definición no aplica a todas las sesiones. (4) • Cambiar la palabra inicio por rapport (1) • Separar inicio y cierre. (2)
Función evocadora	Acuerdo: 15 Desacuerdo: 0	<ul style="list-style-type: none"> • Hay que saber hacerlo (1) • Hay que hacerlo en momentos puntuales (1)

Función discriminativa	Acuerdo: 14 Desacuerdo: 01	<ul style="list-style-type: none"> • Hacerlo en el momento preciso. (2)
Función de refuerzo	Acuerdo: 15 Desacuerdo: 0	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo a la conducta emitida y no emitida. (1)
Función de castigo	Acuerdo: 15 Desacuerdo: 0	<ul style="list-style-type: none"> • El castigo no solo se refiere a la verbalización. (1) • Utilizarlo cuando la conducta impide el proceso. (1) • Cambiar la palabra matiz (1)
Función instruccional	Acuerdo: 15 Desacuerdo: 0	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar qué cambios podría traer el comportamiento. (1)
Función motivadora	Acuerdo: 15 Desacuerdo: 0	
Función informativa	Acuerdo: 15 Desacuerdo: 0	<ul style="list-style-type: none"> • Se le puede dar a la persona experta y no experta (1) • Garantiza la comprensión de la información (2). • Tacto al transmitir la información (1)

Cuadro 7. Datos obtenidos por la validación de los expertos en el área de Psicología (Profesores) sobre el modelo de Gago y Marcano (1987) y el Sistema de categorización de la conducta del terapeuta tomado de Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2011).

<u>Componente Paraverbal</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Observaciones</u>
Volumen de voz	Acuerdo: 3 Desacuerdo: 2	<ul style="list-style-type: none"> • Lo audible podría tal vez especificarse un poco más, posiblemente haciendo alusión a un elemento de distancia. La palabra paciente desde hace algún tiempo no es de mi agrado y ustedes lo saben, puesto que seguimos perpetuando el esquema médico denominándolos de esa forma. Más esta es mi opinión personalísima que podrían compartir o no. • Tono y volumen de voz no es lo mismo. • No incluir tono dentro de la definición. • Volumen es potencia (alto o bajo por ejemplo). • Agregar a la definición: En caso de una intervención

		empleo adecuado con respecto al entrenamiento que se esté llevando a cabo.
Inflexión de la voz	Acuerdo:4 Desacuerdo: 1	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué significa cambio en la tonalidad? Elevación, atenuación, quebranta-miento de la voz?. Por ello creo debería determinarse mejor este aspecto. • Por este motivo no debe ir tono dentro de la definición de volumen ya que está asociado a inflexión de la voz. • Varía dependiendo del momento en el que se esté enmarcando la entrevista o la interacción: exploración, intervención y seguimiento. • Agregar la definición: En caso de una intervención empleo adecuado con respecto al entrenamiento que se esté llevando a cabo.
Claridad del lenguaje	Acuerdo: 2 Desacuerdo: 3	<ul style="list-style-type: none"> • Agregar a la definición: En caso de una intervención empleo adecuado con respecto al entrenamiento que se esté llevando a cabo. • Creo que el título es inadecuado para lo que definen. Ustedes allí se refieren a Fluidez del lenguaje. Pero la claridad es otra cosa. • Me parece que hay que agregar en la definición la característica de la parsimonia pues puede cumplir con las características de la definición, pero ser enredado o no ser directo en la expresión de la información • La definición que realizan se corresponde más a fluidez del lenguaje • La claridad se refiere a la franqueza, sinceridad, sencillez, espontaneidad con la cual se dicen las cosas, expresiones, etc. • Adaptar el contenido del vocabulario técnico, al nivel de comprensión del paciente.
Claridad del lenguaje	Acuerdo: 2 Desacuerdo: 3	<ul style="list-style-type: none"> • Agregar a la definición: En caso de una intervención empleo adecuado con respecto al entrenamiento que se esté llevando a cabo. • Creo que el título es inadecuado para lo que definen. Ustedes allí se refieren a Fluidez del lenguaje. Pero la claridad es otra cosa. • Me parece que hay que agregar en la definición la característica de la parsimonia pues puede cumplir con las características de la definición, pero ser enredado o no ser directo en la expresión de la información • La definición que realizan se corresponde más a fluidez del lenguaje • La claridad se refiere a la franqueza, sinceridad, sencillez, espontaneidad con la cual se dicen las cosas, expresiones, etc. • Adaptar el contenido del vocabulario técnico, al nivel de comprensión del paciente.
<u>Componente NO verbal</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Observaciones</u>
Contacto visual	Acuerdo: 4 Desacuerdo: 1	<ul style="list-style-type: none"> • Mirar cómo? Seguido, unos segundos? • Deben mejorar la definición, especificar un criterio

		<p>mínimo de tiempo mirando al interlocutor (80%) y a donde se mira (debe variar no ser permanentemente a los ojos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la definición: Mirar al interlocutor mientras habla de manera armónica con el contenido verbal. (Sincrónica con la expresión facial).
Postura corporal	Acuerdo: 4 Desacuerdo: 1	<ul style="list-style-type: none"> • Agregar a la definición: ante el reporte verbal del paciente.
Expresión facial	Acuerdo: 4 Desacuerdo: 1	<ul style="list-style-type: none"> • Estos gestos faciales pueden ser calificados? Es decir pueden decirse que son de acuerdo porque se entendió lo que dijo la persona, de sorpresa, de opinión? Con esto hay que tener cuidado. • Agregar a la definición: Hacer gestos faciales acordes y sincrónicos a los contenidos verbales de las conversaciones que mantiene con el interlocutor.
Gestos manuales	Acuerdo: 4 Desacuerdo: 1	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la definición: Hacer movimientos con las manos que acompañen el discurso verbal y que permitan enfatizar algunos de los contenidos o clarificar los elementos que se están comentando durante la entrevista. En caso de una intervención empleo adecuado con respecto al entrenamiento que se esté llevando a cabo. • Agregaría la características de intensidad de dichos movimientos. • Lo único que añadiría es que los mismos no deben ser excesivos y que sirven para enfatizar o completar la información verbal.
Proximidad del paciente	Acuerdo: 3 Desacuerdo: 2	<ul style="list-style-type: none"> • Agregar la definición: La aproximación física o lejanía debe ser determinada funcionalmente por los contenidos de la entrevista o las pautas de intervención y siempre enmarcada en las normas sociales de urbanidad. • Guardar distancia? Centímetros? O distancia psicológica? Eventos incómodos? Creo que habría que especificarlos. • Hay que definir aproximadamente lo que es cierta distancia, 30 cm? • Puede especificarse más la definición ayudándose con la distancia que impone el escritorio entre paciente y terapeuta y aclarando que inclinaciones del terapeuta no deben pasar la mitad del escritorio. • Repertorio a incorporar: Direccionalidad del cuerpo del interlocutor: Orientación del cuerpo hacia el interlocutor. Aquí se pueden agregar algunos criterios.
<u>Componente Verbal</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Observaciones</u>
Inicio y cierre de la entrevista	Acuerdo: 3 Desacuerdo: 2	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Este esquema se refiere solo a las primeras entrevistas?, ¿Entrevistas ulteriores se hace lo mismo? El motivo o motivos de consulta se dan en las primeras sesiones no así la exploración de las áreas como tal. La especificación de componentes y/o dimensiones de conductas así como jerarquía y registros se dan en consultas sucesivas por lo que no todas las sesiones se cierran de la misma manera. • La entrevista tiene diversas funciones y dependiendo de ellas, el terapeuta se comporta en un modo u otro haciendo énfasis en diferentes aspectos. Creo que

		<p>deberán repensar un poco la especificación de este rubro o subdividirlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sugiero separación para facilitar su evaluación, en inicio se pueden ilustrar sobre que pueden ser tales comentarios (clima, tráfico, etc.), en cierre no es asignar registros sino en general se asignan y recuerdan las tareas a cumplir por el paciente.
Función evocadora	Acuerdo: 5 Desacuerdo: 0	<ul style="list-style-type: none"> • Agregaría ejemplo de verbalización evoca-dora. Igualmente habría que explicar que es función evocadora y su papel en la entrevista como tal.
Función discriminativa	Acuerdo: 5 Desacuerdo: 0	<ul style="list-style-type: none"> • Quitaría castigo y colocaría extinción, realmente eso es lo que hace el terapeuta en consulta con conductas inadecuadas, no debería realizar castigo.
Función de refuerzo	Acuerdo: 5 Desacuerdo: 0	
Función de castigo	Acuerdo: 3 Desacuerdo: 2	<ul style="list-style-type: none"> • Castigo no se define a priori en todo caso llamarla función de desaprobación. • hay que especificar cuál es el objeto de desaprobación o rechazo porque podríamos entrar en el tema de si evaluamos, juzgamos la conducta de la persona que viene a consulta.
Función Instruccional	Acuerdo: 2 Desacuerdo: 3	<ul style="list-style-type: none"> • No me queda clara la diferencia con la estrategia del análisis formal. • Me pareció algo confusa la definición, me imagino que se refiere a la claridad con que se explican las acciones o conductas (prescripciones y proscipciones) que se requieren del paciente. • Si bien lo repertorios macros son iguales en cuanto a nomenclatura, la topografía varía dependiendo del momento en el que se esté enmarcando la entrevista o la interacción: exploración, intervención y seguimiento.
Función motivadora	Acuerdo: 4 Desacuerdo:1	<ul style="list-style-type: none"> • Sustituiría positivo y negativo por las ventajas o desventajas, o buenos y malos, pues lo otro está asociado a la valencia del reforzador o castigo. • Estoy en desacuerdo porque puede confundirse con la anterior.
Función informativa	Acuerdo:3 Desacuerdo: 2	<ul style="list-style-type: none"> • No me queda clara la diferencia con la función instruccional y con el programa de entrenamiento de paraprofesionales. • Sin embargo debe aquí incluirse la claridad ya que tal conocimiento puede transmitirse inadecuadamente, deben haber acciones (preguntas solicitar que repita información, etc.) de verificación de que el mensaje logró su objetivo.

Ahora bien, después de las tablas antes expuestas, donde cada profesional dio su apreciación en relación con cada repertorio, se procedió a realizar un riguroso proceso de corrección de las definiciones que intentó considerar la mayoría de las acotaciones realizadas por parte de los validadores. Como se ha venido mencionando se trabajó sobre la base del criterio de pertinencia más que sobre la base de frecuencia. Por ende, después de realizar un proceso de reevaluación de los enunciados correspondientes a los repertorios a la luz de las sugerencias aportadas por los evaluadores (Terapeutas y profesores de la mención), se exponen las definiciones finales de los mismos en el siguiente cuadro.

Cuadro 8. Definiciones de los repertorios a considerar para el entrenamiento y evaluación del terapeuta en el manejo de la entrevista clínica.

Componente Paraverbales	
Volumen de Voz	Intensidad de voz audible para el interlocutor que permita mantener una conversación, sin que la persona entrevistada solicite que se le repita la información por no haber oído bien, garantizando poder ser escuchado adecuadamente por los observadores. En caso de una intervención, empleo adecuado de dicho aspecto con respecto al entrenamiento que se esté llevando a cabo.
Inflexión de la Voz	Cambios en la tonalidad de la voz del terapeuta acorde al contenido de la información verbal que se expresa. En caso de una intervención, empleo adecuado de dicho aspecto con respecto al entrenamiento que se esté llevando a cabo.
Nivel del Discurso Verbal	Expresar verbalmente una información de manera continua, haciendo las pausas requeridas por la situación y utilizando las reglas gramaticales (Sin usar muletillas y/o tartamudear) adaptando el contenido del vocabulario técnico empleado al nivel de comprensión de la persona entrevistada. En caso de una intervención, empleo adecuado de dicho aspecto con respecto al entrenamiento que se esté llevando a cabo.
Componente No Verbal	
Contacto Visual	Mirar al interlocutor mientras habla de manera armónica con el contenido verbal de la información que se exprese (de forma sincrónica con la expresión facial). Al establecer contacto visual con el entrevistado, es recomendable que este varíe y no se fije exclusivamente en los ojos del entrevistado, permitiendo percibir otros rasgos corporales en la persona (Expresiones faciales, posturas adoptadas, posición de las manos, entre

	otros).
Postura Corporal	Sentarse frente al interlocutor apoyando la espalda en el respaldo de la silla o inclinándose hacia adelante alternando dichas posturas a lo largo de la entrevista mostrando comodidad y naturalidad ante el reporte verbal de la persona.
Expresión Facial	Hacer gestos faciales acordes y sincrónicos a los contenidos verbales de las conversaciones que mantiene con el interlocutor teniendo cuidado de no exagerar los mismos.
Gestos Manuales	Hacer movimientos con las manos que acompañen el discurso verbal y que permitan enfatizar algunos de los contenidos o clarificar los elementos que se están comentando durante la entrevista cuidando que estos no sean excesivos. En caso de una intervención, empleo adecuado de dicho aspecto con respecto al entrenamiento que se esté llevando a cabo.
Proximidad al Paciente	Guardar cierta distancia o grado de separación del paciente en el espacio terapéutico. En caso de contar con un escritorio, se recomienda que si el terapeuta debe inclinarse hacia la persona, no exceda la mitad de la distancia entre este y el paciente. La aproximación física o lejanía debe ser determinada funcionalmente por los contenidos de la entrevista o las pautas de intervención y siempre enmarcada en las normas sociales de urbanidad.
<i>Componente Verbal</i>	
Inicio de la Entrevista	Hacer comentarios breves no relacionados con la exploración del motivo de consulta o de las áreas con la finalidad de generar rapport con la persona, e inmediatamente conducir la entrevista ciñéndose a los objetivos planteados en el esquema haciendo preguntas directas sobre el motivo de consulta o las áreas. En caso de que alguna situación importante sea puesta de manifiesto por parte del paciente, anteponer el abordaje de la misma a lo considerado para el esquema de la presente entrevista. En caso de ser la primera entrevista con un paciente, dar inicio a la realización del triaje comenzando por aspectos socioeconómicos pasando posteriormente al motivo de consulta.
Cierre de la Entrevista	Realizar un pequeño resumen haciendo énfasis en los componentes y dimensiones de las conductas problema tratadas en consulta, o en los aspectos considerados como relevantes a lo largo de la misma. Clarificar tópicos y dar pautas de los puntos a tocar en la próxima entrevista. Recordar al paciente la hora y día de su próxima consulta y agradecer al mismo por su asistencia a modo de reforzar este comportamiento.
Función Evocadora	Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o no.
Función Discriminativa	Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que va seguida de reforzamiento o es sometida a extinción.
Función de Refuerzo	Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación, de la conducta emitida por la persona.

Función de Castigo	Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por la persona y/o que interrumpe ésta aunque sin presentar ningún matiz que indique aprobación, acuerdo o aceptación.
Función Instruccional	Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta futura de la persona fuera del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero si han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer o que se busca que la persona lleve a cabo fuera del espacio de consulta.
Función Motivadora	Verbalización del terapeuta que anticipa las ventajas o desventajas que la actuación del cliente (mencionada dicha actuación o no de forma explícita en la verbalización del terapeuta) podría tener, está teniendo o ha tenido sobre el cambio clínico.
Función Informativa	Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta o experta en el ámbito tratado. Posteriormente, se recomienda emitir verbalizaciones orientadas a verificar la comprensión de la información dada a la persona tales como repreguntar o solicitar que se repita la información impartida.

4ta Fase

El **objetivo** de esta fase consistió en Validar la nueva clasificación específica de manejo de repertorios Verbales, Paraverbales y No Verbales en la Entrevista Clínica por parte del terapeuta elaborada en el presente estudio (ver anexo 6) la cual tenía como finalidad su uso para la evaluación de los terapeutas en formación de la opción clínica adscrita a la escuela de Psicología de la UCV. El mismo se pudo crear sobre la base de las validaciones, realizadas por los grupos de expertos que hicieron posible dicha investigación.

El grupo de **participantes** que realizaron la validación estuvo constituido por un total de siete profesores pertenecientes al Departamento de Psicología Clínica adscrita a la Escuela de Psicología de la UCV, los cuales cuentan con un alto grado de experticia en cuanto al manejo de repertorios comportamentales por parte del terapeuta en el marco de la entrevista Clínica, estos profesores fueron: Rosa Lacasella, Armando Moreno

José Rondón, Purificación Prieto, Ester Alzualde, Irama Cardozo, Souhaila Pérez.

Con respecto al **instrumento** empleado para la validación, se realizó un formato de evaluación para el profesor con respecto al estudiante, el cual contempló los criterios establecidos por el Proyecto Tuning permitiendo así una evaluación más experiencial del desempeño del terapeuta en formación. Se incluyeron elementos de corte cualitativo con la finalidad de abordar de una manera más precisa la experiencia y un espacio para observaciones donde se pueda profundizar más en la descripción de lo que el profesor evaluador considere que el estudiante debe trabajar a mayor detalle, haciendo especificaciones más precisas con respecto a dicho repertorio (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. 2005).

Por otra parte, el **procedimiento** llevado a cabo en relación con el grupo de expertos (dado que los mismos atendían otro tipo de compromisos) el instrumento se les hizo llegar vía electrónica y se les dio un plazo de una semana para que diesen respuesta al instrumento de validación, una vez que transcurrió el tiempo respectivo, se recibieron los instrumentos de validación y se recabaron los resultados obtenidos por parte de cada uno de ellos.

Ahora bien, los **resultados** obtenidos fueron:

- Los expertos no añadieron correcciones a ningún repertorio tomado en cuenta en el instrumento, lo cual evidencia que las acotaciones realizadas previamente por ellos fueron tomadas en cuenta.
- Se realizó la validación verificativa de las definiciones.
- El instrumento posee una escala de medición cualitativa con el cual se puede abordar de una manera más precisa la experiencia del estudiante.

- Se creó un espacio para las observaciones del evaluador donde se pueda profundizar más en la descripción de lo que el estudiante debe trabajar a mayor detalle, lo cual hace más completa la forma de evaluación del estudiante, y a su vez le permite obtener un mejor aprendizaje al tener una mejor forma de evaluación.
- Finalmente, cada experto certificó la importancia y pertinencia del instrumento.

I. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Durante el desarrollo de la investigación se pudo evidenciar que cada fase de desarrollo tenía unos objetivos particulares, los cuales conllevaron una serie de actividades para cumplir cada uno de ellos. A continuación en este espacio se procederá a verificar si cada uno de los objetivos propuestos al inicio del trabajo se cumplió.

En la primera fase, el objetivo consistió en realizar un arqueo bibliográfico con el fin de identificar los materiales que dieran sustento a la investigación realizada, este primer objetivo se cumplió satisfactoriamente debido a que, del resultado de la búsqueda bibliográfica se obtuvieron dos investigaciones, de las cuales la primera investigación fue la realizada por Gago y Marcano (1987) y es la que establece la pauta inicial para el desarrollo de la presente investigación, ya que, se obtiene como principal aporte la definición y los criterios para el entrenamiento y la evaluación de los tres repertorios que se establecieron trabajar, los cuales son el repertorio verbal, paraverbal y no verbal. Por otra parte, la segunda investigación que se obtuvo fue la de Froján, Montaña, Calero y Ruiz, cuya versión se encuentra actualizada en el año en curso (2011) y fue realizada en la Universidad de Madrid, España sobre el Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT).

Estos resultados mencionados permitieron a su vez avanzar al segundo de los objetivos planteados, el cual fue verificar los criterios presentes en el esquema formativo DE LOS terapeutas NOVELES de la opción Clínica adscrita a la Escuela de Psicología de la UCV, en cuanto a repertorios verbales, paraverbales y no verbales, con referencia al manejo en la entrevista clínica, así como el desempeño de los terapeutas en relación con esos criterios. Para dar respuesta a este objetivo, se realizaron

grabaciones con los estudiantes del séptimo semestre de prácticas Clínicas I, de la opción clínica adscrita a la Escuela de Psicología de la UCV. Y se pudo apreciar que el esquema formativo y evaluativo contempla para el manejo de repertorios verbales, paraverbales y no verbales los criterios establecidos por Gago y Marcano (1987). Así mismo se logró evidenciar con respecto al desempeño de los terapeutas que los mismos mostraron una ejecución ajustada a los principios establecidos para tales repertorios, pero se observó que los participantes que mostraron un mayor dominio de los mismos fueron aquellos que ya contaban con una formación previa en otra profesión distinta al área psicológica, por lo que se puede evidenciar se cumplió el segundo objetivo.

Por otra parte, en cuanto a la tercera fase habían tres objetivos sobre los cuales trabajar los cuales fueron: primero, se validó con la ayuda de expertos los aspectos formativos propuestos por Gago y Marcano (1987) en relación con el desenvolvimiento del terapeuta en la entrevista Clínica, lo cual demostró que el instrumento para evaluar el manejo de la entrevista clínica por parte del terapeuta, aun cuando daba respuesta a las necesidades puntuales de un momento histórico, en la actualidad se hacía especialmente necesario que el mismo fuera actualizado puesto que ya no se ajustaba a lo que es el actual esquema formativo de los terapeutas en torno al manejo de repertorios en la entrevista Clínica.

Además, con respecto al hecho de evaluar la congruencia de los reactivos, los validadores reportaron que en un número elevado de los mismos se hacía difícil determinar puntualmente a qué clase de repertorio aludía. Por lo que se hizo especial énfasis en el hecho de puntualizar que ciertos repertorios no pertenecen exclusivamente a una categoría en particular de las consideradas, debido a que en la interacción entre las

mismas es que los repertorios adquieren un adecuado carácter funcional, y esto se pone en manifiesto durante la entrevista clínica.

El segundo objetivo de la tercera fase consistió en integrar a la propuesta de Gago y Marcano (1987) el Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT) elaborado por Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2011). Tomando como base los resultados reportados con respecto al objetivo anterior se realizó un proceso de depuración dentro de los elementos considerados en el modelo a la luz de los criterios teóricos reseñados en el marco referencial (Ribes. 1981; Casalta, Laya y Rivas. 1988). Con respecto a las categorías de los repertorios paraverbales, se decidió mantener las mismas ya que los expertos las consideraron pertinentes y cónsonas con la definición de la categoría comportamental.

Dentro del componente no verbal también se consideró mantener los repertorios considerados por su grado de pertinencia. No obstante, dentro del componente verbal se presentó la mayor cantidad de cambios: el primer cambio se realizó al *Manejo del interrogatorio*, ya que se eliminó dicho repertorio puesto que de acuerdo con lo establecido por Ribes (1981) al igual que por Casalta, Laya y Rivas (1988), este aspecto refiere más a aplicación de una técnica dirigida a la verificación de la información suministrada que a un repertorio puntualmente alusivo al comportamiento verbal. Por otra parte, con respecto a los repertorios *Asignación de registros* y *Petición de los registros*, tal cual como lo reseñaron los autores antes mencionados, todo lo relacionado con la temática de los sistemas de registro concierne a lo que se entiende como la aplicación de técnicas para establecimiento de la unidad de análisis y para la fase intervención de los mismos. Y por último, en relación con los repertorios inicio y cierre de la entrevista, se tomó la decisión de modificar los mismos con la finalidad de presentarlos como repertorios separados, aun cuando ambos aluden formalmente a las verbalizaciones

que puede emplear el terapeuta para recibir al paciente así como para despedirlo cuando culmine el periodo de duración de la entrevista Clínica.

El mismo tratamiento de los datos se realizó al Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT) tomado del estudio realizado por Froján, Montañó, Calero y Ruiz (2011). Sin embargo, en este punto, el único repertorio que no fue considerado para incluir dentro de la propuesta a elaborar fue la categoría *Otras*, dado que como se alude a la construcción de un modelo formativo para los futuros terapeutas, la presente categoría presenta una definición si se quiere laxa para los objetivos que persigue la presente investigación. Para todos los repertorios considerados, el único cambio que se realizó es sustraer la categoría a la cual los autores del modelo SISC-CVT aluden que pertenece cada repertorio, puesto que en la investigación realizada por Froján, Montañó, Calero y Ruiz (2011), esto aludió propiamente al comportamiento de los terapeutas que fueron evaluados en dicho experimento. Finalmente se agregó el repertorio de proximidad del paciente ya que el mismo no se encontraba en el modelo de Gago y Marcano (1987), lo que da como resultado el cumplimiento del objetivo de la fase.

Una vez realizado todo este proceso anteriormente mencionado, se llevó a cabo la validación el instrumento, el cual fue el tercer objetivo de la fase tres. La validación fue llevada a cabo tanto por profesores de la Cátedra de Prácticas Clínicas, como por estudiantes del décimo semestre de la opción Clínica adscrita a la Escuela de Psicología de la UCV. Una vez realizada dicha validación, se obtuvo un resultado o producto final de las definiciones que intentó considerar la mayoría de las acotaciones realizadas por parte de los validadores.

Ya para finalizar, el último objetivo planteado fue la validación del instrumento de manejo de repertorios verbales, paraverbales y no verbales en la entrevista clínica propuesto en esta investigación, el objetivo se cumplió satisfactoriamente, y el aporte fundamental fue la elaboración de un formato de evaluación para uso del profesor con respecto al estudiante, el cual permite así una evaluación más experiencial del desempeño del terapeuta en formación, en el cual se incluyeron elementos de corte cualitativo con la finalidad de abordar de una manera más precisa la experiencia y un espacio para observaciones donde se pueda profundizar más en la descripción de lo que el profesor evaluador considere que el estudiante debe trabajar a mayor detalle, haciendo especificaciones más precisas con respecto a dicho repertorio (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. 2005). A su vez cada experto opinó sobre la importancia y pertinencia del instrumento.

Tomando en consideración que se habla de terapeutas en formación, el hecho de generar pautas de acción más concisas le permite al mismo actuar de forma más precisa garantizando un adecuado desenvolvimiento en la situación de entrevista Clínica.

Es por todo lo antes expuesto que la presente investigación cumplió el objetivo general que se había planteado, debido a que se generó una clasificación de los repertorios Verbales, Paraverbales y No Verbales, cuyas definiciones constituyen un marco actualizado que puede ser empleado para el entrenamiento en los comportamientos que debe manejar un terapeuta en formación en la Opción Clínica adscrita la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, con la finalidad de garantizar el óptimo desempeño en la ejecución de la entrevista clínica dentro del espacio

terapéutico indistintamente del caso o del paciente con el cual se esté trabajando.

II. CONCLUSIONES

Ciertamente realizar una investigación dirigida a la actualización del esquema formativo de los terapeutas en cuanto al manejo de repertorios verbales, paraverbales y no verbales constituyó un gran reto puesto que nos encontramos con un área que cuenta con muy poca información actualizada. Sin embargo, el presente trabajo aporta conclusiones que constituyen un aporte en un área de trabajo que necesita ser verificada constantemente para garantizar el adecuado proceso formativo de los futuros terapeutas de la Opción Clínica, adscrita a la Escuela de Psicología de la UCV en una labor tan relevante como es el manejo en la Entrevista Clínica.

Partiendo de una observación directa desde el modelo de formación y evaluación de repertorios, se pudo apreciar una necesidad real y se ofrecen las alternativas para dar respuestas a este problema: se reelaboraron las definiciones de los repertorios verbales, paraverbales y no verbales para garantizar un adecuado proceso formativo y evaluativo en el manejo de la entrevista Clínica, y se ofrece una investigación orientada a los esquemas formativos dentro de las universidades, específicamente en el área de la Psicología.

Los aspectos más importantes que aporta la investigación son los siguientes:

1. Permitió hacer una reevaluación de la propuesta de Gago y Marcano (1987) la cual actualmente constituye el esquema formativo y evaluativo para terapeutas de la opción Clínica de la Escuela de Psicología de la UCV para el Manejo de repertorios verbales, paraverbales y no verbales en la entrevista Clínica, puntualizando la necesidad de realizar actualizaciones con respecto a las definiciones de los comportamientos considerados.

2. Se integró al modelo antes mencionado la propuesta para la Sistematización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT) y se sometió a validación empleando como expertos a terapeutas de la Opción Clínica y a profesores del Departamento de Psicología Clínica de la Escuela de Psicología de la UCV.
3. Se generó una clasificación específica de repertorios verbales, paraverbales y no verbales tomando como modelo la clasificación utilizada por Gago y Marcano (1987) en combinación con las categorías reseñadas en el Sistema de Categorización de la Conducta verbal del Terapeuta (SISC-CVT) elaborado por Froján, Ruíz, Montaña, Calero y Alpañés (2011) enmarcada en los parámetros señalados por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2005) para las investigaciones que buscan actualizar los esquemas formativos para el estudiante de Psicología.

I. RECOMENDACIONES

1. Someter a constante revisión las definiciones resultantes del presente trabajo con la finalidad que el esquema formativo del terapeuta se mantenga lo más actualizado posible a lo largo del tiempo.
2. Realizar investigaciones dirigidas al estudio de la interacción entre el terapeuta y el paciente en el espacio terapéutico, se podría tomar como referencia el trabajo realizado por Froján, Ruiz, Calero y Montaña (2011) alusivo al Subsistema de Categorización de la Conducta Verbal del Cliente (SISC-CVC).
3. Realizar un estudio que permita verificar que tanta concordancia existe entre los elementos planteados para la formación del psicólogo en la mención clínica con respecto a otros sistemas de entrevista pertenecientes a otros modelos teóricos presentes en las distintas menciones adscritas a la Escuela de Psicología de la UCV.

I. REFERENCIAS

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). (2005). Libro Blanco. Título de Grado en Psicología. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación [Versión Electrónica]. Recuperado el 27 de Junio de 2011 de http://www.aneca.es/var/media/150356/libroblanco_psicologia_def.pdf

Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. 5ta. Edición. Venezuela: Episteme.

Casalta, C., Laya, M. y Rivas, M. (1988). *Un sistema de observación conductual- aplicaciones*. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Departamento de Psicología Clínica.

Elizondo, L. y Vargas, J. (s. f.). Desarrollo de Competencias (DC). ¿Qué es DC?. Recuperado el 10 de Agosto de 2011 de http://www.desarrollodecompetencias.com/que_es_desarrollo_por_competencias

Froján, M., Montañó, M., Calero, A., García, A., Garzón, A. y Ruiz, E. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta [Versión Electrónica]. Recuperado el 20 de Mayo de 2011 de <http://www.psicothema.es/pdf/3529.pdf>.

Froján, M., Montaña, M., Calero, A. y Ruiz, E. (2011). Aproximación al Estudio Funcional de la Interacción Verbal Entre el Terapeuta y Cliente Durante el Proceso Terapéutico. *Recuperado el 5 de Julio de 2011 de <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/psicoterapias/51311/>*?

Froján, M., Ruiz, E., Calero, A. y Montaña, M. (2011). Anexo B. Sistema de Categorización de la Conducta Verbal en Terapia (SISC-INTER-CVT) [Versión Electrónica]. *Recuperado el 15 de Septiembre de 2011 de https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment?ui=2&ik=6c681c5e29&view=att&th=132d45d8946a0c96&attid=0.1&disp=inline&safe=1&zw&saduie=AG9B_P-yNnVbmIDlfdxYgDAFRfUK&sadet=1320598567015&sads=hQcKegrB7VnklbUj8Tum1GV72h0*

Froján, M., Ruiz, E., Montaña, M., Calero, A. y Alpañés, A. (2011). Estudio comparativo de la conducta verbal del terapeuta según su experiencia durante la evaluación clínica [Versión Electrónica]. *Recuperado el 20 de Abril de 2011 de https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment?ui=2&ik=6c681c5e29&view=att&th=12f82c6363c49b30&attid=0.1&disp=inline&realattid=f_gm_pikitl0&safe=1&zw&saduie=AG9B_P-yNnVbmIDlfdxYgDAFRfUK&sadet=1320592644084&sads=76cdXfzYF5gRx6k4XzFH7jJpwwgk&sadssc=1*

Gago, C. y Marcano, M. (1987). *Destrezas en el manejo de la entrevista conductual para estudiantes de Psicología Clínica*. Caracas, Venezuela: Universidad Central de Venezuela.

González, J. y Wagenaar, R. (2003). Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final. Fase Uno (Universidad de Deusto. Universidad de Groningen). Recuperado el 30 de Junio de 2011 de http://www.relint.deusto.es/TUNINGProject/spanish/doc_fase1/Tuning%20Educational.pdf

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, T. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGrawHill.

Nahoum, C. (1961). *La entrevista psicológica*. Buenos Aires: Editorial Kapelusz.

Pease, A. (2004). *El lenguaje del cuerpo: Cómo leer el pensamiento de los demás a través de sus gestos (17ª ed)*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.

Ribes, E. (1981). *Técnicas de modificación de conducta. Aplicaciones al retardo en el desarrollo*. México: Trillas.

Universidad de Málaga. (2010). «Tuning» - Afinar las estructuras educativas de Europa. Proyecto piloto apoyado por la Comisión Europea en el marco del programa Sócrates. Recuperado el 30 de Junio de 2011 de www.uma.es/publicadores/eees/wwwuma/proyectotuning.doc

Vargas, J. e Ibáñez, J. (1998). La evaluación conductual [Versión Electrónica]. *Recuperado el 30 de Octubre de 2010 de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/numerodos/laevaluacionconductual.html>*

Villareal, M. (1981). *Fundamentos de entrevista conductual*. Revisión teórica. México: Trillas.

ANEXOS

Anexo 1.

Cuadro 3. Variables estudiadas en la investigación de Gago y Marcano (1987)

Componentes Paralingüísticos:	
Volumen de voz	Tono de voz audible para el interlocutor que permita mantener una conversación sin que el paciente solicite que se le repita la información, por no haber oído bien, y ser escuchado adecuadamente por los observadores del monitor o de la Cámara Gesell.
Inflexión de la voz	Cambios en la tonalidad acordes al contenido de la información que se expresa.
Fluidez del lenguaje	Expresar verbalmente una información de manera continua, haciendo las pausas requeridas por la situación y utilizando las reglas gramaticales (sin usar muletillas y/o tartamudear).
Componentes No Verbales:	
Contacto visual	Mirar al interlocutor mientras habla.
Postura corporal	Sentarse frente al interlocutor apoyando la espalda en el respaldo de la silla o inclinándose hacia adelante alternando dichas posturas a lo largo de la entrevista.
Expresión facial	Hacer gestos faciales acordes a las conversaciones que mantienen con el interlocutor.
Gestos manuales	Hacer movimientos con las manos cuando habla, acordes a la conversación que mantiene en la entrevista.
Componentes Verbales:	
Inicio de la entrevista	Hacer comentarios breves no relacionados con la exploración del motivo de consulta o de las áreas, e inmediatamente conducir la entrevista ciñéndose a los objetivos planteados en el esquema o hacer preguntas directas sobre el motivo de consulta o las áreas.
Manejo del interrogatorio	Hacer preguntas y Repreguntas (una a la vez), hasta lograr el esclarecimiento de la información suministrada. Pedir ejemplos de las situaciones reales donde ocurre la conducta problema y/o ayudar a verbalizar al paciente, sin sugerir la respuesta.
Asignación de registros	Dar una breve explicación del por qué de los Registros y su importancia para el tratamiento. Facilitar el material necesario con sus instrucciones por escrito. Leerlas, dar y pedir ejemplos de cómo registrar, y seleccionar con el paciente el momento del día para realizarlos.
Cierre de la entrevista	Realizar un pequeño resumen haciendo énfasis en los

	componentes y dimensiones de las conductas problemas tratadas en consulta, indagar el orden de éstas (Jerarquía). Inmediatamente asignar los registros y recordar al paciente la hora y día de su próxima consulta.
Petición de los registros	Pedir los Registros y reforzar al paciente por traerlos. Si no los realizó, explicar nuevamente la gran importancia de éstos. Leerlos de atrás hacia adelante. Hacer aclaratorias sobre los componentes y dimensiones de la(s) conducta(s) problema(s), y/o esclarecer otros aspectos que aparezcan en los registros, y no hayan sido conversados por usted (indagar el porqué de estas ausencias). Reforzar las aproximaciones del paciente, en lo relativo a su especificidad y descripción objetiva de la(s) conducta(s) problema(s).
<i>Aplicación de Técnicas:</i>	
Análisis formal	Realizar el Análisis Formal inmediatamente antes de comenzar la intervención o cuando se necesite una intervención inmediata. El terapeuta debe facilitar y pedir ejemplos relacionados con el manejo de la situación(es) problema(s) e involucrar al paciente, de tal manera, que éste proponga y evalúe las posibles soluciones. El análisis debe ir precedido de una explicación breve y sencilla, de la metodología conductual y debe realizarse respetando la jerarquía hecha en consulta.
Instrucciones	Suministrar al paciente en forma verbal y escrita, las instrucciones de las tareas que debería realizar, asegurar, a través de ejemplos, que éstas han sido entendidas y podrán ser realizadas sin dificultad.
Reforzamiento	Reforzar cuando el paciente realice comportamientos adecuados en la entrevista (llegar temprano, traer los registros, realizar descriptivamente los mismos, ejecutar comportamientos que ayuden a la solución de sus problemas, etc.), dar estos esfuerzos justo después de presentarse o describirse estos comportamientos contingentes.
Extinción y tiempo fuera	Ignorar aquellos comportamientos que sean inadecuados (quejas, dispersión, llanto, etc.) y que se presentan con regularidad en consulta, reforzar las conductas incompatibles o sus acercamientos.
Retroalimentación	Dar información verbal acerca de las conductas adecuadas e inadecuadas. El feedback debe darse en forma contingente al comportamiento del paciente en consulta.

Instigación	Insistir, repreguntar y/o dar claves al paciente para que realice el comportamiento solicitando o responda a la pregunta formulada, de manera inmediata.
<i>Manejo de situaciones problema:</i>	
Utilización de técnicas conductuales para: Reforzar conductas adecuadas, ignorar o extinguir conductas inadecuadas. Informar al paciente sobre tópicos importantes para éste y analizar situaciones relacionadas con la concepción, desarrollo y evaluación de la problemática.	

Anexo 2.

HOJAS DE REGISTRO PARA EVALUAR LAS DESTREZAS DE LOS TERAPEUTAS DURANTE LA ENTREVISTA CLÍNICA (Gago, C. y Marcano, M. 1987).

(Versión Modificada)

Corona, V. y Di Matteo, A. (2010).

En las entrevistas llevadas a cabo por los alumnos serán tomados en cuenta 3 aspectos: Componentes topográficos, dirección de la entrevista y aplicación de técnicas durante la entrevista.

Antes de evaluar a los terapeutas, es importante dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Has estado previamente en consulta Psicológica? Si:___ No:___
- ¿Has tenido experiencia como...?

¿Paciente en Consulta?: Si:___ No:___

¿Terapeuta?: Si:___ No:___

¿En qué área?:_____

Cada aspecto se evaluará en un rango de 1 a 5 puntos de acuerdo a la siguiente escala:
1-Muy Inadecuado. 2-Inadecuado. 3-Aceptable. 4-Adecuado. 5-Muy Adecuado.

1) COMPONENTES TOPOGRÁFICOS:

Postura Corporal:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

Contacto Visual:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

Expresión Facial:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

Gestos Manuales:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

Tono de la Voz:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

Inflexión de la Voz:

Inadecuado _____ Adecuado

1 2 3 4 5

Fluidez Verbal:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

Vocabulario:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

Otros:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

2) DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA:

Inicio de la Entrevista:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

Manejo Adecuado del Interrogatorio:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

Manejo de Información e Instrucciones:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

Asignación de Registros:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

Revisión y Análisis de los Resultados:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

Manejo de Situaciones Problema:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

Finalización de la Entrevista:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

Dirección de la Entrevista:

Inadecuado _____ Adecuado
1 2 3 4 5

Anexo 3.

Formato de evaluación de los expertos

El siguiente cuestionario tiene por objetivo explorar en forma sistemática, aspectos generales sobre el desenvolvimiento del terapeuta en la entrevista de acuerdo con lo expuesto por Gago y Marcano (1987) en su trabajo de grado sobre el manejo del terapeuta en la entrevista clínica. Este instrumento en sí busca someter a evaluación y medición las siguientes variables en el comportamiento del terapeuta: 1) Repertorio Verbal, 2) Repertorio Paralingüístico, 3) Repertorio No Verbal, 4) Aplicación de Técnicas y 5) Manejo de Situaciones Problema. Por favor se le solicita a usted como experto que realice una valoración de los reactivos tanto en redacción como en congruencia, siguiendo las siguientes indicaciones en la hoja de valoración:

Redacción:

- Si el reactivo está bien redactado coloque un **1** en la casilla señalada como **R**
- Si el reactivo está mal redactado coloque un **0** en la casilla señalada como **R**
- En caso de estar mal redactado, por favor coloque en el espacio libre una forma alterna de redacción

Congruencia:

- Si le parece que la frase alude o refiere al área “Repertorio Verbal”, coloque un **1** en la casilla señalada como **C**
- Si le parece que la frase alude o refiere al área “Repertorio Paralingüístico” coloque un **2** en la casilla señalada como **C**
- Si le parece que la frase alude o refiere al área “Repertorio No Verbal” coloque un **3** en la casilla señalada como **C**
- Si le parece que la frase alude o refiere al área “Aplicación de Técnicas” coloque un **4** en la casilla señalada como **C**
- Si le parece que la frase alude o refiere al área “Manejo de Situaciones Problema” coloque un **5** en la casilla señalada como **C**

Muchas gracias por su colaboración.

Nº	R	C	<u>En caso de considerer que el reactivo requiera ser modificado</u>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			

28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			

Anexo 4.

Instrumento para evaluar manejo de la entrevista clínica por parte del terapeuta (Gago y Marciano, 1987).

1. Si para la primera consulta, en la sala de espera, se encuentran dos o más personas con su paciente (Ej.: la madre o la pareja del paciente), ¿a quién pasaría inicialmente al consultorio?

Paciente_____ Madre_____ Pareja_____

Paciente con la madre _____ Paciente con su pareja_____

¿Por qué?

2. Una vez en el consultorio, ¿Cómo iniciaría la entrevista?
3. Cuando el paciente le plantea su problemática, ¿Qué aspectos relacionados con la misma, indagaría usted inicialmente?
4. Considera necesario, tomar notas de los reportes del paciente en consulta?

Si _____ ¿Qué aspectos anotaría?

No ____ ¿Por qué?

5. ¿Cómo concluiría la entrevista?

6. Si el paciente se define como “bravo”, “miedoso”, “agresivo”...
¿considera usted que es necesario indagar o esclarecer estos términos?

Si ____ ¿de qué forma lo haría?

No ____ ¿Por qué?

7. Si para la pronta solución de la problemática del paciente, se necesita la cooperación de un familiar (madre, padre, pareja...) y este se niega a asistir

¿Qué haría?

¿Por qué?

8. ¿Qué es una entrevista conductual?

9. ¿Qué es un análisis formal de contingencias?

10. ¿Qué elementos contemplaría para realizar un análisis formal de contingencias?

11. ¿En qué casos lo utilizaría?

12. ¿Qué es una definición conductual?

13. ¿Qué preguntas formularía para explorar?

- a. Área familiar
- b. Área social
- c. Área laboral
- d. Área escolar
- e. Área afectiva
- f. Área sexual
- g. Área de salud
- h. Hábitos (alimentación, sueño, vicios)
- i. Historia y antecedentes personales

1. ¿Considera adecuado, la asignación de registros desde la primera entrevista? ¿Por qué? ¿Qué tipo de registro asignaría?

2. ¿Considera importante, dar información al paciente sobre el registro que se le va a asignar?

Si _____ ¿sobre qué aspectos daría información?

No _____ ¿Por qué?

3. Si su respuesta, a la pregunta anterior, fue afirmativa

¿Entregaría algún materia?

Hojas blancas_____

Hojas con instrucciones_____

Otros ¿Cuál(es)?_____

4. Una vez asignados los registros, ¿Cómo se comportaría Ud. En las situaciones siguientes?

Si los realizó adecuadamente_____

Si los realizó inadecuadamente_____

Si no los trajo _____

Si se niega a realizarlos _____

5. Si el paciente se niega, o da excusas, para traer la información pedida por escrito (registros), ¿Qué estrategia sugeriría para obtener dicha información?

6. ¿Considera que los registros anecdóticos sirven para guiar la entrevista?

Si _____ ¿Por qué?

No _____ ¿Por qué?

7. ¿Cuándo tu paciente no sabe leer ni escribir, que estrategia utilizaría para registrar la conducta?

8. Diferencias entre registro anecdótico y registro específico

9. En qué momento discontinuaría la asignación de los registros:

Anecdótico _____

Específico _____

10. ¿Por qué es importante definir las conductas operacionales?

11. ¿Qué dimensiones o características de las conductas, deben tomarse en cuenta para su definición operacional?

12. Cuando usted suministra a su paciente las reglas o pasos a seguir en una tarea que realizará en el hogar o en el consultorio, ¿qué técnica está empleando?

Instigación_____

Instrucción_____

Retroalimentación_____

Reforzamiento_____

Ninguna de las anteriores_____

13. ¿Cuándo el terapeuta, durante ensayos, informa a su paciente lo que está correcto o incorrecto en su comportamiento, que técnica está utilizando?

Instrucción_____

Reforzamiento_____

Instigación_____

Retroalimentación_____

14. ¿Cuándo el terapeuta, con un(os) gesto(s) o con una(s) palabra(s), alaba o reconoce como adecuada una actividad que ha realizado el paciente, qué técnica está estudiando?

Retroalimentación_____

Instrucción_____

Reforzamiento_____

Instigación_____

Ninguna de las anteriores_____

15. ¿Cuándo el terapeuta insiste, repregunta, ayuda o da claves al paciente para que conteste alguna pregunta o realice alguna actividad en el consultorio, que técnica está utilizando?

Reforzamiento_____

Retroalimentación_____

Instigación_____

Instrucción_____

Ninguna de las anteriores_____

16. ¿Cuándo el terapeuta observa que el paciente presenta en la mayoría de las consultas una conducta inadecuada (Ej.: llanto, queja...) y, decide no prestarle atención dicha conducta, que técnica está utilizando?

Castigo_____

Reforzamiento_____

Tiempo fuera_____

Instigación_____

Extinción_____

Ninguna de las anteriores_____

17. ¿Cómo se comportaría Ud. En las situaciones que a continuación se presentan:

- a. ¿Si su paciente es un niño y Ud. Necesita entrevistas a la madre a solas y el niño forma un berrinche en la sala de espera?
- b. ¿si el paciente se mantiene callado mientras Ud. Le formula las preguntas iniciales?
- c. ¿si el paciente insiste en permanecer callado?
- d. Si el paciente llora en consulta y este es:

Niño

Adolescente

Adulto
- e. Si el paciente se resiste a comentar en detalle su problemática
- f. Si el paciente le está suministrando información irrelevante al motivo de consulta
- g. Si el paciente le confiesa, luego de la primera entrevista, que no desea seguir asistiendo a consulta.
- h. Si el paciente le manifiesta que está sintiendo atracción hacia usted.
- i. Si el paciente le agrede física o verbalmente
- j. Si el paciente le trae regalos con frecuencia.

1. Considera conveniente informar al paciente sobre los objetivos de audio y video (micrófonos y cámaras)

Si_____ ¿Cuándo? ¿Cómo? Y ¿por qué?

No_____ ¿Por qué?

2. Cuando en la entrevista, su paciente se encuentra muy angustiado (se le entrecorta la voz, permanece en silencio, mantiene la cabeza baja, usa muletillas) ¿Qué cosas haría o le diría para calmarlo?

3. Si el paciente le pide que lo asista en un lugar fuera del consultorio (cafetín, casa...) mencione que le diría.

4. Si el paciente le dice que necesita su dirección y número de teléfono para cualquier emergencia ¿Qué le diría? ¿Por qué?

Anexo 5.

Instrumento para medir el manejo de repertorios Verbales, Paraverbales y No Verbales en la Entrevista Clínica.

Nombre: _____

Edad: _____

Semestre: _____.

A continuación se le presenta una clasificación que incorpora los componentes expuestos por Gago y Marcano (1987) conjuntamente con la propuesta de Froján, Ruíz, Montaña, Calero y Alpañés (2011) en relación a los repertorios que son primordiales manejar dentro del marco de la entrevista clínica, específicamente los repertorios comportamentales alusivos a 3 componentes en particular: **Componente Paraverbal, Componente No Verbal y Componente Verbal**. Haciendo referencia a su práctica personal y desempeño en la entrevista como terapeuta de los últimos semestres de la carrera, es nuestro interés conocer su opinión sobre los repertorios considerados a continuación.

Instrucciones:

En el presente instrumento va a encontrar una serie de repertorios comportamentales acompañados de su respectiva definición, deseamos que manifieste su **Acuerdo** o **Desacuerdo** con respecto a las mismas, y que en el área de observaciones reporte qué cambios incorporaría a la definición del repertorio considerado **si usted así lo prefiere independientemente sea cual sea su respuesta en la casilla de Acuerdo/Desacuerdo**. Adicionalmente se le presentan unos recuadros en blanco, con la finalidad de que en caso de que llegase a considerar deba ser incluido algún otro repertorio que no haya sido reseñado dentro del instrumento, proporcione tanto un título como una definición para el mismo. Muchas gracias por su participación.

Consentimiento para la utilización de los datos proporcionados:

Yo _____, portador de la Cédula de Identidad N° _____, como estudiante de los últimos semestres de la carrera y actualmente desempeñando labores como Terapeuta del Servicio de Psicología Clínica, declaro que autorizo la utilización de los datos proporcionados para el presente estudio de forma anónima y exclusivamente con fines investigativos de acuerdo con lo reseñado en el Código de Ética del Psicólogo. La presente autorización se emite a los __ días del mes de _____ del año 2011.

Firma

Componente Paraverbal					
Repertorio	Definición	Acuerdo/Desacuerdo	Observaciones	Usar solo en caso de considerarlo necesario	
				Repertorio a Incorporar	Definición
<u>Volumen de Voz</u>	Tono de voz audible para el interlocutor que permita mantener una conversación sin que el paciente solicite que se le repita la información, por no haber oído bien y ser escuchado adecuadamente por los observadores.	Acuerdo: ___ Desacuerdo: ___			
<u>Inflexión de la Voz</u>	Cambios en la tonalidad acorde al contenido de la información que se expresa.	Acuerdo: ___ Desacuerdo: ___			
<u>Claridad del lenguaje</u>	Expresar verbalmente una información de manera continua, haciendo las pausas requeridas por la situación y utilizando las reglas gramaticales (Sin usar muletillas y/o tartamudear).	Acuerdo: ___ Desacuerdo: ___			

Componente No Verbal				
Repertorio	Definición	Acuerdo/Desacuerdo	Observaciones	Usar solo en caso de considerarlo

				necesario	
				Repertorio a Incorporar	Definición
<u>Contacto Visual</u>	Mirar al interlocutor mientras habla.	Acuerdo:___ Desacuerdo:___			
<u>Postura Corporal</u>	Sentarse frente al interlocutor apoyando la espalda en el respaldo de la silla o inclinándose hacia adelante alternando dichas posturas a lo largo de la entrevista mostrando y experimentando comodidad.	Acuerdo:___ Desacuerdo:___			
<u>Expresión Facial</u>	Hacer gestos faciales acorde a las conversaciones que mantiene con el interlocutor.	Acuerdo:___ Desacuerdo:___			
<u>Gestos Manuales</u>	Hacer movimientos con las manos cuando habla, acorde a la conversación que mantiene en la entrevista.	Acuerdo:___ Desacuerdo:___			
<u>Proximidad al paciente</u>	Guardar cierta distancia o grado de separación del paciente en el espacio terapéutico para evitar eventos incómodos para el paciente así como para el	Acuerdo:___			

	terapeuta.	Desacuerdo:___			
--	------------	----------------	--	--	--

Componente Verbal					
Repertorio	Definición	Acuerdo/Desacuerdo	Observaciones	Usar solo en caso de considerarlo necesario	
				Repertorio a Incorporar	Definición
Inicio y cierre de la entrevista	<p>Hacer comentarios breves no relacionados con la exploración del motivo de consulta o de las áreas, e inmediatamente conducir la entrevista ciñéndose a los objetivos planteados en el esquema o hacer preguntas directas sobre el motivo de consulta o las áreas.</p> <p>Para el momento de cierre realizar un pequeño resumen haciendo énfasis en los componentes y dimensiones de las conductas problema tratadas en consulta, indagar el orden de éstas (Jerarquía). Inmediatamente asignar los registros y recordar al paciente la hora y día de su próxima consulta.</p>	<p>Acuerdo:___</p> <p>Desacuerdo:___</p>			
<u>Función Evocadora</u>	Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o no.	Acuerdo:___			

		Desacuerdo: ___			
<u>Función Discriminativa</u>	Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que va seguida de reforzamiento o castigo.	Acuerdo: ___ Desacuerdo: ___			
<u>Función de Refuerzo</u>	Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación, de la conducta emitida por el cliente.	Acuerdo: ___ Desacuerdo: ___			
<u>Función de Castigo</u>	Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente y/o que interrumpe ésta aunque sin presentar ningún matiz que indique aprobación, acuerdo o aceptación.	Acuerdo: ___ Desacuerdo: ___			
<u>Función Instruccional</u>	Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta futura del cliente fuera del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero si han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer.	Acuerdo: ___ Desacuerdo: ___			
<u>Función Motivadora</u>	Verbalización del terapeuta que anticipa los efectos positivos o negativos que la actuación del cliente (mencionada dicha	Acuerdo: ___			

	actuación o no de forma explícita en la verbalización del terapeuta) tendrá, está teniendo o ha tenido sobre el cambio clínico.	Desacuerdo: ___			
<u>Función Informativa</u>	Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta.	Acuerdo: ___ Desacuerdo: ___			

Anexo 6.

Instrumento para medir el manejo de repertorios Verbales, Paraverbales y No Verbales en la Entrevista Clínica.

Corona, V y Di Matteo, A (2011).

A continuación se le presenta una clasificación que incorpora los componentes expuestos originalmente por Gago y Marcano (1987) conjuntamente con la propuesta de Froján, Ruíz, Montaña, Calero y Alpañés (2011) en relación a los repertorios que son primordiales manejar dentro del marco de la entrevista clínica, específicamente los repertorios comportamentales alusivos a 3 componentes en particular: **Componente Paraverbal, Componente No Verbal y Componente Verbal.**

Instrucciones:

En el presente instrumento va a encontrar una serie de repertorios comportamentales acompañados de su respectiva definición. A la hora de evaluar al estudiante se desea que en base a los criterios considerados para la evaluación del repertorio marque en una de las siguientes opciones de acuerdo al desempeño observado en el terapeuta:

No adquirido: Cuando considere que el terapeuta no cumplió adecuadamente con el repertorio. **En adquisición:** Cuando considere que el terapeuta ejecuta dicho repertorio pero debe realizar ajustes en el mismo para garantizar su adecuada utilización. **Adquirido:** Cuando considere que el terapeuta ejecuta de manera eficiente el repertorio considerado. Puede emplear si desea el espacio de observaciones para reseñar las respectivas acotaciones con respecto a la ejecución por parte del terapeuta, especialmente aquellas sugerencias que propone para mejorar la ejecución en dicho repertorio.

Datos del Estudiante		
Nombre:	Edad:	Semestre:
Evaluado por:		

Componente Paraverbal			
Repertorio	Definición	Evaluación del repertorio	Observaciones
Volumen de Voz	Intensidad de voz audible para el interlocutor que permita mantener una conversación, sin que la persona entrevistada solicite que se le repita la información por no haber oído bien, garantizando poder ser escuchado adecuadamente por los observadores. En caso de una intervención, empleo adecuado de dicho aspecto con respecto al entrenamiento que se esté llevando a cabo.	No adquirido:____ En adquisición:____ Adquirido:____	
Inflexión de la Voz	Cambios en la tonalidad de la voz del terapeuta acorde al contenido de la información verbal que se expresa. En caso de una intervención, empleo adecuado de dicho aspecto con respecto al entrenamiento que se esté llevando a cabo.	No adquirido:____ En adquisición:____ Adquirido:____	
Nivel del Discurso Verbal	Expresar verbalmente una información de manera continua, haciendo las pausas requeridas por la situación y utilizando	No adquirido:____	

	<p>las reglas gramaticales (Sin usar muletillas y/o tartamudear) adaptando el contenido del vocabulario técnico empleado al nivel de comprensión de la persona entrevistada. En caso de una intervención, empleo adecuado de dicho aspecto con respecto al entrenamiento que se esté llevando a cabo.</p>	<p>En adquisición: ___</p> <p>Adquirido: ___</p>	
--	---	---	--

Componente No Verbal

Repertorio	Definición	Evaluación del repertorio	Observaciones
Contacto Visual	<p>Mirar al interlocutor mientras habla de manera armónica con el contenido verbal de la información que se exprese (de forma sincrónica con la expresión facial). Al establecer contacto visual con el entrevistado, es recomendable que este varíe y no se fije exclusivamente en los ojos del entrevistado, permitiendo percibir otros rasgos corporales en la persona (Expresiones faciales, posturas adoptadas, posición de las manos, entre otros).</p>	<p>No adquirido: ___</p> <p>En adquisición: ___</p> <p>Adquirido: ___</p>	
Postura Corporal	<p>Sentarse frente al interlocutor apoyando la espalda en el respaldo de la silla o inclinándose hacia adelante</p>	<p>No adquirido: ___</p>	

	<p>alternando dichas posturas a lo largo de la entrevista mostrando comodidad y naturalidad ante el reporte verbal de la persona.</p>	<p>En adquisición: ___</p> <p>Adquirido: ___</p>	
<p>Expresión Facial</p>	<p>Hacer gestos faciales acordes y sincrónicos a los contenidos verbales de las conversaciones que mantiene con el interlocutor teniendo cuidado de no exagerar los mismos.</p>	<p>No adquirido: ___</p> <p>En adquisición: ___</p> <p>Adquirido: ___</p>	
<p>Gestos Manuales</p>	<p>Hacer movimientos con las manos que acompañen el discurso verbal y que permitan enfatizar algunos de los contenidos o clarificar los elementos que se están comentando durante la entrevista cuidando que estos no sean excesivos. En caso de una intervención, empleo adecuado de dicho aspecto con respecto al entrenamiento que se</p>	<p>No adquirido: ___</p> <p>En adquisición: ___</p>	

	esté llevando a cabo.	Adquirido:___	
Proximidad al Paciente	Guardar cierta distancia o grado de separación del paciente en el espacio terapéutico. En caso de contar con un escritorio, se recomienda que si el terapeuta debe inclinarse hacia la persona, no exceda la mitad de la distancia entre este y el paciente. La aproximación física o lejanía debe ser determinada funcionalmente por los contenidos de la entrevista o las pautas de intervención y siempre enmarcada en las normas sociales de urbanidad.	No adquirido:___ En adquisición:___ Adquirido:___	

Componente Verbal

Repertorio	Definición	Evaluación del repertorio	Observaciones
Inicio de la Entrevista	Hacer comentarios breves no relacionados con la exploración del motivo de consulta o de las áreas con la finalidad de generar rapport con la persona, e inmediatamente conducir la entrevista ciñéndose a los objetivos planteados en el esquema haciendo preguntas directas sobre el motivo de consulta o las áreas. En caso de que	No adquirido:___ En adquisición:___	

	<p>alguna situación importante sea puesta de manifiesto por parte del paciente, anteponer el abordaje de la misma a lo considerado para el esquema de la presente entrevista.</p> <p>En caso de ser la primera entrevista con un paciente, dar inicio a la realización del triaje comenzando por aspectos socioeconómicos pasando posteriormente al motivo de consulta.</p>	Adquirido: ___	
Cierre de la Entrevista	<p>Realizar un pequeño resumen haciendo énfasis en los componentes y dimensiones de las conductas problema tratadas en consulta, o en los aspectos considerados como relevantes a lo largo de la misma. Clarificar tópicos y dar pautas de los puntos a tocar en la próxima entrevista. Recordar al paciente la hora y día de su próxima consulta y agradecer al mismo por su asistencia a modo de reforzar este comportamiento.</p>	<p>No adquirido: ___</p> <p>En adquisición: ___</p> <p>Adquirido: ___</p>	
Función Evocadora	<p>Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada</p>	No adquirido: ___	

	de verbalización o no.	En adquisición: ___ Adquirido: ___	
Función Discriminativa	Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que va seguida de reforzamiento o es sometida a extinción.	No adquirido: ___ En adquisición: ___ Adquirido: ___	
Función de Refuerzo	Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación, de la conducta emitida por la persona.	No adquirido: ___ En adquisición: ___	

		Adquirido:___	
Función de Castigo	Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por la persona y/o que interrumpe ésta aunque sin presentar ningún matiz que indique aprobación, acuerdo o aceptación.	No adquirido:___ En adquisición:___ Adquirido:___	
Función Instruccional	Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta futura de la persona fuera del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero si han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer o que se busca que la persona lleve a cabo fuera del espacio de consulta.	No adquirido:___ En adquisición:___ Adquirido:___	
Función Motivadora	Verbalización del terapeuta que anticipa las ventajas o desventajas que la actuación del cliente (mencionada dicha actuación o no de forma explícita en la verbalización del terapeuta) podría tener, está	No adquirido:___	

	<p>teniendo o ha tenido sobre el cambio clínico.</p>	<p>En adquisición: ___</p> <p>Adquirido: ___</p>	
<p>Función Informativa</p>	<p>Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta o experta en el ámbito tratado. Posteriormente, se recomienda emitir verbalizaciones orientadas a verificar la comprensión de la información dada a la persona tales como repreguntar o solicitar que se repita la información impartida.</p>	<p>No adquirido: ___</p> <p>En adquisición: ___</p> <p>Adquirido: ___</p>	