



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales IZTACALA

LA PREVENCION EN PSICOLOGIA CLINICA.

001
31921
V2
1983-3



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

**REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR AL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
Perla Amalia Vargas Kühn**

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Deseo agradecer a las trabajadoras sociales del DIF de la unidad habitacional El Rosario, su cooperación y apoyo en la realización de este trabajo.

INDICE.

IZT. 1000174

PROLOGO	1
INTRODUCCION	3
PROGRAMA DE PRACTICAS	37
RESULTADOS	47
DISCUSION	56
BIBLIOGRAFIA	62

PROLOGO

En este reporte se pretende justificar la alternativa de prevención de psicopatologías a nivel familiar, como una forma de trabajo en las prácticas de psicología clínica. Primeramente se presenta una revisión de la literatura relativa al surgimiento de la prevención en general; al análisis de las variables involucradas en el origen y mantenimiento de algunas psicopatologías, y a las estrategias que se han desarrollado para su tratamiento. A partir de este análisis se plantea que la carencia de habilidades específicas, es el factor determinante de un amplio rango de problemas considerados como típicamente clínicos. Estas habilidades incluyen a las de interacción social, automanejo y solución de problemas, como las más importantes. Ahora bien, debido a que estos repertorios son establecidos por los padres en los primeros años de la vida, se sugiere que el entrenamiento de los padres para que lleven a cabo esta función socializadora, sea la parte medular de un programa de prevención psicológica a nivel familiar. Además, se propone un programa de prácticas para

el curso de psicología clínica, enfocado al establecimiento de los repertorios que permitan a los egresados de Iztacala, diseñar e implementar programas de prevención sobre los fundamentos anteriormente mencionados. Finalmente se describen los resultados obtenidos a la fecha, producto de la implementación parcial del trabajo de prevención a nivel familiar, que se desarrolla en el DIF de la unidad habitacional El Rosario.

INTRODUCCION.

Actualmente se considera a la profilaxis como una forma superior de llevar a cabo la práctica clínica. Sin embargo, tanto en el caso de los problemas fisiológicos como en el de los llamados "problemas mentales", el desarrollo de la rehabilitación de organismos enfermos se produjo antes que el desarrollo de la prevención de las enfermedades. Esto se debe a que para poder prevenir conscientemente cualquier fenómeno es necesario conocer, al menos parcialmente, los factores que intervienen en su producción.

Se conocen textos antiguos provenientes de las culturas mesopotámica, china, egipcia y azteca, referentes al desarrollo de la clínica médica, pero generalmente este conocimiento se encuentra inmerso en concepciones mágicas y teológicas (Castillo, 1978). Fue en Grecia donde con un enfoque naturalista, se generaron las mayores aportaciones de la época a la medicina. Por ejemplo, en el año 400 A.C. Empédocles controlaba epidemias, desecando pantanos y

fumigando las viviendas y fue con este enfoque y haciendo observaciones precisas acerca de los enfermos, que Hipócrates logró desterrar por completo la magia y la religión de la medicina griega. Algunas de las observaciones clínicas hechas por los antiguos naturalistas aún son consideradas válidas por la medicina moderna (Serrano, 1970).

Los romanos hicieron importantes aportaciones a la higiene y a la salud pública. Las construcciones de acueductos, baños y sistemas de drenaje y la prohibición de inhumaciones dentro de las ciudades, disminuyeron considerablemente la incidencia de epidemias y en general la de enfermedades relacionadas a la falta de higiene (Serrano, 1970).

Durante la edad media (siglos V al XIV) se abandonaron los enfoques naturalistas y la medicina retrocedió, bajo el dominio de la religión y la magia. En esta época, por ejemplo, los pacientes con trastornos psicológicos fueron considerados como endemoniados, para quienes la única cura era el exorcismo. Otra gran influencia durante este período la constituyeron las concepciones árabes acerca del trabajo

manual, principalmente respecto al contacto con el cuerpo humano. El contacto humano era considerado degradante, sucio e impío, lo cual condujo a que la práctica clínica fuera restringida a los sacerdotes, los bañeros, los barberos, los castradores, etc. Esta actitud, a su vez, trajo consigo un estancamiento en el desarrollo de las observaciones naturalistas acerca de la salud (Del Villar, 1970).

A partir del siglo XV tienen lugar cambios importantes en el pensamiento científico. Paré (1509-1590) introduce nuevos medicamentos y nuevos instrumentos quirúrgicos. Harvey (1578-1657) plantea por primera vez que la sangre circula y su trabajo y otros muy importantes son posibles gracias a la invención del microscopio por Malpighi (1628-1694), quien además hizo estudios sobre las conexiones entre venas y arterias. Edward Jenner aplica por primera vez en 1796 una vacuna contra la viruela con excelentes resultados, ignorando no obstante, las causas de la inmunización. Posteriormente Laennec (1777-1888) descubrió el método de exploración mediante la percusión, trayendo consigo la invención del estetoscopio.

Con la revolución francesa (1789-1792) y debido a la guerra, se fomenta el desarrollo de la cirugía y este avance produce un cambio en las concepciones teóricas, de humorales, a organicistas y positivistas. Bernard (1813-1878) introduce el método experimental al estudio de la fisiología, dando un giro importante a la observación clínica y finalmente, en 1888, Louis Pasteur logra explicar el efecto inmunizador de las vacunas. Este descubrimiento abrió nuevas perspectivas a la práctica y dio origen formal a la profilaxis médica (Viesca, 1978).

El desarrollo científico que permite la prevención no fue simultáneo en todas las áreas de la salud. Hasta antes de la revolución francesa no existían diferencias importantes entre el desarrollo científico de la psicología y el de la medicina. Sin embargo a partir de 1792 empiezan a darse cambios importantes que separan y diferencian el desarrollo de ambas disciplinas. Los nuevos postulados humanistas -dignidad, igualdad y fraternidad- dan lugar a una reforma en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos. Esta reforma es llevada a cabo por Pinel en 1792, al quitar las cadenas y suspender los castigos que se administraban a los enfermos mentales. He aquí una

descripción que muestra claramente su posición respecto al tratamiento de los trastornos mentales: "...la paciencia, la firmeza, el sentimiento humano puesto en dirigirlos, la continuada observación en las salas para impedir estallidos de cólera y exasperación; las ocupaciones placenteras y variadas con arreglo a las diferencias de gusto, diversos tipos de ejercicio físico, habitaciones espaciosas entre los árboles, todos los goces y tranquilidad de la vida de campo, y de vez en vez, música suave y melodiosa, por lo demás fácil de conseguir, pues en estos establecimientos hay casi siempre músicos distinguidos cuyos talentos languidecen, faltos de ejercicio y cultivo" (Pinel, 1809 pp. 258-260).

En el siglo XIX Freud trabajó con Breuer, en la eliminación de síntomas de "trastornos mentales" por medio de la hipnosis. Sin embargo Freud se desilusionó de esta técnica cuando observó que las "curas" eran transitorias. A partir de este momento, se dedicó al estudio de los acontecimientos intrapsíquicos, a través de lo que él llamó "terapia de conversación" o "psicoterapia". Freud sostenía que tanto la conducta adaptada como la desadaptada eran resultado de procesos encubiertos y de fuerzas internas e

irracionales que, sin embargo, son susceptibles de análisis racional a través de un proceso de auto-examen (Sarason, 1980).

Con el cambio de actitud sobre la conducta desadaptada que tuvo lugar en el siglo pasado, se inició la expansión de las instalaciones hospitalarias. Además, en base a muestras de 100,000 personas en los Estados Unidos, aumentó considerablemente el número de internaciones de un promedio anual de 16 casos en 1860, a 160 en 1960 (Sarason, 1980).

La psicología clínica empezó a ser reconocida como una disciplina independiente después de la segunda guerra mundial. Hasta antes de la guerra los practicantes de la salud mental eran casi exclusivamente psiquiatras con formación psicoanalítica (Ullman y Krasner, 1969). Podemos decir que la terapia de la conducta tiene su origen en 1920, con los experimentos de Watson y Rayner. La terapia de la conducta se ha definido de diversas formas y en todas ellas encontramos ciertos elementos comunes. Por ejemplo, para Wolpe (1968 p.557) la terapia de la conducta "...denota el uso de los principios del aprendizaje

experimentalmente establecidos, con el propósito de modificar la conducta desadaptada". Para Goldfried y Davison (1976 p.4): "La suposición básica de esta orientación particular es que las conductas problemáticas vistas dentro de la situación clínica pueden ser mejor entendidas a la luz de los principios derivados de una amplia variedad de experimentación psicológica y que estos principios tienen implicaciones para el cambio de conducta dentro de la situación clínica". Finalmente para Ullman y Krasner (1969 p.253): "La terapia de la conducta puede resumirse como todos los procedimientos que utilicen el manejo sistemático de las contingencias ambientales para alterar directamente la respuesta del sujeto al estímulo". Puede observarse que el elemento común a todas las definiciones lo constituye la aplicación sistemática de los principios del comportamiento obtenidos experimentalmente.

Como mencionamos con anterioridad el experimento que marcó el inicio de la terapia de la conducta fue el hecho en 1920 por Watson y Rayner, en el que condicionaron a un niño a temer a una rata blanca y por generalización a otros objetos con piel. Estos dos experimentadores propusieron a la extinción, al recondicionamiento y al

contracondicionamiento, como formas de tratar las fobias. Dunlap (1932) sondeó las posibilidades terapéuticas de la extinción, proponiendo la técnica llamada "práctica negativa". Por la misma época Guthrie (1935 p.138) destacó "... la necesidad de encontrar los indicios que inician la acción y practicar otra respuesta ante ellos." A esta técnica siguieron diversos experimentos que reafirmaron el concepto de contracondicionamiento (Masserman, 1943 y Wolpe, 1956). Posteriormente Wolpe (1958), definiendo la ansiedad en base a correlatos fisiológicos, propone el principio de inhibición recíproca y derivado de él, la técnica de desensibilización sistemática.

De acuerdo a Rimm y Masters (1980) la terapia conductual, que como práctica profesional ha sido ampliamente difundida en años recientes, se fundamenta en los siguientes principios:

- 1.- ".....se concentra en la conducta desadaptada misma, más que en alguna causa subyacente." (p.21).
- 2.- ".....supone que las conductas desadaptadas son hasta un grado considerable, adquiridas a través del aprendizaje, del mismo modo que cualquier conducta es aprendida." (p.26).

3.- ".....supone que los principios psicológicos principalmente los del aprendizaje, pueden ser sumamente efectivos en la modificación de la conducta de desadaptación." (p.27).

4.- ".....implica la especificación claramente definida de los objetivos de tratamiento." (p.28).

5.- "El terapeuta conductual adapta su método de tratamiento al problema del cliente." (p.29).

6.- ".....se concentra en el aquí y el ahora." (p.31).

7.- "Se supone que cualesquier técnicas clasificadas bajo el rótulo de terapia de la conducta han sido sometidas a verificaciones empíricas y se ha encontrado que son relativamente efectivas." (p.33).

La transición entre la rehabilitación y la profilaxis en psicología fue más lenta y se dió de una manera diferente a la médica. En México, por ejemplo, no fue sino hasta 1953 que la Secretaría de Salubridad y Asistencia fundó los primeros centros de Higiene Mental (Cohen, 1979). Este tipo de instituciones de servicio se organizaron posteriormente (1963) en los Estados Unidos y su principal función la constituyó "...la prevención, detección prematura y tratamiento a corto y a largo plazo (incluyendo

rehabilitación) de los trastornos mentales de una comunidad circunscrita" (Howe, 1976 p.394). La fundación de estas instituciones constituyó sólo el principio del trabajo preventivo y a partir de entonces, se han probado diferentes enfoques teóricos y prácticos.

Entre tales enfoques destaca, por su popularidad, la estrategia informativa. Esta estrategia se consideró de manera muy importante en los programas de prevención psicológica hasta hace algunos años, y aún hoy es utilizada frecuentemente en otras áreas de la salud -la medicina, por ejemplo. Los programas informativos parten de la hipótesis de que los individuos de una comunidad están expuestos a un problema determinado, por carecer de información suficiente sobre los efectos negativos que la conducta problema ocasiona. Así, la estrategia de intervención consiste en proveer de la información sobre tales efectos negativos. Aunque sin contar con criterios homogéneos sobre la forma de presentar esta información, y por tanto con el riesgo de sobregeneralizar los resultados, podemos afirmar que el dar información sobre los efectos de algún comportamiento "problema" no garantiza su prevención. Más aún, información puede aumentar la probabilidad de ocurrencia

los problemas, como lo muestran los resultados reportados por Stuart (1973), y Hoffman (1971). Ahora bien, en el caso de no presentarse los efectos contraproducentes, lo que se ha logrado es un cambio de "actitud" en los pacientes, es decir, se ha modificado el reporte verbal acerca del problema sin observarse reducción en el número de personas que lo presentan, ni aumento en la cantidad de solicitantes de atención tendiente a solucionarlo (Dickman y Keil, 1977). Los programas informativos se han utilizado principalmente en la prevención de problemas adictivos - tabaquismo, alcoholismo, obesidad y drogadicción - sin embargo, el uso de esta estrategia no puede desligarse de los efectos de la información parcial que la publicidad enfatiza, como los beneficios que se obtienen si se fuma, toma, come, etc. En resumen, esta estrategia no ha demostrado ser la más eficaz para la solución de los problemas que la prevención plantea.

A finales de la década de los setenta se definió otra estrategia general de intervención (Bower, 1977; Alden, 1980; Peterson et al, 1980; Gordon, 1977; Davidson y Robinson, 1979; Goldstein et al, 1980; Aiken et al, 1979; Stumphauzer et al, 1979), que marca el inicio formal del

trabajo preventivo a nivel psicológico.

Podemos decir que esta estrategia general es "constructiva", debido a que el objetivo principal es que los sujetos expuestos a estos programas adquieran los repertorios necesarios para desenvolverse con éxito (competence) en la situación considerada como de alto riesgo o conflictiva. Es decir, la estrategia se funda en la hipótesis de que el entrenamiento de las habilidades necesarias para enfrentarse al problema en cuestión disminuye la posibilidad de que éste se presente.

Los repertorios de enfrentamiento que deban establecerse dependen, principalmente, del problema específico que se quiera prevenir y del momento que se elija para hacerlo. Con el fin de aclarar esto nos referiremos a la taxonomía de los niveles de prevención comúnmente aceptada en el campo de la Salud Pública (Leavell et al, 1965). De acuerdo con esta taxonomía la prevención "primaria" incluye a todas las acciones PREVIAS a la manifestación de la enfermedad (Goldston, 1977). Constituyen ejemplos de programas de prevención primaria, aquellos dirigidos a una comunidad específica (Peterson et

al: 1980), donde todos sus miembros son expuestos a programas informativos sobre el problema en cuestión -alcoholismo (Alden, 1980), tabaquismo (Pommerlaur, 1982) - y/o a acciones legales encaminadas a controlarlo. Por ejemplo, el aumento de la edad requerida para permitir la adquisición de alcohol y para permitir el acceso a los lugares donde se consume. Se ha encontrado correlación negativa entre el criterio de edad para la ingestión de alcohol y la cantidad de accidentes automovilísticos (Smart y Schmidt, 1975); es decir, al disminuir el criterio de edad se observa un incremento en los accidentes y viceversa. Además, se han observado efectos semejantes al restringir los horarios de venta y al incrementar los precios de las bebidas alcohólicas (Alden, 1980).

El segundo nivel en la taxonomía es el de la prevención "secundaria", que consiste en la identificación o diagnóstico temprano de poblaciones con alto riesgo de contraer cierta enfermedad, y a las que se somete a algún tratamiento preventivo (Goldston, 1977). El trabajo en este nivel conlleva la toma de dos decisiones: la elección de la población con alto riesgo y la forma de tratarla. Para la elección de la población se han identificado algunos

factores importantes como la marginalidad social (Albee, 1982), tanto económica como educativa que, de acuerdo con Goldstein et al (1980), es un factor determinante de problemas adictivos, familiares, maritales, de la infancia (Sameroff y Iax, 1973 y Bower, 1977); y de pandillerismo y delincuencia (Aiken, Stumphauer y Veloz, 1979). Otro factor identificado como importante para detectar poblaciones de alto riesgo, es la carencia de habilidades específicas (Bower, 1977; Goldston, 1977; Gordon, 1977; Sameroff, 1977; Steinmetz, 1977; White, 1977; Aiken et al, 1979; Stumphauer et al, 1979; Alden, 1980; Goldstein et al, 1980), como las necesarias para interactuar socialmente, las de automanejo y las habilidades para resolver problemas cotidianos. Veamos con mas detenimiento cada uno de estos factores.

I HABILIDADES SOCIALES.

Los padres, pedagogos, maestros, psicólogos y en general todos los educadores, coinciden en la primordial importancia de la adquisición de repertorios útiles en la interacción social. Sin embargo, el establecimiento de estos repertorios no es un elemento que se incluya en los

programas de educación formal. Estos planes y programas enfatizan las habilidades técnicas y académicas, dejando la adquisición de repertorios sociales al desarrollo informal dentro del núcleo familiar y compañeril de los alumnos.

Pese a que la interacción social no es un tema nuevo de análisis psicológico, es hasta recientemente que ha sido objeto de mayor investigación. Actualmente no se cuenta con una definición única del tema, que permita su adecuada circunscripción e integración. Así, encontramos que en los reportes experimentales frecuentemente se ajustan las definiciones de ciertos conceptos y funciones a los objetivos específicos de la investigación (Eisler, 1976). A partir del análisis de las definiciones propuestas por algunos autores (Wolpe, 1977; Rimm y Masters, 1980; Eisler, 1976; Linehan, 1979; Kanfer y Grimm, 1977; Muldman y Dorna, 1979), podemos concluir que las habilidades sociales son las habilidades de una persona para expresar sus sentimientos (positivos y negativos) en diferentes situaciones de interacción interpersonal, sin la pérdida de reforzadores.

Se han planteado diferentes hipótesis para explicar

por qué un individuo no posee un repertorio social adecuado. De estas hipótesis podemos extraer los siguientes elementos fundamentales:

1. Que el individuo no haya adquirido oportunamente el repertorio social;
2. Que no sea capaz de inhibir pensamientos y creencias desadaptadas que alteran su ejecución social;
3. Que no pueda inhibir o manejar las respuestas emocionales (ansiedad) incompatibles con una respuesta adecuada; y
4. Que no cuente con un repertorio social generalizado a diferentes ambientes y por tanto a diferentes normas sociales.

Es decir, tenemos que entrenar en estos sujetos habilidades tanto conductuales como cognitivas. A nivel de las habilidades conductuales, existe un gran número de manuales terapéuticos sistematizados. En estos manuales encontramos la descripción de diferentes ejercicios utilizados en el entrenamiento de diferentes respuestas de tipo verbal, como la habilidad para negarse, para pedir favores o información, expresar afecto, iniciar, mantener o terminar conversaciones, expresar deseos o defender

derechos personales, etc.; y de respuestas no verbales como la expresión facial, los gestos, el contacto visual, el volumen y tono de la voz, la postura corporal, etc. (Walens, Hausserman y Lavin, 1977). Es a este conjunto de respuestas verbales y no verbales al que se ha llamado "repertorio asertivo". Teóricamente, el término "habilidades sociales" es más general de tal forma que la conducta conocida como "repertorio asertivo" queda incluida en aquél. En la práctica profesional, sin embargo, ambos términos han sido utilizados como sinónimos (Linehan, 1979).

En observaciones informales hechas en la práctica clínica se ha descubierto que el establecimiento de las respuestas específicas incluidas en el repertorio asertivo, no garantiza su espontaneidad ni su generalización a otras situaciones. Esto sugiere que es necesario modificar las técnicas terapéuticas en el sentido de reducir la especificidad de las condiciones en las que han de emitirse dichas respuestas. Posiblemente el aspecto fundamental relativo a la generalización, sea el entrenamiento de habilidades cognoscitivas que permitan el análisis de la situación social en la que se está inmerso y la elección de la respuesta social más adecuada. Debido a la estrecha

relación de este campo con el de la solución de problemas, no ahondaremos más en él por el momento y lo retomaremos después.

El entrenamiento asertivo ha sido utilizado para el tratamiento - rehabilitación - de una amplia variedad de problemas como la depresión, el aislamiento social, los conflictos maritales, sexuales, los problemas entre padres e hijos, las fobias escolares, los problemas laborales, las adicciones (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y obesidad) y los problemas de comportamiento agresivo y anti-social (Richie, 1977).

En el campo preventivo, se ha identificado al déficit en habilidades sociales como un factor de alto riesgo en la generación de otras patologías conductuales y por lo tanto relevante a la prevención de conflictos familiares (Steinmetz, 1977; Bower, 1977), problemas de la infancia (Peterson et al, 1977), delincuencia (Little y Kendall, 1979; Stumphauzer et al, 1979; Aiken et al, 1979), y adicciones (Goldstein et al, 1980). Además, las habilidades sociales son consideradas por otros autores como un recurso adaptativo que aumenta la probabilidad de

éxito (competence) de cualquier individuo en la sociedad (White, 1977; Goldston, 1977).

II AUTOCONTROL

El término autocontrol, ha sido utilizado para referirse tanto a una gama de procedimientos de modificación de conducta como a una forma de comportamiento. Para propósitos de este trabajo nos referiremos al autocontrol como una forma de comportamiento.

Skinner (1953) menciona que de la misma manera que una persona puede controlar la conducta de otra, manipulando las variables de las que dicha conducta es función, así podrá, mediante las mismas operaciones, controlar su propia conducta. De esta manera distingue entre una respuesta controladora y una respuesta controlada. La respuesta de autocontrol ocurre cuando existe un conflicto de consecuencias para respuestas mutuamente excluyentes. Goldiamond (1965) propone una ecuación general que ilustra claramente la relación funcional entre la conducta y el ambiente

$$C=f(X)$$

en donde la conducta C es una función del ambiente X. Asimismo, propone una ecuación particular para describir la conducta de autocontrol

$$X=f(C)$$

en donde el ambiente X de un individuo es una función de su conducta C, sin olvidar por supuesto la interacción recíproca entre los sistemas de autocontrol y los de control externo.

Un serio problema relevante a la definición del autocontrol, se plantea en términos de la relatividad de las normas sociales sobre las cuales deberá evaluarse dicha respuesta. Así, es necesario mantener la definición a nivel funcional para liberarla como a las de "anormalidad", "enfermedad mental" y "personalidad" de las limitantes contextuales específicas.

Con fines descriptivos podemos identificar tres características importantes, implícitas en la definición de las respuestas de autocontrol:

1.- Siempre existe la posibilidad de emitir dos o más conductas distintas;

- 2.- las consecuencias de las mismas son conflictivas y
- 3.- la pauta de autorregulación suele verse provocada o mantenida por consecuencias a largo plazo (Thoresen y Mahoney, 1981).

La importancia del repertorio de autocontrol se manifiesta, por ejemplo, en su relación con los procesos de socialización (Bandura y Walters, 1963; Aronfreed, 1968; Kanfer, 1971). Como se puede observar en numerosas culturas, uno de los objetivos más importantes de la formación humana es el permitir a las personas gobernar, mantener y coordinar sus acciones sin necesidad de vigilancia continua (Thoresen y Mahoney, 1981). Estudios hechos bajo el paradigma de aprendizaje social de Bandura (Mischel y Liebert, 1967; Rosenhan, Frederick y Burrows, 1968) señalan la interdependencia entre el aprendizaje de las normas o estándares sociales y la adquisición y mantenimiento de los patrones de autocontrol.

En la historia, la ciencia y la literatura podemos detectar la influencia del pensamiento sobre la actividad humana. Sin embargo, dentro de la investigación conductual los procesos de pensamiento como generadores de cambio

conductual, han recibido muy poca atención. Este atraso se debe principalmente a la suposición de que los procesos privados son inmunes a la predicción y al control que caracterizan a las respuestas abiertas, no obstante haberse demostrado que estos procesos -pensamiento, imaginaciones y respuestas fisiológicas- siguen las mismas leyes y principios que los eventos públicos (Kendall y Hollon, 1979; Kendall y Finch, 1979; Goldfried, 1979; Rakita-León, 1979; Marlatt, 1979; Rimm y Masters, 1980).

En la terapia clínica el estudio de los procesos cognoscitivo-simbólicos se plantea como una necesidad inaplazable (Kendall y Hollon, 1979), debido a la manifiesta evidencia de la importancia de los procesos encubiertos en la producción del comportamiento manifiesto. En investigaciones recientes se ha demostrado la eficacia de diversos procedimientos encaminados a la modificación de rutas inapropiadas de pensamiento, a través del reporte verbal. Ejemplos de estos procedimientos son la sensibilización cubierta, la detención del pensamiento y las autoinstrucciones, que a su vez producen cambios en respuestas manifiestas (ansiedad, alcoholismo, tabaquismo, obesidad, desviaciones sexuales, etc.) consideradas

"patológicas". Al igual que el resto del comportamiento, las respuestas cubiertas están finalmente bajo el control de estímulos externos; por lo que cualquier programa de intervención debe contemplar las condiciones medioambientales que las generaron y mantienen.

La carencia de repertorios de autocontrol está estrechamente ligada a problemas de alcoholismo (Alden, 1980); delincuencia juvenil (Aiken et al, 1979; Stumphauer et al, 1979; Little y Kendall, 1979) y a problemas de la infancia, como ansiedad e hiperactividad (Peterson et al, 1980; Kendall y Finch, 1979). Por esta razón, se sugiere que los repertorios de autocontrol, así como los repertorios sociales (White, 1977), son fundamentales para el establecimiento de programas de prevención psicológica.

Para Skinner (1953) tanto el autocontrol como el pensamiento son eventos privados, durante los cuales tiene lugar la elección de una respuesta entre dos o más posibles. Además, ambos procesos obedecen a los mismos principios y por tanto son tratados con las mismas técnicas de automanejo. Sin embargo, existe una diferencia fundamental entre ambos; en el caso del autocontrol el

sujeto conoce la respuesta que va a controlar mientras que en el caso del pensamiento, esto no sucede. Algunos autores (Kendall y Finch, 1979) han utilizado con éxito el método de autoinstrucciones -considerado por Skinner (1953) como una forma de pensamiento- como técnica de autocontrol para la respuesta "impulsiva" en niños hiperactivos. Esto sugiere una estrecha relación entre los dos procesos e inclusive la posibilidad de tratarlos como uno solo. Así, no obstante que la finalidad de este trabajo no permite profundizar en la delimitación de estos procesos, es conveniente que antes de tratar el apartado sobre "solución de problemas", se haga notar que la división entre ellos es sutil y posiblemente innecesaria.

III SOLUCION DE PROBLEMAS.

Algunos investigadores (White, 1977; Goldston, 1977) observaron que una persona que se desenvuelve con éxito (competence), es capaz de enfrentarse a situaciones conflictivas, analizarlas, evaluar las alternativas y llevar a la práctica la respuesta elegida. Este conjunto de habilidades forman lo que conocemos como el repertorio de

"solución de problemas".

Se ha identificado a la carencia de habilidades para la solución de problemas como una variable determinante en la producción de alcoholismo (Alden, 1980), conflictos familiares (Bower, 1977; Sameroff y Zax, 1973; Sameroff, 1977; Peterson et al, 1980; Gordon, 1977; Steinmetz, 1977) y delincuencia (Aiken et al, 1979; Stumphauzer et al, 1979; Little y Kendall, 1979). Debido a esto, se propone ~~que~~ el repertorio de solución de problemas se incluya en cualquier programa de prevención psicológica que pretenda modificar la frecuencia de ocurrencia de esas patologías.

La habilidad para solucionar problemas ha sido definida como un proceso cubierto o manifiesto que proporciona una variedad de respuestas potencialmente efectivas para la resolución de un problema y que incrementa la probabilidad de seleccionar la respuesta más efectiva (Goldfried y Davison, 1976). Aunque esta definición es una de las más completas, no incluye a todas las características importantes del proceso. La solución de un problema implica una respuesta que el organismo no presenta antes de enfrentarse a él y sólo puede observarse

una vez que el problema ha sido resuelto. Cuando el sujeto se enfrenta a problemas de la misma clase y los soluciona, aporta evidencia de haber adquirido una estrategia general de obtención de soluciones. En cambio, cuando un sujeto resuelve un problema mediante ensayo y error, no podemos concluir que haya adquirido tal estrategia general (Skinner, 1953; Green, 1966; Gagne, 1966).

Un análisis funcional de las estrategias de solución de problemas en niños, ha puesto de manifiesto la importancia del repertorio verbal mediacional como habilidad recurrente indispensable para la solución de problemas (Bem, 1971; Flavell, Beach y Chinsky, 1966; Reese, 1962). Las autoinstrucciones o autoverbalizaciones que utilizan los niños como estrategia para posponer gratificaciones, constituyen un ejemplo de respuestas verbales mediacionales (Meichenbaum y Asarnow, 1979).

Hemos encontrado que las investigaciones se han dirigido exclusivamente a problemas de tipo intelectual como los matemáticos, lógicos, gramaticales, etc. Little y Kendall (1979) mencionan que los problemas académicos o intelectuales, son funcionalmente distintos a los problemas

de tipo interpersonal a los que estamos cotidianamente expuestos. Por esta razón una persona que es capaz de resolver problemas de tipo intelectual, no necesariamente es capaz de resolver con éxito sus conflictos interpersonales. De un análisis de las estrategias de solución de problemas interpersonales en poblaciones consideradas como clínicamente "normales", Spivack y colaboradores (1976) encontraron que los sujetos analizaban las situaciones conflictivas en términos de causas y efectos, identificaban las consecuencias específicas de cada acción, generaban diferentes opciones de solución, planeaban paso a paso la respuesta elegida y eran capaces de observar la situación desde la perspectiva de otras personas.

Un factor relevante de las tres habilidades hasta ahora descritas, es su participación en el proceso de socialización del infante. En cualquier sociedad, un individuo adaptado es aquél capaz de desenvolverse adecuadamente en su medio y para esto, es indispensable la adquisición de ciertas pautas de comportamiento. Estos repertorios son adquiridos en los primeros años de la infancia y su establecimiento se lleva a cabo de una manera

informal y poco sistemática dentro de la familia. Además, se espera que este entrenamiento se continúe en los años escolares.

A lo largo de este trabajo se ha intentado demostrar la importancia de las habilidades interpersonales, de autocontrol y de solución de problemas, para la salud psicológica del individuo. Sin embargo, no se ha enfatizado la relación que existe entre estos factores. Como mencionamos anteriormente, a fin de que una persona pueda enfrentar y solucionar problemas interpersonales o intelectuales, debe aprender estrategias generales de solución para cada clase. Ahora bien, una vez elegida la respuesta con mayores posibilidades de ser correcta, necesita la habilidad social y/o académica para llevarla a la práctica. Finalmente, es indispensable que el sujeto sea capaz de manipular su propio comportamiento, con el fin de no involucrarse en actividades que puedan conducir a conflictos por incompatibilidad de consecuencias. Así, la generación de soluciones implica interacciones complejas entre los repertorios descritos. Por una parte, es indispensable hacer manipulaciones del comportamiento

PROPIO a fin de analizar los elementos de un conflicto y por otra, es necesario plantear alternativas de solución que probablemente conduzcan a la modificación del comportamiento propio.

Un factor relevante de las tres habilidades hasta ahora descritas, es su participación en el proceso de socialización del infante. Por ejemplo, Vigotsky (1962) y Luria (1961) obtuvieron datos que sugieren que el niño se socializa mediante autoinstrucciones y comunicación con otros. Estos autores proponen un paradigma de entrenamiento que consiste en enseñar al niño "...autocontrol o la habilidad de pensar antes de actuar" (p.13).

En cualquier sociedad, un individuo adaptado es aquel capaz de desenvolverse adecuadamente en su medio y para esto, es indispensable la adquisición de ciertas pautas de comportamiento. Normalmente, estos repertorios son adquiridos en la infancia y su establecimiento se lleva a cabo de una manera informal y poco sistemática dentro de la familia y en los primeros años escolares.

Tradicionalmente se han conferido a la familia dos funciones básicas. Por una parte, el asegurar la

supervivencia de todos sus miembros mediante la obtención y administración de recursos para satisfacer las necesidades materiales y por otra, el fungir como transmisor de la cultura y de los valores y normas sociales.

En nuestra sociedad, en forma convencional se asigna al padre el papel de proveedor de los bienes materiales y se asigna a la madre la responsabilidad de las tareas domésticas y de la educación de los hijos. Sin embargo, el desarrollo cultural y ciertas condiciones económicas producen alteraciones en esta forma básica de organización familiar. Por ejemplo, actualmente no es raro que el hombre no logre satisfacer las necesidades económicas de la familia. Debido a esto, algunas mujeres se incorporan al trabajo productivo sin que esto implique su liberación de las tareas domésticas y de la educación de los hijos. Cuando ambos trabajan es posible que resuelvan la situación económica de la familia pero, generalmente, a costa de todo tipo de problemas en el manejo de los hijos. Este tipo de cambios en la estructura familiar pone de manifiesto la inexistencia de prácticas e instituciones mediante las cuales se releve a la madre de su función socializadora. Los conflictos infantiles que solían resolverse con

vigilancia y control estrictos, representan problemas irresolubles en las condiciones actuales. Ante esta situación pueden plantearse dos estrategias básicas y complementarias de solución. La primera consiste en aumentar el número y mejorar el servicio de las instituciones de educación preescolar como las guarderías, y los Jardines de niños. La segunda estrategia, consiste en mejorar las habilidades de los padres para el manejo y educación de los hijos, optimizando de esta manera el tiempo que dedican a su atención.

En lo que respecta a programas de capacitación para padres de familia, existe evidencia experimental de la eficacia de los padres como terapeutas conductuales de sus hijos (Hawkins et al, 1973; Patterson et al, 1974; Forehand et al, 1979; Sandler et al, 1978; Nay, 1975). Estos trabajos han tenido como objetivo tanto mantener cambios producidos por el terapeuta dentro del consultorio (Patterson y Brodsky, 1966), como enseñar al padre a producir y mantener estos cambios conductuales en el ambiente natural (Rinn, Vernon y Wise, 1975). Los programas con fines correctivos de entrenamiento a padres, se han utilizado con excelentes resultados (Hawkins et al, 1973;

Patterson et al, 1974; Avllon y Michael, 1973; Whaler et al, 1965; Rinn, Vernon y Wise, 1975; Nay, 1975; Witz y Gordon, 1969; Russo, 1964), lo que hace suponer que las técnicas probadas en ellos, también pueden ser utilizadas con éxito en el entrenamiento preventivo a nivel familiar.

El ensayo conductual ha sido la técnica más utilizada en los programas de entrenamiento a no profesionales (Patterson et al, 1974; Patterson, 1974; Wolfe et al, 1981; Wells et al, 1988; Sandler et al, 1978; Forehand et al, 1979; Patterson y Brodsky, 1966; Patterson, 1973; Rinn, Vernon y Wise, 1975; Witz y Gordon, 1969; Russo, 1964). Esta técnica se compone de la presentación de un modelo, de la práctica y de realimentación sobre la práctica (Rinn y Masters, 1988). Puede decirse que el ensayo conductual constituye la parte medular de la mayoría de los programas de entrenamiento a padres. La técnica ha sido combinada en un paquete de tratamiento, con la utilización de instrucciones específicas sobre el manejo de la conducta "problema" (Hawkins et al, 1974; Patterson y Brodsky, 1966; Whaler et al, 1965; Wells et al, 1988) y con información, mediante textos programados, sobre algunos principios de la modificación conductual (Patterson et al, 1974; Patterson,

1974; Wolfe et al; 1981; Sandler et al; 1978; Patterson; 1973; Russo; 1964).

Con estos elementos, el profesional de la psicología puede incidir de manera directa en el diseño e implementación de programas de capacitación para padres. Estos programas los enseñarían a establecer en sus hijos, los repertorios sociales, de autocontrol y de solución de problemas, que sabemos son indispensables para su desarrollo normal. Más aún, podrían organizarse cursos para los diferentes miembros de la familia, estructurados en términos de edades e intereses, de acuerdo al temario siguiente:

A.- Para padres de familia.

- 1 Información sobre desarrollo infantil.
- 2 Entrenamiento en manejo de contingencias.
 - I Establecimiento de habilidades sociales en niños.
 - II Establecimiento de habilidades de autocontrol en niños.
 - III Establecimiento de habilidades de solución de problemas en niños.
- 3 Información sobre desarrollo y relaciones sexuales.

B.- Para niños de 6 a 14 años.

- 1 Orientación sexual.
- 2 Entrenamiento en habilidades sociales.
- 3 Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.
- 4 Entrenamiento en habilidades de autocontrol.

C.- Para adolescentes y adultos jóvenes.

- 1 Orientación sexual.
- 2 Entrenamiento en habilidades sociales, con énfasis en comunicación con la pareja.
- 3 Manejo de contingencias.

PROGRAMA DE PRACTICAS.

Con la finalidad de capacitar a los estudiantes de la práctica clínica en Iztacala, se propone la estructuración de un curso que atienda tanto los repertorios necesarios para la rehabilitación de patologías conductuales, como aquellos indispensables para el trabajo preventivo. A continuación se describen los objetivos, materiales básicos y técnicas que, pensamos, corresponden a un curso de esta naturaleza.

Objetivos Generales:

I.- Que el alumno adquiera repertorios que le permitan intervenir en la rehabilitación de pacientes con problemas conductuales.

II.- Que el alumno adquiera repertorios para el diseño e implementación de programas preventivos a nivel comunitario.

Objetivos específicos:

1.- En base a un caso dado, el alumno conducirá entrevistas

que le permitan obtener información para analizar el problema del paciente.

2.- Durante las entrevistas, el alumno mantendrá contacto visual con el paciente, una posición corporal adecuada, tono y volumen de voz adecuados y hará preguntas abiertas y relevantes para obtener información.

3.- El alumno identificará, definirá funcionalmente y planteará relaciones probables entre las diferentes áreas problema identificadas durante la entrevista, en términos de las categorías de análisis propuestas por Kanfer y Grimm (1977).

4.- El alumno diseñará un programa de intervención para el tratamiento del problema, identificando:

4.1 Metas de tratamiento (objetivos conductuales);

4.2 Tipo de evaluación;

4.3 Procedimientos de intervención;

4.4 Forma en que se analizarán y representarán los resultados y

4.5 Procedimientos de seguimiento.

5.- Dada la descripción de una psicopatología, el alumno mencionará posibles variables involucradas en su etiología.

6.- El alumno reportará las características de una

población con alto riesgo de presentar un problema clínico específico y propondrá un programa de prevención primaria y/o secundaria que contenga:

5.1 Hipótesis funcional;

5.2 Criterios de selección de la muestra;

5.3 Tipo de evaluación;

5.4 Técnicas de prevención;

5.5 Implicaciones de su proyecto para la población y

5.6 Procedimientos de seguimiento.

6.- El alumno participará en el programa de entrenamiento familiar que se este llevando a cabo.

IZT. 1000174

La práctica de psicología clínica se constituye de seis horas semanales de trabajo para cinco grupos pequeños con asesor y dos horas semanales de trabajo de todo el grupo con dos asesores. En la parte grupal de la práctica se tratan los elementos básicos del análisis y formulación de casos clínicos en términos de las categorías propuestas por Kanfer y Grimm (1977); los aspectos fundamentales del análisis funcional de los problemas clínicos y finalmente se revisan y practican diferentes técnicas de tratamiento descritas en el manual de procedimientos clínicos elaborado



por el área. Para la parte individual de la práctica, se sugiere la siguiente ruta crítica:

PRIMERA PARTE.

Primera semana (6 hs.).

- a) Entrenamiento en habilidades de entrevista, mediante ensayo conductual en situaciones estructuradas.
- b) Obtención de la información para la formulación de un caso.

Segunda semana (6 hs.)

- a) Continúa el entrenamiento en habilidades de entrevista.
- b) Planteamiento de hipótesis funcionales sobre los casos simulados.
- c) Generación de opciones de tratamiento.

Tercera semana (6 hs.)

- a) Continúa el entrenamiento en habilidades de entrevista.
- b) Formulación de casos.
- c) Selección y planeación de las técnicas de tratamiento.
- d) Fundamentos de la prevención.

Discusión (1 h.):

- 1.- ¿Qué es la prevención?
- 2.- ¿Cómo se define la prevención en psicología?
- 3.- ¿Cuáles son los niveles de prevención?
- 4.- ¿Qué estrategias de prevención se han utilizado y qué resultados se han obtenido?

Lectura básica: Goldston, S.E. Defining primary prevention of psychopathology. En G.W. Albee y J.M. Joffe (Eds.) Primary prevention of psychopathology, Hanover, NH: University Press of New England . 1977, Vol.I, 18-23.

Cuarta semana.

- a) Evaluación sobre entrevista, formulación de un caso y alternativas de tratamiento (4 hs.).
- b) Continúa el análisis sobre la prevención (2 hs.).

Discusión:

- 1.- ¿Qué es la competencia o autosuficiencia?
- 2.- ¿Qué importancia tiene este concepto en la psicología clínica?
- 3.- ¿Cuáles son las implicaciones de la autosuficiencia para la prevención de psicopatologías?
- 4.- ¿Cuáles son los repertorios indispensables para ser

autosuficiente?

Lectura básica: White, R.W. Competence as an aspect of personal growth. En G.W. Albee y J.M. Joffe (Eds.) Primary prevention of psychopathology. Hanover NH: University Press of New England. 1977; Vol.I; 5-22.

Quinta semana.

a) Continúa el análisis sobre la prevención.

Discusión:

- 1.- ¿Qué es una variable de alto riesgo?
- 2.- Identificación de las variables de alto riesgo en el caso de la delincuencia.
- 3.- Planteamiento de las posibles variables de alto riesgo en el caso de otros problemas clínicos (alcoholismo, depresión, conflictos maritales, problemas sexuales, maltrato infantil y en general, problemas en el manejo de los hijos).

Lecturas básicas: Aiken, F.W., Stumphauzer, J.S. y Veloz, V.E. Behavioral analysis of non delinquent brothers in a high juvenile crime community. En J.S. Stumphauzer (Ed.) Progress in behavior therapy with delinquents. Springfield Ill: Charles C. Thomas Co., 1979, 362-382.

Little, V.L. y Kendall, P.C. Cognitive-behavioral interventions with delinquents: Problem solving, role taking and self control. En P.C. Kendall y B. Hollon (Eds.) Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures. New York: Academic Press, 1979, 205-240.

Discusión (3 hs.):

- 1.- ¿Cuál es el papel de la familia en nuestra sociedad?
- 2.- ¿Qué es un conflicto familiar?
- 3.- ¿Cuáles son las hipótesis explicativas del origen y mantenimiento del conflicto?
- 4.- ¿Cuáles son las variables a nivel social, familiar e individual involucradas en el conflicto familiar?
- 5.- ¿Qué consecuencias puede tener un conflicto familiar para la pareja y los hijos?
- 6.- ¿Qué papel juega la situación familiar en la generación de psicopatologías?
- 7.- ¿Cuáles son estas psicopatologías?
- 8.- ¿Qué elementos deben tomarse en cuenta para el diseño de un programa de prevención de patologías generadas dentro de la familia?

Lecturas básicas: Patterson, G. The aggressive child: Victim and architect of a coercive system. En L.A. Hamerlynck,

E.J. Mash y L.C. Handr (Eds.) Behavior modification and families: Theory and research. New York: Brunner/Mazel, 1976.

Steinmetz, S.K. The cycle of violence: assertive, aggressive and abusive family interaction. New York: Praeger Publishers, 1977. Cap. 1, 2 y 3.

Sexta semana (6 hs.).

- a) Exposición del programa de trabajo en el que se involucrarán a partir del regreso de vacaciones.
- b) Aclaración de dudas e instrucciones sobre el trabajo.

En las tutorías (teórica) se asesorará la promoción de un esquema de ensayo y se promoverá una bibliografía básica sobre el tema que se desee investigar. Al final, todos los aspectos hasta ahora mencionados deberán ser incluidos en el ensayo; así como la revisión bibliográfica que justifique un proyecto de prevención psicológica y que contenga:

- 1.- Hipótesis funcional;
- 2.- Criterios de selección de la población;
- 3.- Tipo de Evaluación;
- 4.- Técnicas de Prevención;

- 5.- Implicaciones de su proyecto.
- 6.- Resultados esperados y
- 7.- Programa de seguimiento.

SEGUNDA PARTE.

El estudiante intervendrá en el programa de entrenamiento familiar que este llevando a cabo el área de psicología clínica.

Forma de Trabajo.

El estudiante se involucrará en el programa; ya sea con una sola persona o con un grupo de personas; en caso de aprobar la evaluación sobre el contenido de la primera parte. En las primeras sesiones el instructor modelará en vivo la forma de llevar a cabo una sesión con el paciente. Después de recibir instrucciones y simular la sesión; el alumno fungirá como terapeuta bajo la supervisión continua del asesor. En caso de que el alumno cometa algún error en la forma de conducción de la sesión; el asesor se hará cargo inmediatamente de la situación. El alumno tendrá otra oportunidad; siguiéndose el procedimiento de la sesión

anterior. Después de asegurarse que el alumno es capaz de conducir la sesión como se planeó, sin la intervención del asesor, llevará a cabo las siguientes sesiones con el paciente. Siempre se planearán las sesiones de tratamiento y se simularán antes que se presente el paciente, sin embargo, se espera que en las últimas sesiones el equipo de alumnos pueda simularlas con un mínimo de intervención por parte del instructor.

RESULTADOS

En el segundo semestre de 1982, se intentó llevar a cabo por primera ocasión este programa de prácticas de psicología clínica, con un equipo de estudiantes de la generación ahora recién egresada. La oportunidad se presentó cuando la coordinadora del centro de desarrollo comunitario del DIF ubicado en la unidad habitacional "El Rosario", solicitó apoyo al área de psicología clínica de la ENEP-Iztacala.

El DIF ha promovido una forma de organización de toda la unidad habitacional, que consiste en la formación de "comités" integrados por el total de personas que habitan un edificio o una manzana de casas. En cada comité se nombra a una representante y a una suplente, que se reúnen semanalmente con las trabajadoras sociales del DIF, para ser informadas sobre los eventos y servicios especiales programados para la semana. A su vez, estas representantes transmiten la información a sus comités respectivos. Con el fin de aprovechar la estructura organizativa de la

comunidad; se eligió a estas representantes como promotoras de "salud mental". Así, se planteó como principal objetivo el que las promotoras adquirieran las habilidades necesarias para analizar situaciones familiares conflictivas y para proponer y administrar contingencias adecuadas a su resolución; con el fin de que asesoraran a sus vecinos en relación a problemas conductuales no clínicos. Por esta razón se eligieron las habilidades que a continuación se mencionan; como las fundamentales en el entrenamiento de las promotoras:

- 1.- Identificación y definición de conductas específicas;
- 2.- observación y registro del comportamiento;
- 3.- identificación y definición de consecuencias;
- 4.- identificación de eventos "problema"; en términos de relaciones entre antecedentes; comportamiento y consecuencias que lo mantienen;
- 5.- Proposición de respuestas alternativas;
- 6.- técnicas para incrementar la ocurrencia de ciertas respuestas;
- 7.- técnicas para decrementar la ocurrencia de ciertas respuestas y
- 8.- criterios para el uso de estas técnicas.

Las habilidades serían establecidas mediante conferencias informativas sobre cada uno de los temas, instrucciones específicas y ensayos conductuales durante las sesiones de una hora que se efectuarían semanalmente.

Desafortunadamente, la asistencia al curso no fue constante. Por una parte varió el número de asistentes en un rango entre 20 y 60 con promedio de 25 y por otra, en algunos casos asistió la representante y en otros la suplente de varios comités. Aunado a esto encontramos falta de cooperación durante las sesiones. Las señoras se negaban a hablar en público, a participar en las simulaciones preparadas para cada reunión y a regresar las tareas y cuestionarios que les fueron solicitados. Debido a estas dificultades, cambiamos las metas iniciales a fin de enseñarles algunos principios básicos de la modificación de conducta, que pudieran serles útiles en la resolución de pequeños problemas familiares. Sin exigirles trabajo extra y participación activa en las sesiones, nos basamos únicamente en sus reportes de los intentos realizados en casa y de los resultados así obtenidos.

Los alumnos que cursaban la práctica recibieron el

entrenamiento especificado para las primeras seis semanas del curso, anteriores al período vacacional. Durante la última de estas reuniones, nos presentamos al DIF por primera vez y en una conferencia, explicamos el propósito, la utilidad y los límites del trabajo que intentábamos desarrollar. A esta conferencia asistieron todas las representantes, las suplentes y algunas personas integrantes de los comités. Al regresar de vacaciones, se inició formalmente el curso de 17 semanas para las promotoras. Debido a que la duración total del semestre es de 16 semanas y el entrenamiento de los estudiantes en las habilidades precurrentes toma 6 de ese total, los estudiantes sólo pudieron cumplir parcialmente con el programa. Durante 7 sesiones los alumnos fungieron principalmente como conferencistas, llegando a cumplir el quinto objetivo del programa. Así, el instructor de la práctica continuó con el programa durante 10 sesiones más, que se cubrieron en el período intersemestral y principios del primer semestre de 1983.

Aunque no contamos con datos sistemáticos de nuestra intervención, podemos describir anecdóticamente tres casos que fueron dirigidos dentro del programa y llevados a cabo

en su totalidad por los participantes.

CASO 1.

Un niño de 7 años que asistía al primero de una escuela pública, amenazaba a su familia, pistola en mano, con suicidarse cada vez que se le pedía efectuar alguna tarea o se le regañaba. Cuando ocurría esto los padres intentaban convencerlo de que "si lo querían", reforzando así este comportamiento.

El procedimiento consistió en la extinción de la conducta una vez garantizado que el arma estuviera descargada y en el reforzamiento de comportamiento socialmente adecuado. Al finalizar el curso, habían transcurrido cuatro semanas sin la ocurrencia de la conducta problema.

CASO 2.

La niña más pequeña (3 años) de una familia de seis hijas, presentaba falta de control de la micción.

Se procedió a reforzar socialmente cada vez que la niña orinaba en el baño y con dulces y chocolates al final del día por permanecer seca. Del final del curso (noviembre de 1982) a la fecha, no se ha presentado ningún accidente.

CASO 3.

Dos niños (7 y 9 años) se golpeaban y gritaban en presencia de la madre, quien intervenía para poner fin al episodio. La madre y los niños no participaban juntos en otras actividades.

El primer paso consistió en avisar a los niños que a partir de ese momento, ellos solos resolverían sus problemas. Se instruyó a la madre a cerrar la puerta del lugar en el que se encontrara para aislarse de los niños y no intervenir. Simultáneamente, la madre empezó a jugar con los hijos durante una hora diariamente, organizando actividades en las que pudieran participar los tres.

La madre reportó un cambio en la forma en que se resolvían los conflictos. En lugar de terminar golpeándose, los niños negociaban alguna solución con la que aparentemente ambos estaban satisfechos. No hubo reducción en el número de conflictos que se presentaban, aunque la madre no volvió a intervenir.

Al empezar el primer semestre de 1983, se pretendió iniciar el proyecto de prevención con un equipo de estudiantes que cursaban la práctica clínica. Mientras se

les daba el entrenamiento básico antes descrito, se abrió una convocatoria a la comunidad con la intención de formar un grupo de madres sin hijos o con hijos menores de cinco años, que no reportaran tener algún problema de tipo clínico. Sin embargo, pese a la difusión que realizaron las trabajadoras sociales en los diferentes comités, no hubo una sola persona interesada en participar. Por esta razón, se decidió atender las solicitudes de terapia clínica que se habían recibido en el semestre anterior. Simultáneamente se inició un ciclo de conferencias informativas sobre algunos de los problemas clínicos más comunes, enfatizando la actividad del psicólogo en la rehabilitación y la prevención de dichos problemas. Estas conferencias fueron impartidas por los profesores del área clínica. La selección de los temas se hizo en base a los datos obtenidos en la CUSI y a reportes de las trabajadoras sociales del DIF.

TEMAS DE LAS CONFERENCIAS.

- 1.- Alcoholismo.
- 2.- Delincuencia Juvenil y drogadicción.
- 3.- Maltrato infantil.

- 4.- Problemas maritales.
- 5.- Problemas sexuales.
- 6.- Timidez y agresión.
- 7.- Hábitos alimenticios.

Como mencionamos anteriormente, ante el fracaso inicial en nuestro intento de prevención, los alumnos que cursaban la práctica clínica se presentaron en la institución y de inmediato se dió inicio a la atención de pacientes, de acuerdo a la ruta crítica ya descrita. Hacia el final del semestre, los estudiantes recibieron pacientes que atendieron sin la intervención del asesor durante las sesiones.

En el transcurso del semestre se recibieron 17 pacientes de los cuales, cuatro fueron remitidos a otros servicios; otros cuatro desertaron después de la segunda sesión; cinco terminaron satisfactoriamente el tratamiento; tres se encuentran pendientes de recibir o concluir la terapia y un caso en el que el problema era producto de una confusión que una vez aclarada, eliminó el motivo de la solicitud. De los 17 casos, el 76% presentaba conflictos familiares; de estos, el 64.7% se debía a falta de

habilidades para el manejo de los hijos y el 29.4% presentaba conflictos maritales, principalmente por falta de repertorio social. Además, de estos casos el 41.1% manifestaba tener otros problemas conductuales. La mayor parte (41.8%) de nuestros pacientes fue remitida por las representantes de los comités y por el personal del DIF (29.4%) y sólo una persona se presentó a solicitar atención psicológica a raíz de haber asistido a una de las conferencias informativas.

Es pertinente hacer notar el alto porcentaje de casos de conflictos familiares, en la medida en que reafirma la importancia del objetivo principal de un programa de prevención, que contemple la educación familiar como la estrategia fundamental.

DISCUSION

El hecho de realizar nuestra práctica en una institución que desarrolla trabajo en el campo de la salud pública, facilita el desempeño de nuestra labor a diferencia de trabajar en locales de grupos políticos, religiosos, sindicales, etc. Esto se debe, principalmente, a que los objetivos y métodos de estos grupos pueden ser incompatibles con la práctica psicológica. Aunadas a estas, encontramos otras ventajas de trabajar en las instituciones que prestan servicios de salud pública. Por una parte, cuentan con tradición como instituciones que ofrecen servicio profesional para resolver los problemas de salud y por tanto con la asistencia regular de los miembros de la comunidad a la que sirven. Por otra, delimitan geográfica, social y funcionalmente a la población asistente, en términos de su área de incidencia y del tipo particular de servicios que ofrecen. El caso de los centros de desarrollo comunitario del DIF, no es la excepción. Estos centros tienen como función primordial el desarrollo de actividades tendientes a mejorar el nivel de vida de las familias. Así, nuestro trabajo es perfectamente compatible con ese

objetivo, lo que beneficia a la institución y al programa de prácticas clínicas.

Al igual que todas las prácticas mediante las cuales se presta servicio de atención a pacientes, la clínica psicológica presenta un problema crítico en relación a sus límites con la docencia. La forma de organización de los semestres con un período de seis semanas de clases, dos de vacaciones y diez más de clases efectivas, impide la continuidad del trabajo práctico. Esta situación genera graves problemas cuando el estudiante que cursa la práctica, concluye el semestre escolar sin terminar el tratamiento propuesto para el caso que le fue asignado. Si esperamos que otro grupo de prácticas se prepare y se haga cargo de continuar la terapia, transcurrirán aproximadamente diez semanas más. Bajo estas circunstancias muy probablemente desertarían todos los pacientes cuyo tratamiento estuviera inconcluso al final del semestre. Para evitar este problema, los instructores de prácticas se hacen cargo de concluir el tratamiento de los pacientes asignados a estudiantes bajo su supervisión. Sin embargo, esta solución aumenta considerablemente la carga de trabajo del profesorado sin redituárle beneficios personales y

permite que los estudiantes abandonen el curso sin participar del resultado de su intervención. La posibilidad de producir trabajos de prácticas diseñados por los profesores con fines de investigación, permitiría al igual que ahora cumplir con las actividades docentes y de servicio, mientras se ofrece la oportunidad de superación académica para los profesores y el área. Trabajar de esta forma implica mayor carga laboral, diseñando el programa, preparando las sesiones y elaborando el material necesario. Sin embargo, aunque este tipo de organización requiera más tiempo y esfuerzo del profesor, también conducirá a un trabajo más productivo.

Llevar a cabo un programa general de prevención de alguna enfermedad no es una tarea simple. Además de informar a la población, deben confluír una gran cantidad de factores, muchos de los cuales quedan fuera del control de los individuos a quienes se dirige el programa. Por esta razón, normalmente se requiere la participación de un gran número de profesionales de la salud y de otras áreas. Por ejemplo, lograr que una persona cambie su estilo de vida o deje un hábito como fumar implica, además de informarla sobre los costos y beneficios, la asesoría profesional para

ayudarla a llevar el plan a buen término. Desafortunadamente, hasta el momento existen pocos profesionales y paraprofesionales formados como promotores de salud. Se ha observado (Brandt, 1982), por ejemplo, que en los Estados Unidos existe falta de interés y preparación entre los practicantes de la medicina en lo que a la prevención se refiere. Las conclusiones se obtuvieron al observarse que solo el 62.0% de los niños menores de cinco años, han recibido todas las vacunas necesarias. Esto sugiere la necesidad de producir cambios comportamentales no sólo en la población a la que se dirige la prevención, sino también en los profesionales de la salud responsables de mejorar las expectativas de vida de esa población.

En el campo psicológico nos encontramos aún más lejos que la medicina, de cubrir las necesidades de atención de la población. Según estadísticas de la comisión estadounidense de salud mental (Albee, 1982), en 1978 el 15.0% de la población de ese país presentaba perturbaciones severas que requerían atención profesional. Ese mismo año, todo el sistema norteamericano de salud mental sólo podía atender a siete millones de personas, o al 20.5% de los que requerían el servicio. Además, estos esfuerzos fueron

destinados principalmente a la atención de internaciones para quienes el pronóstico de recuperación es menor. La descripción de esta situación constituye el argumento de más peso para iniciar programas de prevención psicológica. Otro argumento de gran importancia lo encontramos en las estadísticas del Instituto de Salud Mental de los E.E.U.U. (Albee, 1982). Estos datos muestran que el más alto porcentaje de personas con problemas psicológicos se encuentra entre la población de más bajos recursos económicos y es precisamente en esta población, donde coinciden el mayor número de variables asociadas a alto riesgo de patologías conductuales. Así, es obvio que sin la modificación de los factores socio-económicos que generan el problema, la incidencia de "perturbaciones emocionales" se mantendrá al mismo nivel. Uno de los obstáculos más serios que debe enfrentar la prevención psicológica, es el predominio de la ideología del modelo médico de enfermedad mental. Según este modelo, las causas de las enfermedades mentales se encuentran dentro de los pacientes, lo que favorece el tratamiento uno a uno y oscurece el efecto de los factores socio-económicos como determinantes en la producción de psicopatologías. Actualmente no se cuenta con

datos estadísticos que muestren fielmente las condiciones de la población mexicana. Sin embargo, podemos suponer sin temor a equivocarnos que las condiciones de nuestra población no son muy diferentes. Es de esperar que llevar a cabo campañas de prevención psicológica no va a ser una tarea fácil. No obstante, podemos considerar que la educación para la prevención es la alternativa más viable para cubrir las necesidades de atención psicológica de nuestra población.

A pesar de las dificultades que hasta ahora se han presentado para llevar a cabo el programa de prevención, se considera como una opción factible para el próximo semestre. A lo largo del curso recién terminado se intentó informar a la comunidad a través de las conferencias, sobre las posibilidades de nuestro trabajo. Durante la última semana, se acercaron a nosotros algunas señoras y de manera informal, solicitaron orientación sobre la forma de educar a sus hijos. En este momento se encuentran citadas doce madres de familia, para iniciar la evaluación y el programa de prevención con aquellas que cumplan las características necesarias y para ofrecer programas correctivos a quienes así lo requieran.

BIBLIOGRAFIA

Aiken, F.W., Stumphauer, J.S. y Veloz, V.E. Behavioral analysis of nondelinquent brothers in a high juvenile crime community. En J.S. Stumphauer (Ed.) Progress in behavior therapy with delinquents. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Co., 1979, 362-382.

Albee, G.W. Preventing psychopathology and promoting human potencial. American Psychologist, 1982, 37, 1043-1050.

Alden, L. Preventive strategies in the treatment of alcohol abuse: a review and a proposal. En P.O Davidson y S.M. Davidson (Eds.) Behavioral medicine: changing health lifestyles. New York: Brunner/Mazel, 1980, 257-278.

Aronfreed, J. Conduct and conscience: The socialization and internalized control over behavior. New York: Academic Press, 1968.

Ayllon, T. y Michael, J. La enfermera psiquiátrica en el papel de ingeniero conductual. En R. Ulrich, F. Stachnick y J. Marby (Eds.). Control de la conducta humana. México: Ed. Trillas, 1973, Vol. I, 315-331.

Bandura, A. y Walters, R.H. Social learning and personality development. New York: Holt, Reinhart and Winston Inc., 1963.

Bem, S. The role of comprehension in children's problem solving. Developmental Psychology, 1971, 2, 351-359.

Bower, E.M. Mythologies, realities and possibilities in primary prevention. En G. Albee y J. Joffe (Eds.) Primary prevention of psychopathology. Hanover NH: University Press of New England, 1977, Vol. 1, 24-41.

Brandt, E.N. Prevention policy and practice in the 1980s. American Psychologist, 1982, 37, 1038-1042.

Castillo, A. El médico en las civilizaciones antiguas y el mundo prehispánico. Apuntes inéditos de medicina

humanística Cap. V, U.N.A.M., México, 1978.

Cohen De Govia, G. La Psicología en la salud pública. México: Editorial Extemporáneos, S. A., 1979.

Davidson, W.S. y Robinson, M.G. Community psychology and behavior modification: a community based program for the prevention of delinquency. En J. Stumphauer (Ed.) Progress in behavior therapy with delinquents. Springfield Illinois: Charles C. Thomas Co., 1979, 266-286.

Del Villar, F. El médico en la medicina medieval y el renacimiento. Apuntes inéditos de medicina humanística Cap.VII, U.N.A.M., México, 1978.

Dickman, F.B. y Keil, R.J. Public television and public health. Journal of Studies on Alcohol, 1977,38,584-592.

Dunlap, K. Habits: their making and unmaking. New York: Liveright, 1932. Citado en J. Wolpe Práctica de la terapia de la conducta. México: Editorial Trillas, 1979.

Eisler, R.M. The behavioral assessment of social skills. En M. Hersen y A. Bellack (Eds.) Behavioral assessment: a practical handbook. Great Britain: Pergamon Press Inc., 1976, 369-396.

Flavell, J., Beach, D. y Chinsky, J. Spontaneous verbal rehearsal in a memory task as a function of age. Child Development, 1966,45,283-299.

Forehand, R., Sturgis, E.F., McMahon, R.J., Aguar, D., Green, K., Wells, K. y Breiner, J. Parent behavioral training to modify child noncompliance. Behavior Modification, 1979,3,3-25.

Gagné, R.M. Human problem solving: internal and external events. En B. Kleinmuntz (Ed.) Problem solving: research, method and theory. Huntington, NY: Robert E. Kreiger Publishing Co., 1966,127-148.

Goldiamond, I. Self control procedures in personal behavioral problems. Psychological reports, 1965,17, 851-868.

Goldstein, A., Sprafkin, R., Gershaw, J. y Klein, P. Skillstreaming the adolescent. Champaign Illinois: Research Press Co., 1980.

Goldston, S. Defining primary prevention. En G. Albee y J. Joffe (Eds.) Primary prevention of psychopathology. Hanover NH: University Press of New England, 1977, Vol.I, 18-23.

Goldfried, M.R. Anxiety reduction through cognitive behavioral intervention. En P. Kendall y D. Hollon (Eds.) Cognitive-behavioral interventions. Theory, research and procedures. New York: Academic Press, 1979, 117-152.

Goldfried, M.R. y Davison, G.C. Clinical Behavior Therapy. New York: Holt Reinhart and Winston, 1976.

Gordon, T. Parent effectiveness training: A preventive program and its delivery system. En G. Albee y J.M. Joffe (Eds.) Primary prevention of psychopathology. Hanover, NH: University Press of New England, 1977, Vol.1, 175-185.

Green, B.F. Current trends in problem solving. En B. Kleinmuntz (Ed.) Problem solving: research, method and theory. Huntington, NY: Robert E. Krieger Publishing Co., 1966, 3-18.

Guthrie, E.R. The psychology of human learning. New York: Harner & Bros., 1935. Citado en J. Wolpe Práctica de la terapia de la conducta. México: Editorial Trillas, 1977.

Hawkins, R., Peterson, R. Schueid, E. y Bijous, S. La terapia de la conducta en el hogar. Mejoramiento de las relaciones entre padres y el hijo con el padre desempeñando un papel terapéutico. En R. Ulrich, F. Stachnick y J. Marby. Control de la conducta humana (Eds.). México: Editorial Trillas, 1973, Vol. II, 351-358.

Hoffman, A. Information: the irrelevant variable in drug education. Presented at the American Personnel and Guidance Association annual convention, Atlantic City, NJ, 1971. Citado en L. Alden Preventive strategies in the treatment of alcohol abuse: a review and a proposal. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (Eds.) Behavioral medicine: changing health

lifestyles. New York: Brunner/Mazel, 1980, 257-278.

Hollon, S.D. Y Kendall, P.C. Cognitive behavioral interventions: theory and procedures. En P. Kendall y D. Hollon (Eds.) Cognitive-behavioral interventions. Theory, research and procedures. New York: Academic Press, 1979, 445-454.

Howe, L.P. Psiquiatría de la comunidad. En P. Solomon y V. Patch (Eds.) Manual de Psiquiatría. México: Editorial El Manual Moderno, 1976, 392-398.

Kanfer, F.H. La autosupervisión sus limitaciones metodológicas y aplicaciones clínicas. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1978, 35, 148-152. Citado en C. Thoresen y M. Mahoney. Autocontrol de la conducta. México: Fondo de Cultura Económica, 1981.

Kanfer, F.H. y Grimm, J.S. Behavioral Analysis: Selecting target behaviors in the interview. Behavior Modification, 1977, 1, 7-28.

→ Kendall, P.C. y Finch, A.J. Developing non-impulsive behavior in children: Cognitive behavioral strategies for self control. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (Eds.) Cognitive-behavioral interventions. Theory, research and procedures. New York: Academic Press, 1979,37-80.

Kendall, P.C. y Hollon, S.D. Cognitive behavioral interventions. Overview and current status. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (Eds.) Cognitive-behavioral interventions. Theory, research and procedures. New York: Academic Press, 1979,1-7.

Leavell H.C. y Clarck, E.G. Levels of application of preventive medicine. En H.R. Leavell y E.G. Clarck (Eds.) Preventive medicine for the doctor in his community. An epidemiological approach. New York: Mc.Graw Hill, 1965, 14-38.

Linehan, M.M. Structured cognitive-behavioral treatment of assertion problems. En P. Kendall y S. Hollon (Eds.) Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures. New York: Academic Press, 1979, 205-240.

Little, V.L. y Kendall, P.C. Cognitive-behavioral interventions with delinquents: Problem solving, role taking and self control. En P. Kendall y S. Hollon (Eds.) Cognitive behavioral interventions: Theory, research and procedures. New York: Academic Press, 1979, 81-116.

Luria, A. The role of speech in the regulation of normal and abnormal behaviors. New York: Liveright, 1961. Citado en D. Meichenbaum y J. Asarnow. Cognitive-behavioral modification and metacognitive development implications for the classroom. En P. Kendall y S. Hollon (Eds.) Cognitive-behavioral interventions. Theory, research and procedures. New York: Academic Press, 1979, 11-36.

Marlatt, A.G. Alcohol use and problem drinking: A cognitive behavioral analysis. En P. Kendall y D. Hollon (Eds.) Cognitive-behavioral interventions. Theory, research and procedures. New York, 1979, 319-356.

Masserman, J.H. Behavior and neurosis. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1943. Citado en J. Wolpe Práctica de la

terapia de la conducta. México: Editorial Trillas, 1977.

Meichenbaum, D. y Asarnow, J. Cognitive-behavioral modification and metacognitive development implications for the classroom. En P. Kendall y D. Hollon (Eds.) Cognitive-behavioral interventions. Theory, research and procedures. New York: Academic Press, 1979, 11-36.

Mischel, W. y Liebert, R.M. The role of power in the adoption of self-reward patterns. Child Development, 1967, 38, 673-683.

Muldman, F. y Dorna, A. Las técnicas asertivas y la terapia del comportamiento. Revista Mexicana de Psicología Clínica, 1979, 1, 1, 6-15.

Nav, R. A systematic comparison of instructional techniques for parents. Behavior Therapy, 1975, 6, 14-29.

Patterson, G.R. y Brodsky, G. A behaviour modification programme for a child with multiple problem behaviours. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1966, 7, 277-295.

Patterson, G.R. Changes in status of family members as controlling stimuli: A basis of describing treatment process. En L.A. Hamerlynck, L.C. Handy y E.J. Mash (Eds.). Behavior change: Methodology, concepts and practice. Champaign Ill.: Research Press, 1973,169-191.

Patterson, G.R., McNeal, S., Hawkins, N. y Phelps, R. Reprogramación del ambiente social. En R. Ulrich, F. Stachnick y J. Marby (Eds.) Control de la conducta humana. México: Editorial Trillas, 1973,Vol.II, 359-375.

Patterson, G.R. Interventions for boys with conduct problems: multiple settings, treatment and criteria. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1974,12,471-481.

Patterson, G.R. The aggressive child: Victim and architect of a coercive system. En L.A. Hamerlynck, E.J. Mash y L.C. Handy (Eds) Behavior modification and families: Theory and research. New York: Brunner/Mazell, 1976.

Peterson, L., Hartman, D. y Gelfand, D. Prevention of child behavior disorders: A lifestyle change for behavioral psychologists. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (Eds.) Behavioral medicine: Changing health lifestyles. New York: Brunner/Mazel, 1980, 195-221.

Pinel, P. Traité médico-philosophique sur la aliénation mentale (2a ed.). París: Brosson, 1809. Citado en I. Sarason Psicología Anormal. México: Editorial Trillas, 1980.

Pommerlau, O. El Tabaquismo: Teoría, método y aplicaciones. Trabajo presentado en el Primer Simposio Internacional sobre Medicina Conductual. México: ENEP-Iztacala, Junio de 1982.

Rakita-León, G. Cognitive behavior therapy for eating disturbances. En P. Kendall y S. Hollon (Eds.) Cognitive-behavioral interventions. Theory, research and procedures. New York: Academic Press, 1979, 357-388.

Reese, H. Verbal modification as a function of age.

Psychological Bulletin, 1962, 59, 502-509.

Richie, C.A. How to conduct an assertion training group. Unpublished manuscript of a workshop manual for trainers. University of Washington, 1977. Citado en M. Linehan Structured cognitive-behavioral treatment of assertion problems. En P. Kendall y S. Hollon (Eds.) Cognitive-behavioral interventions. Theory, research and procedures. New York: Academic Press, 1979, 205-240.

Rimm, D.C. y Masters J.C. Terapia de la conducta: Técnicas y hallazgos empíricos. México: Editorial Trillas, 1980.

Rimm, R., Vernon, J. y Wise, M. Training parents of behaviorally young disordered children in group: a three year program evaluation. Behavior Therapy, 1975, 6, 378-387.

Rosenhan, D., Frederick, F. y Burrowes, A. Preaching and practicing: Effects of channel discrepancy on norm internalization. Child Development, 1968, 39, 291-301.

Russo, S. Adaptations in behavioral therapy with children.

Behavior Research and Therapy, 1964,1,32-41.

Sameroff, A. Concepts of humanity in primary prevention. En G. Albee y J. Joffe (Eds.) Primary prevention of psychopathology. Hanover, NH: University Press of New England, 1977, Vol.I,42-63.

Sameroff, A. y Zax, M. Perinatal characteristics of the offspring of schizophrenic women. Journal of Nervous and Mental Disease, 1973,157,191-199.

Sandler, J., Van Denar, C. y Milhoan, M. Training child abusers in the use of positive reinforcement practices. Behavior Research and Therapy, 1978,16,169-175.

Sarason, I. Psicología anormal: Los problemas de la conducta desadaptada. México: Editorial Trillas, 1980.

Serrano, C. El médico en la medicina greco-romana. Apuntes inéditos de medicina humanística Cap. VI. U.N.A.M., México, 1970.

Skinner, B.F. Science and human behavior. New York: McMillan, 1953.

Smart R.G. y Schmidt, W. Drinking and problems from drinking after a reduction in the minimum drinking age. British Journal of the Addictions, 1975,70,347-358.

Spivack, G., Platt, J.J. y Shure, M.B. The problem -solving approach to adjustment. San Francisco: Jossey-Bass, 1976. Citado en V.L. Little y P.C. Kendall. op. cit.

Steinmetz, S.K. The cycle of violence: assertive, aggressive and abusive family interaction. New York: Praeger Publishers, 1977.

Stuart, R.B. Teaching facts about drugs: Pushing or preventing. Journal of Educational Psychology, 1973,66,189-201.

Stumphauer, J.S., Aiken, F.W. y Veloz, E.V. East side story: Behavioral analysis in a juvenile crime community. En J.S. Stumphauer (Ed.) Progress in behavior therapy with

delinquents. Springfield Illinois: Charles C. Thomas Po., 1979, 345-361.

Thoresen, C. y Mahoney, M. Auto control de la Conducta. México: Fondo de Cultura Económica, 1981.

Ullman, L.P. y Krasner, L.A. A psychological approach to abnormal behavior. New Jersey: Prentice Hall, 1969.

Viesca, C. La medicina contemporánea. Apuntes inéditos de medicina humanística Cap. VIII. U.N.A.M., México, 1970.

Vygotsky, L. Thought and language. New York: Wiley, 1962. Citado en D. Meichenbaum y J. Asarnow Cognitive-behavioral modification and metacognitive development implications for the classroom. En P. Kendall y S. Hollon Cognitive-behavioral interventions. Theory, research and procedures. New York: Academic Press, 1979, 11-36.

Walen, S., Hausserman, N.M. y Lavin, P.J. Clinical guide to behavior therapy. Baltimore: Williams & Wilkins, 1977.

Watson, J.B. y Rayner, P. Conditioned emotional reactions. Journal of Experimental Psychology, 1920, 3,1. Citado en J. Wolpe Práctica de la terapia de la conducta. México: Editorial Trillas, 1977.

Wells, K., Griest, D. y Forehand, R. The use of self control package to enhance temporal generality of a parent training program. Behavior Research and Therapy, 1980, 18, 347-353.

Whaler, R., Winkel, G., Peterson, R. y Morrison, D. Mothers as behavior therapists for their own children. Behavior Research and Therapy, 1965, 3, 113-134.

White, R.W. Competence as an aspect of personal growth. En G.W. Albee y J.M. Joffe (Eds.) Primary prevention of psychopathology. Hanover, NH: University Press of New England, 1977, Vol. III, 5-22.

Witz, N. y Gordon, S. Parental modification of a child behavior in an experimental residence. Behavior Therapy and Psychiatry, 1969, 5, 107-109.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

Wolfe, A.D., Sandler, J. y Kaufman, K. A competency based parent training program for child abusers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1981,49,633-640.

Wolpe, J. Learning versus lesions as the basis of neurotic behavior. American Journal of Psychiatry, 1956,112,923.
Citado en J. Wolpe Práctica de la terapia de la conducta. México: Editorial Trillas, 1977.

IZT. 1000174

Wolpe, J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford University Press, 1958. Citado en J. Wolpe Práctica de la terapia de la conducta. México: Editorial Trillas, 1977.

Wolpe, J. Learning Therapies. En J.G. Howels (Ed.) Modern perspectives in world psychiatry. Edimburg: Oliver and Boyd, 1968.

Wolpe, J. Práctica de la terapia de la conducta. México: Editorial Trillas, 1977.