



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS IZTACALA**

400282



61060

**“ ENSEÑANZA DE HABILIDADES
PSICOTERAPEUTICAS ”**



**U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA**

**TESIS DE LICENCIATURA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N ;
CUEVAS CANCINO ROSA H.
URIBE GARCIA MIRIAM**



MEXICO, D. F.

1995



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.

A nuestros Asesores:

Lic. Antonia Rentería Rodríguez

Lic. José Esteban Vaquero Cázares

Lic. Ernesto Arenas Govea

Por el apoyo recibido, agradecemos especialmente a:

- * Fundación U.N.A.M.
- * La E.N.E.P. Campus Iztacala
- * Florente López Rodríguez
- * Marina Judith Menez Díaz

Los anhelos de nuestro corazón y las aspiraciones de nuestra alma, son algo más que sueños vanos o quimeras de la fantasía, puesto que en realidad son heraldos de futuras realidades.

A MIS PADRES SARA GARCIA Y CARLOS URIBE, Y HERMANOS
ADRIANA, ALFONSO Y RICARDO.

Que me brindaron su apoyo, consejos y en los momentos
más difíciles me alentaron a seguir adelante,
anhelando que siempre me preparara
para enfrentarme a la vida.
Hoy se ven culminados nuestros esfuerzos
y mis deseos, iniciándose así,
una nueva etapa de mi vida
en la que siempre estarán en mi corazón.

Por ello a Dios y a Ustedes gracias.

MIRIAM

A MIS ABUELITAS, TIOS Y PRIMOS.

A JOSE JUAN, PORQUE REPRESENTAS UNA PARTE
ESENCIAL EN MI VIDA.

A mi papá
Jesús Cuevas Ortega
A mi mamá
Micaela Cancino Garza
Con admiración y cariño

A mis hermanos:
Jorge, Fidel, Rafael, José Antonio y Javier
Porque siempre confiaron en mi
Encontrando en ellos su apoyo y ayuda

A mis hermanas:
Micaela, Estela, Carmen, Gabriela, Ana y Silvia
De quien obtuve cariño, comprensión y ayuda
sin igual, porque fueron más que amigas

A mis sobrinos:
Toño, Paty, Paco, Claudia, David, Liz,
Erika, Jorge, Araceli, Alejandra, Iris,
Ernesto, Michell, Verónica,
Neiba, Ale, Alan, Abi, Eduardo
Por su ayuda incondicional,
por tenerlos siempre presentes
a lo largo de toda mi carrera.

Especialmente a:
Kukiko y Ana Irene

A Rogelio
Un compañero sincero y leal,
por su alegría y complicidad.

INDICE

PAGINA

INTRODUCCION

CAPITULO 1

PSICOLOGIA CONDUCTUAL

A) Psicología como Ciencia de la Conducta	6
B) Modificación de Conducta	8
C) Evaluación Conductual	14

CAPITULO 2

LOS DATOS EN LA INVESTIGACION

A) La Observación Científica	21
B) Los Métodos de Investigación	23
C) Instrumentos de Observación	25
- Registros	25
- Categorizaciones	25
D) La confiabilidad de los Datos Observacionales	30

METODO 34

RESULTADOS 46

DISCUSION 57

BIBLIOGRAFIA 62

ANEXO

Se implementó un programa de entrenamiento en habilidades psicoterapéuticas a estudiantes, que cursaban el séptimo semestre de la Carrera de Psicología en la E. N. E. P. Campus Iztacala; con la finalidad de demostrar que el empleo de la Retroalimentación (observación y análisis de su desempeño), reduce el número de errores que éstos cometen en sus sesiones de terapia; para lo cual, se filmaron las consultas terapéuticas que los alumnos tuvieron con pacientes que asistieron al servicio de Psicología Clínica, en la Clínica Universitaria de la Salud Integral. En base a una lista de diez categorías conductuales, se registraron las cintas de video mediante un Sistema de Registro Conductual Computarizado. Los resultados obtenidos confirman, que la retroalimentación es un medio eficaz para establecer y desarrollar conductas adecuadas para un óptimo desempeño como entrevistadores.

INTRODUCCION

El papel tradicional del estudiante ha sido el de una pasividad casi total. Su tarea consiste básicamente, en imitar o aproximarse a la conducta verbal o la técnica de investigación de sus profesores (Keller y Ribes, 1977).

La necesidad y la oportunidad de aplicar el conocimiento académico de la Universidad, es algo que debe hacerse sobre todo para los psicólogos; ya que a través del análisis de la conducta, pueden disponer del ambiente, en forma tal que los individuos aprendan cosas, que antes se pensaba estaban más allá de su capacidad. Disponen de conocimientos que la comunidad necesita con urgencia; la aplicación de las técnicas del análisis de la conducta a instituciones proporciona un modelo excelente para que los departamentos universitarios de psicología participen en el cambio social constructivo (Keller y Ribes, 1977).

Por lo tanto, es necesario que los estudiantes adquieran todos los conocimientos científicos necesarios, para la comprensión de los problemas que deberán tratar. Ya que si bien es cierto que el alumno debe poseer habilidades y conocimientos técnicos, no lo es menos que deberá adquirirlos a través de un programa diseñado especialmente para tal fin (Nahoum, 1985; Bingham, 1973; Festinger y Katz, 1989).

En Iztacala, el plan de estudios para la carrera de Psicología, dedica los primeros cuatro semestres al aprendizaje de los principios básicos, los conceptos teóricos, los métodos cuantitativos, las destrezas de laboratorio y la transferencia de estos elementos a escenarios de campo naturales (Ribes, Fernández, Rueda, Talento y López, 1980).

El módulo teórico abarca cuatro cursos en psicología experimental teórica, que incluyen conducta animal y humana; el área experimental por su parte, se fundamenta en un análisis paramétrico de los paradigmas que definen las funciones de campo entre las conductas y el ambiente. Los métodos estadísticos, se enseñan durante los primeros cinco semestres, abordando desde la estadística descriptiva, hasta la construcción de encuestas (Ribes, Fernández, Rueda, Talento y López, 1980).

Durante los últimos cuatro semestres, la carga académica se concentra en los laboratorios de psicología aplicada. El módulo teórico incluye información acerca de las cuatro áreas de entrenamiento aplicado: desarrollo y educación, educación especial y rehabilitación, psicología social y psicología clínica. El entrenamiento aplicado se realiza en cuatro tipos de centros: a) centros de educación especial y rehabilitación, b) centros de educación y desarrollo (guarderías y escuelas públicas); c) la comunidad; y d) centro de atención clínica (Clínica Universitaria de la Salud Integral) (Ribes, Fernández, Rueda, Talento y López, 1980).

El propósito general del módulo teórico, es proporcionar al estudiante los elementos necesarios que le permitan comprender mejor y analizar los problemas que enfrentará durante su práctica; en el módulo aplicado, se persigue dotar al alumno de los medios más importantes de la Modificación de Conducta, en el área clínica, así como enseñarlo a conceptualizar conductualmente problemas clínicos con base en los principios del análisis experimental de la conducta. Asimismo, se pretende enfrentar directamente al estudiante con los problemas clínicos reales de la comunidad y, lo más importante, entrenarlo en la creación, adecuación e investigación de nuevas estrategias de intervención (Ribes, Fernández, Rueda, Talento y López, 1980).

La práctica de psicología clínica, se divide en dos etapas: una en la que se destaca lo relacionado con la evaluación conductual, que abarca la adquisición de habilidades de entrevista que permite identificar los problemas conductuales de un paciente, así como definir y analizar los mismos. En una segunda etapa, se hace referencia a las habilidades de implementación de ciertas estrategias de intervención (Ribes, Fernández, Rueda, Talento y López, 1980).

El desarrollo de las dos etapas mencionadas, incluye un período de entrenamiento que debe proporcionar al estudiante las habilidades suficientes para enfrentarse directamente con el diagnóstico, tratamiento y evaluación de pacientes (Ribes, Fernández, Rueda, Talento y López, 1980).

De esta manera, los programas diseñados conductualmente pueden proporcionar muchas oportunidades para la participación de los estudiantes aprendices en el proceso de la enseñanza; lo cual puede llegar a ser una experiencia tanto reforzante como educativa (Keller y Ribes, 1977).

En consecuencia, un aspecto importante de la enseñanza sería, que el alumno meditara su propia actividad durante el aprendizaje efectuado, con la dirección de un entrevistador experimentado. No se trata de adquirir conocimientos necesarios para la comprensión de los asuntos tratados durante la entrevista clínica; sino de exposiciones realizadas a lo largo de ésta, sobre los problemas que plantea la entrevista como técnica psicológica (Nahoum, 1985).

Para fines de entrenamiento e investigación, las videograbaciones de entrevistas terapéuticas tienen un valor incalculable. Con la filmación, se dispone de las interacciones verbales completas de los participantes y el contexto real en las que ocurrieron; los cambios en la modulación de la voz, las vacilaciones, etcétera, todo ello se podrá analizar con mayor veracidad (Garfield, 1979; Bingham, 1973).

Estas entrevistas de sesiones de terapia, en lo posible videograbadas, deben ser discutidas en reuniones individuales; los estudiantes al observarse, estarán mejor preparados para corregirse, y los comentarios del instructor les proveerán de reforzamiento positivo, estímulos y aspectos objetivos, necesarios para un progreso continuo; es decir, en ese momento, descubriendo sus propios errores, podrán mejorar su técnica (Nahoum, 1985; Garfield, 1979; Bingham, 1973; Festinger y Katz, 1989; Weiss, 1986; Fester, 1980).

Retomando este último aspecto, se considera que es de vital importancia el papel que desempeña el psicólogo clínico en el proceso terapéutico; de aquí la preocupación por su formación profesional. Por lo tanto, en la carrera de Psicología es necesario que se adquieran habilidades para desarrollarse en este ámbito, siendo esencial el cómo se entrene para ello, puesto que de esto dependerá su posterior desenvolvimiento laboral.

En relación a las características y habilidades que debe poseer un buen terapeuta, podemos mencionar las siguientes: empatía, respeto, experiencia, credibilidad, compromiso cordialidad, estatus, que sea sociable, creativo, que sepa diseñar y evaluar programas de intervención, que mantenga contacto visual, que sepa escuchar y observar, que sea persuasivo y sistemático (Egan, 1982; Bingham, 1973; Kanfer y Goldstein, 1992).

Por lo tanto, para que los alumnos puedan desarrollar estas características y habilidades, es importante, que los estudiantes que llevan práctica en La Clínica Universitaria de la Salud Integral (C.U.S.I.), conozcan directamente cómo se desempeñan como terapeutas, ya que en el módulo teórico (Psicología Clínica Teórica) y el aplicado (Psicología Aplicada Laboratorio), desarrollan las habilidades básicas que debe adquirir el alumno.

Cabe mencionar, que los errores que generalmente comete el terapeuta durante las sesiones clínicas son: mostrar excesiva preocupación, exclamaciones de sorpresa, criticar al paciente, hacer promesas falsas, agobiarlo con dificultades personales, discutir con el paciente sobre asuntos políticos o religiosos, quitarle importancia, rechazarlo, manifestar intolerancia e impaciencia, interrumpir inadecuadamente, no mantener contacto visual, tomar notas de manera excesiva y manipulación de objetos (Jiménez y Pinzón, 1983; Garfield, 1979).

En consecuencia, se considera que no sólo se deben proporcionar los lineamientos generales para la entrevista clínica y realizarla, sino dar retroalimentación a los estudiantes en cuanto a las conductas verbales y no verbales que se realizan, para un mejor desempeño de la profesión en la sociedad y como seres productivos.

Con respecto a la retroalimentación, esta ocurre cuando una persona está informada de los resultados de sus respuestas. La retroalimentación puede servir como castigo o refuerzo, ya que aumenta o disminuye la probabilidad de que las respuestas se realicen de nuevo (Wittig, 1980).

El término retroalimentación, ha sido tomado del campo de la teoría de la información y de algunos modelos de la comunicación humana. Este hecho, evidencia inmediatamente su relación con la entrevista conductual (Villareal, 1986).

Las características de la retroalimentación son: señala con claridad, lo que el estudiante hizo correctamente, así como también aquello que realizó incorrectamente, o que no llegó a hacer. Incluye elogios sinceros, aunque no exagerados, con respecto a las actitudes correctas; también, sugerencias constructivas acerca de cómo mejorar las actitudes incorrectas u omitidas.

Debe ser inmediata. Se puede proporcionar conjuntamente con la audición en una cinta magnética o la exhibición de una videocinta a la sesión práctica, para que tanto el estudiante como el asesor puedan apreciar exactamente a qué puntos se refiere (Kendall y Norton-Ford, 1988).

La retroalimentación de parte del asesor, ayuda a los participantes a aprender nuevas estrategias para pensar y actuar, así como a aumentar su confianza. En estudios experimentales, se ha demostrado que la retroalimentación positiva es más creíble y persuasiva que la negativa. En la práctica, generalmente se comienza con los comentarios de aspectos negativos, para finalizar con los positivos (Kendall y Norton-Ford, 1988).

Una consecuencia del empleo de la retroalimentación como técnica conductual, es que enseña al estudiante a observar y analizar su comportamiento en términos conductuales, por lo que constituye el medio ideal para que la persona adquiera, mantenga y/o modifique habilidades (Wittig, 1980; Villareal, 1986).

Por lo anterior, se considera que empleando la retroalimentación para el entrenamiento de estudiantes, se contribuiría a formar profesionales que conozcan sus capacidades y limitaciones, para superarse profesionalmente; debido a que la entrevista no sólo se emplea en el ámbito clínico, sino en todas las áreas de la psicología.

El objetivo de la presente investigación es, demostrar que la Retroalimentación a terapeutas, en relación a su desempeño con pacientes, reduce el número de errores que cometen durante las sesiones de terapia.

CAPITULO 1 PSICOLOGIA CONDUCTUAL

A) PSICOLOGIA COMO CIENCIA DE LA CONDUCTA

Las técnicas que utiliza la Modificación de Conducta (MC) son tan antiguas como la historia misma de la humanidad; los principios básicos del refuerzo y del castigo positivo y negativo, se han utilizado durante miles de años de manera intuitiva, desprovista de proposiciones formales sobre los principios implicados (Caballo, 1991).

Los hallazgos de la Medicina, durante los siglos XVIII y XIX, proporcionan cierta base empírica a la consideración de los trastornos psicológicos como producto de lesiones, déficits o disfunciones del sistema nervioso; es en este momento, cuando se desarrollan fármacos psicotrópicos (tranquilizantes o drogas), los cuales repercuten de manera extraordinaria en la consideración de las conductas desviadas como enfermedades. Es así, como la efectividad de algunos tratamientos físicos logra implantar este modelo a la consideración de la conducta anormal; logrando que los pacientes se definan como enfermos físicamente, desempeñando un papel que conlleva pasividad, sumisión, quietud y tranquilidad, en espera de la curación; por lo que el tratamiento en estas personas era responsabilidad única del médico y la transposición de su modelo correcta (Fernández y Carrobles, 1983).

Esto lleva consigo el establecimiento de un sistema clasificatorio de la conducta anormal; así, al revisar la historia de las nosologías psiquiátricas, se encuentra una gran producción de definiciones, con subdivisiones que colocan a las personas en clasificaciones ya determinadas (Fernández y Carrobles, 1983).

Existen contradicciones en el modelo médico, que reflejan su inadecuación a los trastornos psicológicos, ya que los datos empíricos hacen énfasis en la inexistencia de bases fisiológicas para la mayor parte de los grandes grupos de enfermedades mentales; aunque esto no implica el no pensar que existen desórdenes conductuales que tienen base fisiológica o bioquímica; pero esto no permitiría totalmente, la transposición del modelo médico al tratamiento de los mismos, debido a que existen condiciones ambientales que producen y mantienen alteraciones en la conducta de los individuos. Quizá la falla de este modelo se deba a la falta de conocimientos psicológicos de los profesionales de la Medicina (Fernández y Carroble, 1983).

En el siglo XX, el desarrollo de las ciencias biológicas y físicas influyó notablemente en la Psicología; la investigación biológica empezó a progresar, identificando las bases de determinadas enfermedades orgánicas y su tratamiento; el estudio del cerebro y su relación con las funciones humanas (el habla, memoria y conducta). En el desarrollo de la Teoría de la Evolución, Darwin (1859-1871), enfatizó la adaptabilidad de los organismos a su ambiente y la continuidad de las especies. También, la psicología del aprendizaje empezó a surgir como la base crítica para la comprensión de la conducta, en 1960 surgieron varias publicaciones basadas en el aprendizaje, la conexión de los paradigmas del laboratorio, enfatizando el papel del aprendizaje y los métodos objetivos de estudio. En la década de los setentas, la Modificación de Conducta se había convertido en un movimiento formal, ya que su enfoque hacia el tratamiento se apoyaba en el aprendizaje como un punto de partida conceptual, y los métodos objetivos o experimentales de investigación (Caballo, 1991; Mueller, 1965).

B) MODIFICACION DE CONDUCTA

La Modificación de Conducta germinó, cuando la Psicología fue capaz de abandonar las especulaciones filosóficas en favor de la metodología científico-experimental. Aunque el trabajo de Pavlov sobre el Condicionamiento clásico, el de Watson sobre el Conductismo, el de Thorndike sobre el Aprendizaje y el de Skinner sobre el Condicionamiento operante, constituyen las piedras angulares de la Modificación de Conducta, hubo que esperar hasta finales de los años sesenta para que estos fundamentos conceptuales se encontraran preparados para sostener toda la estructura. La década de los sesentas, constituyó la época pionera llena de ideologías y polémica contra el modelo psicodinámico; de forma gradual, los terapeutas de la conducta dejaron de preocuparse por este aspecto y le dieron mayor importancia a la búsqueda de nuevos horizontes dentro de su propio campo (por ejemplo la práctica médica general, el biofeedback, la psicofarmacología, la psicología ecológica, comunitaria y el mundo de la administración y del gobierno); se desarrollaron métodos más sofisticados, la revolución cognitiva invadió la Modificación de Conducta (Caballo, 1991).

La aparición formal de la Modificación de Conducta como movimiento se presenta en Sudáfrica e Inglaterra, y en menor medida en los Estados Unidos de Norteamérica. En el primero, Joseph Wolpe, a quien se le unió más tarde Arnold Lazarus, introduce la desensibilización sistemática para el tratamiento de trastornos neuróticos, ésta surgió de sus investigaciones sobre neurosis experimentales en animales; el método consistía en la jerarquización de situaciones ansiógenas, aplicándola de dos formas: en vivo y de manera gradual; era difícil de manejar, por lo que utilizó la imaginación y la jerarquización de situaciones que producían ansiedad en orden ascendente, cuando el paciente se encontraba profundamente relajado; si este estado se mantenía en los ítems poco ansiógenos, se continuaba con los siguientes hasta que el paciente pudiera imaginar el último ítem sin presentar ansiedad; la ventaja de la desensibilización sistemática, es que su autor se basa en el principio de inhibición recíproca, y necesita relativamente pocas sesiones (Kazdin, 1983; Yates, 1975; Craighead, Kazdin y Mahoney, 1984).

Por otro lado, en Inglaterra, los personajes con mayor relevancia son: Hans J. Eysenck y N. B. Shapiro, pertenecientes al Instituto de psiquiatría de la Universidad de Londres. El primero de estos, independientemente de sus lazos con la Teoría psicoanalítica, se interesó por el método de tareas graduadas, el cual se centraba en la conducta problema, por lo que se le consideró objetivo y efectivo; Eysenck introduce por primera vez el término “Terapia de la Conducta”¹ en su país. Además, presentó en sus trabajos la aplicación terapéutica de la desensibilización sistemática, la práctica negativa y la terapia aversiva entre otras técnicas. Shapiro por su parte, estaba en contra de que la tarea fundamental del psicólogo clínico fuera la administración de test psicológicos; debía ser la de enfocar el problema del paciente desde una perspectiva científica, formular hipótesis sobre la posible etiología de la conducta y su tratamiento; él defendía la individualidad en la problemática de cada paciente. Otros autores como Jones, Meyer y Yates, también realizaron investigaciones al respecto, Jones trabajó con una mujer adulta que sufría de micción frecuente y de ansiedad ante situaciones públicas; los segundos, evaluaron a una mujer adulta que presentaba múltiples tics, y emplearon una técnica conocida como práctica negativa (Kazdin, 1973; Yates, 1975; Craighead, Kazdin y Mahoney, 1984).

Las aplicaciones clínicas más importantes de los Estados Unidos de Norteamérica, se deben a Knight Dundap, que ideó la técnica terapéutica llamada práctica negativa; Walter L. Voetlin y Frederick Lemere, que desarrollaron una terapia aversiva para tratar alcohólicos; y A. Salter, quien creó una terapia de reflejo condicionado para tratar diversos desórdenes conductuales (Kazdin, 1973).

Es así como gracias al aumento de la investigación y de la actividad profesional, la Modificación de Conducta empezó a ganar solidez como escuela de pensamiento, dejando de depender de la confrontación con el “Modelo de enfermedad”; basándose de esta manera, en técnicas terapéuticas fundamentadas empíricamente.

¹ A lo largo de este Capítulo, se ha empleado el término de Modificación de Conducta, como sinónimo de Terapia de la Conducta.

En términos generales, la Modificación de Conducta se interesa por estudiar la forma en que los organismos se adaptan a su ambiente, dirigiendo su atención a la manera en que se desarrollan, mantienen y pueden modificarse las conductas. Yates (en López, 1982), la define como el intento de utilizar sistemáticamente el conocimiento teórico y empírico, fruto de la aplicación del método experimental a la Psicología y a las disciplinas más afines a ella (la fisiología y la neurofisiología) con el objeto de explicar la génesis y el mantenimiento de las pautas de conducta anormales, y de aplicar ese conocimiento a su prevención y tratamiento, mediante estudios experimentales controlados de caso único, tanto descriptivos como terapéuticos.

Por lo tanto, una característica esencial de la Modificación de Conducta es la importancia dada a un enfoque científico, ya que se apoya en métodos empíricos que parten primordialmente de las Teorías del Aprendizaje y se aplican a trastornos concretos de la conducta, operativizándolos, midiéndolos objetivamente y estableciendo cuáles son las variables ambientales o internas que mantienen (en el sujeto) conductas indeseables, para llegar a su modificación mediante un plan de tratamiento que se adapte específicamente a cada problema; sin negar que la historia del problema es importante, no pretendiendo realizar una explicación global del sujeto; la Modificación de Conducta se basa principalmente en que las conductas se aprenden, se mantienen y se modifican por los mismos principios, independientemente de que se les considere como "normales" o "anormales", "sanas" o "enfermas". Ya que su interés fundamental es la conducta, el terapeuta se basa en aquella, por la que la persona acudió a consulta, para cambiarla de forma directa; cabe destacar el hecho, de que los terapeutas de la conducta si toman en cuenta conductas encubiertas (o fenómenos privados), tales como: pensamientos, imágenes, sentimientos y otros estados personales (Fernández y Carrobbles, 1983; Wolpe, 1979; Craigead, Kazdin y Mahoney, 1984).

La Modificación de Conducta se centra en comportamientos socialmente importantes, tales como los relacionados con problemas sociales e interpersonales, trastornos sexuales, problemas de pareja, de lenguaje, asistencia escolar y vocacional, perturbaciones comportamentales asociadas a delincuencia, alcoholismo y farmacodependencia, trastornos asociados a disfunciones cerebrales, entre otros. Las respuestas a estudiar se seleccionan en función de su relación inseparable con la vida cotidiana; paralelamente, se altera la conducta en situaciones sociales tales como el aula, el hogar, diversas instituciones u otros lugares en los que necesita cambiar conductas social o clínicamente relevantes.

Su meta es alterar conductas con una significación aplicada, el cambio debe conllevar una diferencia en el funcionamiento del cliente. El objetivo inicial es, desarrollar una conducta para que se efectúe consistentemente y, una vez que ya se estableció, se emplean procedimientos para su conservación (Kazdin, 1973).

Los fines de la Modificación Conductual son cambiar la conducta y sostener ese cambio después de que se ha finalizado con el programa de tratamiento; es decir, eliminar la dependencia de las contingencias que existían durante el programa. Sus metas generales a largo plazo, requieren de una ejecución prolongada de las conductas socialmente apropiadas; además, intenta proporcionar al individuo los medios para que controle su propia conducta (Kazdin, 1978).

▷ En resumen, Rimm y Masters (1981) y Caballo (1991) señalan las siguientes características de la Modificación de Conducta:

- Tiende a centrarse en la conducta de desadaptación en sí misma, más que en alguna causa subyacente.
- Supone que las conductas de desadaptación son adquiridas a través del aprendizaje, del mismo modo que cualquier otra conducta (por medio del condicionamiento, modelamiento, etcétera); entendiendo las excepciones como deterioros conductuales debido a accidentes traumáticos del Sistema Nervioso Central o retardo en el desarrollo, entre otros.
- Los principios psicológicos, especialmente los del aprendizaje, pueden ser sumamente efectivos en la Modificación de Conducta de desadaptación.

- Implica la especificación claramente definida de los objetivos del tratamiento, recalcando la importancia del control de estímulos.
- Adapta su método de tratamiento al problema del cliente.
- Se centra en el aquí y en el ahora, sin descartar que algunos de los aspectos de la vida pasada del paciente pueden llegar a ser relevantes en el análisis de su conducta-problema presente.
- Cualquier técnica clasificada bajo el rótulo “ Modificación de Conducta ”, ha sido sometida a verificaciones empíricas y evaluada como relativamente efectiva.

Es así, como la Modificación de Conducta es un enfoque de solución de problemas, en el que se entremezclan la evaluación y la intervención para generar valoraciones continuas de progreso; las actuaciones clínicas surgen de formulaciones basadas en datos y predicciones comprobadas, incluyen el ensayo de conducta, la desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, el reforzamiento por fichas, el establecimiento de contratos, el modelamiento, y una variedad de procedimientos cognitivos y de autocontrol. En un principio era considerado un enfoque limitado, que se emplearía primordialmente con fobias específicas o problemas localizados, se veía como una estrategia de ayuda añadida al proceso real de cambio de la personalidad; hoy en día es aplicable a todas las clases de trastornos, de individuos, de situaciones o lugares (Caballo, 1991; Delgado, 1983).

→ Cabe destacar el hecho de que la Modificación de Conducta se caracteriza, por la evaluación que hace de la conducta; al respecto, Kanfer y Saslow (en Fernández y Carrobes, 1983) realizaron una lista de siete pasos para llegar a ella, como a continuación se presenta:

- ◆ Análisis inicial de la situación problemática, en la que se especifican detenidamente las conductas del paciente.
- ◆ Clarificación de la situación problemática, identificando los factores ambientales, es decir, las conductas de estímulo bajo las que la conducta se realiza, y las consecuencias que la mantienen.

- ◆ Análisis motivacional, especificando los estímulos aversivos y refuerzos positivos para el paciente.
- ◆ Análisis evolutivo, se detectan los cambios biológicos, sociológicos y conductuales, que se producen en la historia del individuo y tienen relevancia para el tratamiento.
- ◆ Análisis del autocontrol, de las situaciones y conductas que el paciente puede controlar.
- ◆ Análisis de las situaciones sociales, estudiando las relaciones del sujeto con otras personas y sus cualidades aversivas o reforzantes.
- ◆ Análisis del ambiente físico-social-cultural, evaluando los criterios normativos de la conducta del individuo, las facilidades y limitaciones con que se encuentra para llevarla a cabo.

Este método está pensado, únicamente, para facilitar la elección del tratamiento. El fundamento esencial para ello es la observación directa, aunque ésta puede variar de acuerdo al problema, por ejemplo, suelen utilizarse los autoinformes o exámenes fisiológicos. Finalmente, se llega a elegir el tratamiento, el cual se encuentra unido al diagnóstico proporcionado por la evaluación.

Por lo tanto, al hablar de Modificación de Conducta, indudablemente se hace énfasis en la evaluación conductual, la cual examina cuidadosamente las variaciones específicas que ocurren en las contingencias ambientales, con el propósito de determinar su influencia en el paciente. Tiene como objetivo central, la obtención de una muestra de las interacciones del paciente en situaciones reales. La evaluación conductual se realiza de diversas maneras, por ejemplo, entrevistando al paciente e interrogándolo acerca de los detalles específicos de su vida cotidiana; o bien, observándolo directamente mientras actúa con sus familiares, amigos y compañeros de trabajo; obteniendo de esta forma, datos que ofrezcan respuestas a qué situaciones producen tensión en el paciente, y cómo se pueden modificar esas respuestas y situaciones específicas, a fin de lograr el bienestar de él (Kendall y Norton-Ford, 1988).

C) EVALUACION CONDUCTUAL

Es importante distinguir a la Evaluación como medición y a la Evaluación como proceso; según Egan (1982), Berenstein y Nietzel (1987), la Evaluación como medición comprende las siguientes etapas:

- I. Planeación de los procedimientos para la recopilación de datos. Contestándose antes, qué es lo que se desea conocer y cómo se quieren adquirir esos conocimientos.
- II. Recopilación de los datos de la evaluación.
- III. Procesamiento de los datos y formulación de hipótesis.
- IV. Comunicación de los datos de la evaluación.

La Evaluación como proceso, implica toda una metodología más compleja, en donde el terapeuta realiza el diagnóstico de la problemática del paciente, se establecen metas a alcanzar, se elige el tratamiento adecuado y da seguimiento al problema. Como se observa, el terapeuta evalúa cada una de estas fases del proceso terapéutico.

Por lo que en la Evaluación conductual, se cuenta con métodos diseñados para obtener datos antes del tratamiento y durante la terapia, a fin de hacer una evaluación inicial del paciente, de los progresos y de sus necesidades cambiantes. Existen cinco métodos principales de evaluación: pruebas psicológicas, observación directa, autovigilancia (informe del paciente en relación a situaciones específicas), observaciones hechas por allegados a la persona y, finalmente, la entrevista (Berstein y Nietzel, 1987; Kendall y Norton, 1988).

Siendo esta última, la técnica más importante para recopilar muestras simultáneas de conductas verbales y no verbales del paciente, presentándose un intercambio confidencial de información; considerándose por esto, un medio fácil, flexible y poco costoso de obtención de datos.

La entrevista clínica, se caracteriza por propiciar una relación directa entre dos o más personas, donde existen objetivos prefijados por el terapeuta; el cual debe poner atención a la accesibilidad (comprensión y conocimiento), que puede tener el paciente a lo que se le pregunta, así como motivarlo para su cooperación (Berstein y Nietzel, 1987; Fernández y Carrobbles,1983; Goldfried y Davison, 1981; Festinger y Katz, 1989).

Dentro del proceso terapéutico, se presentan dos tipos de entrevista: la de diagnóstico y la de intervención; en la primera, el terapeuta recaba información general acerca de la problemática del paciente, con la finalidad de identificar las variables que mantienen la conducta problema y así llegar a proponer el tratamiento más adecuado. En la de intervención, el terapeuta y paciente analizan aspectos relacionados con el tratamiento.

A partir de lo anterior, se considera que la entrevista clínica es una herramienta esencial en las sesiones terapéuticas, ya que es la base para que se de el proceso de comunicación entre terapeuta y paciente.

Por lo tanto, la entrevista es una técnica para evaluar conductas, donde deben tomarse en cuenta factores como:

1. Respuestas fisiológicas
2. Conducta verbal
3. Comunicación no verbal

En respuestas fisiológicas, el paciente comunica sobre sus propias reacciones; es decir, variaciones fisiológicas, tanto en el momento del reporte verbal como en presencia de los estímulos con que estas se relacionan. Por ejemplo, en el caso de una persona que le tiene un gran temor a los ratones, como respuestas fisiológicas presenta: sudoración de manos, taquicardia, tensión nerviosa en piernas, etcétera (Villareal, 1986).

Se considera conducta verbal, a aquellos reportes verbales que nos permiten conocer el significado específico que los hechos y acciones tienen para cada uno de los pacientes, al tiempo que nos revela sus particulares historias conductuales. Además de ser, el principal medio de comunicación entre el terapeuta y su paciente (Villareal, 1986).

En cuanto a la comunicación no verbal, esta es de suma importancia en las relaciones sociales. Es un poderoso auxiliar para modificar la conducta; ya que está constituida por respuestas emocionales, motrices y fisiológicas (Villareal, 1986).

Algunos aspectos de la comunicación no verbal son: los silencios, tono de voz, sonrisas, movimientos de cabeza, gestos faciales, movimientos de manos, posición corporal, manipulación de objetos, modo de caminar, dirección de la mirada, entre otros. Estos elementos pueden analizarse en relación a su frecuencia y duración, así como su implicación con otros; y pueden utilizarse como reforzadores las sonrisas, palmadas, muestras de atención, además de mirar al hablante e inclinarse hacia él (Villareal, 1986).

En la entrevista conductual, se da una relación diádica entre paciente y terapeuta, en donde este último busca la información necesaria para realizar un análisis del problema, planteándose como lo señalan Buchard, Granger y Ladouceur, (1987), Caballo (1991) y Delgado (1983), las siguientes metas:

- A. Permite establecer contacto con el cliente.
- B. Descripción previa del problema y sus variables.
- C. Suministra información sobre la historia del paciente.
- D. Precisa lo que el paciente espera de la intervención y cómo establecer los objetivos.

El curso de ésta consiste de: su preparación, inicio, desarrollo y terminación. La primera fase comprende el plantearse la pregunta, qué se va a evaluar, fijarse criterios y seleccionar aquellos que son adecuados para ser explorados; proponer pautas de conducción de la entrevista y el registro, así como la elaboración de la información.

En lo que respecta al inicio de la entrevista, se hace una presentación breve pero completa, se indaga el motivo de consulta y procedencia del paciente; además, se hace una aclaración de expectativas por ambas partes, se elabora un "contrato" y se marcan los lineamientos a seguir para la exploración del problema. El desarrollo de la entrevista se divide en tres momentos: fase inicial (abierta y facilitadora), fase media (de especificación y clarificación) y, fase final (de confrontación y síntesis). El último paso, que es la terminación, se realiza dando un resumen de la información obtenida junto con el entrevistado, se da una orientación de la información hacia el futuro (mediato, inmediato a expectativas); y se finaliza en un momento positivo (Fernández y Carrobes, 1983; Villareal, 1986; Ander-Egg, 1979).

Cabe mencionar, que al realizarse una entrevista, no sólo el terapeuta conoce a su paciente, sino también éste al terapeuta, lo que no es menos importante; por lo que resulta indispensable que exista seguridad en el interrogatorio, lo cual sólo puede aprenderse en la práctica. Ya que el paciente puede notar, por nuestra forma de preguntar, que no se ha escuchado cuando se debía poner atención, por ejemplo, o que hemos comprendido mal lo que quería decirnos (Benadetti, 1983).

Es así, como en la evaluación conductual el terapeuta ejerce una importante influencia en la conducta del cliente, ya que éste supone que es una persona sabia y competente en la que puede confiar. El interés genuino del terapeuta por el bienestar del paciente, su capacidad para señalarle las consecuencias potencialmente negativas asociadas con los comportamientos desadaptados y para sugerirle modos de acción alternativos, pueden utilizarse eficazmente para suscitar el cambio (Goldfried y Davison, 1981; Wolpe, 1979).

Por lo tanto, es muy importante la relación terapeuta-paciente, porque cuanto mejor sea ésta: 1) más abierto estará el paciente, 2) se sentirá más inclinado a explorar sus sentimientos con el terapeuta y 3) prestará más atención y actuará según la opinión manifestada por el terapeuta.

Asimismo, se puede mejorar la relación, mostrándole al paciente la experiencia, cordialidad y comprensión del terapeuta.

A continuación, se presentan recomendaciones que ayudan a propiciar una relación terapeuta-paciente más armónica:

- ⇒prestarle mucha atención a sus expresiones verbales y no verbales.
- ⇒concentrarse en las respuestas que son intercambiables con aquellas expresadas por él formular expresiones en un lenguaje apropiado.
- ⇒responder en un tono afectivo similar.
- ⇒mostrarse sensible.
- ⇒expandir y clarificar sus experiencias.
- ⇒concentrarse en lo que el paciente no puede expresar.
- ⇒utilizar sus respuestas como la mejor pauta para evaluar la eficacia de las preguntas.
- ⇒manifestar una mentalidad abierta, respetando los derechos del paciente.
- ⇒mantener siempre un buen contacto visual.
- ⇒crear una atmósfera que facilite la expresión del paciente.
- ⇒saber escuchar.

Tratando de evitar exclamaciones de sorpresa o de excesiva preocupación, juicios moralistas o críticas, promesas falsas, manifestaciones de impaciencia, discusiones, comentarios innecesarios, interrupciones inadecuadas, antipatía o distracción (Kanfer y Goldstein 1992; Jiménez y Pinzón, 1983; Garfield, 1979; Fiorini, 1992; Bingham, 1973; Ander-Egg, 1979).

Por lo tanto, existen variables importantes a tomar en cuenta en la relación terapeuta-paciente, por ejemplo la influencia que ejercen determinadas condiciones variables de la situación misma de la entrevista.

Uno de estos factores es la identidad de los participantes, en donde la edad, sexo, raza, inteligencia y cultura general, tipo de educación, experiencia vivida en los diferentes medios sociales, nivel económico-social, filiación religiosa, etcétera; intervienen, de una u otra manera en la relación terapéutica (Nahoum, 1983).

En relación a las características del terapeuta, influye: la presentación, sociabilidad, motivación y afectividad, prestigio personal, competencia profesional, iniciativa, experiencia, concepciones psicológicas que prefiere, sus conceptos sobre el objetivo de la entrevista, entre otros (Kanfer y Phillips, 1980; Fiorini, 1992; Dana, 1966; Garfield, 1979; Goode y Hatt, 1980; Murdock y Fremont, 1989). Por parte del paciente, se encuentra: la presentación, habilidades de comunicación y sociabilidad, estado físico y psicopatológico, motivaciones propias de la entrevista, situación social en el momento de la misma, etcétera (Nahoum, 1985).

En relación a la situación de entrevista, las condiciones variables son: ubicación de la entrevista en relación al proceso de examen o serie de entrevistas, condiciones de la concertación de la cita y su carácter más o menos voluntario, disposiciones materiales, fuentes de información adicionales a la entrevista por parte del terapeuta e institución en la cual se desarrolla ésta. En cuanto a la forma y contenido de la entrevista, tenemos que es importante considerar: su estructuración (tipo de bienvenida, explicación de su finalidad, definición del papel del entrevistador, etcétera), grado de planificación, formas y contenidos de las preguntas, conducción de la entrevista y la acción del terapeuta (Nahoum, 1985).

Es importante tomar en cuenta el estado físico y psicológico del terapeuta, ya que al momento de realizar una entrevista, es necesario que no esté fatigado, preocupado por su salud o sus dificultades familiares o profesionales, no estará bien dispuesto; sus reacciones y su adaptación al caso carecerán de la indispensable flexibilidad. Podrá dominarse o tomar control de la situación momentáneamente, pero a disgusto y esto es insuficiente.

Finalmente, intervienen en menor medida, la iluminación del consultorio o cubículo de terapia, el mobiliario, el ruido exterior y la vestimenta del terapeuta o del paciente (Nahoum, 1985).

Por lo tanto, la pericia para realizar una entrevista no reside únicamente en un factor, sino en una variedad de ellos, extraordinariamente compleja. Hábitos, destreza, técnica, actitudes, etcétera; todos ellos forman parte del conjunto. La competencia sólo se logra después de estudios escrupulosos y diligentes, prolongada práctica, y una serie de ensayos, pues el campo de la entrevista no es de ninguna manera una ciencia exacta; es un “arte” (Bingham, 1973).

A partir de lo anterior, se puede afirmar que la entrevista es un instrumento muy importante para el terapeuta en la práctica clínica; por lo tanto, el adecuado desempeño en ella permitirá recabar información de suma validez y confiabilidad; así como elegir el tratamiento más idóneo para solucionar la problemática del paciente.

El realizar una entrevista correctamente, es un conjunto de habilidades que desarrolla el terapeuta a lo largo de su ejercicio profesional; y una manera para conocer cómo se desenvuelve en esta, es a través de un adecuado sistema de observación.

Considerando la relevancia de éste aspecto, el capítulo siguiente abordará lo relacionado con los sistemas de observación y registro; así como la confiabilidad de los datos observados.

CAPITULO 2

LOS DATOS EN LA INVESTIGACION

A) LA OBSERVACION CIENTIFICA

La ciencia parte de los objetos, pero no los estudia ni los describe; abstrae propiedades de ellos y en este sentido, crea dimensiones de conocimiento que trascienden a su experiencia directa (Ribes y López, 1985).

Por lo cual hace uso de la investigación, que consta de fases de procedimiento, tales como: a) la formulación directa del problema, b) la obtención de datos, c) la elaboración y análisis de los mismos, d) la interpretación de los resultados y e) la comunicación de los resultados (Arnau, 1978; Anguera, 1988; Baena, 1990).

Para ello, el investigador utiliza la observación como instrumento básico para el logro de sus objetivos empíricos; ya que sólo a través de ésta se pueden llegar a obtener conceptos con significancia objetiva; la ciencia ha logrado obtener una gran cantidad de conocimiento mediante su empleo sistemático (Arnau, 1978; Anguera, 1988).

Es decir, controlando la situación experimental y describiendo detalladamente lo que realizan; de tal manera que otros investigadores puedan repetir sus experimentos y obtener resultados iguales o semejantes; en otras palabras, la objetividad ayuda a los científicos a librarse de sus prejuicios y a lograr condiciones públicamente verificables. En consecuencia, la ciencia es un proceso público social; que comienza con la observación y finalmente tiene que regresar a ella para encontrar su consolidación final (Goode y Hatt, 1980; Kerlinger, 1985; Díaz y Arias, 1981).

Es por ello, que las observaciones científicas surgen de las experiencias más casuales, respecto a un tema formalizado hasta el máximo; y de mediciones abstractas de variables, mediante instrumentos de precisión. Sin embargo, aun cuando la ciencia ha crecido mucho, no quedan arrinconadas las sencillas formas de mirar y escuchar, éstas no sólo contribuyen al fundamental y variado conocimiento acerca de las relaciones sociales, por el que todos comienzan sus estudios, sino que son las principales técnicas de recopilación de datos, para muchas de las investigaciones modernas (Goode y Hatt, 1980).

En consecuencia, la observación no es la mera percepción de un fenómeno externo, es una relación del hombre con las cosas; es decir, puede definirse como cualquier tipo de dato obtenido al anotar eventos, contarlos, medirlos, registrarlos. Para lo cual, recurre a procedimientos sistemáticos y estandarizados; éstos tienen como finalidad técnica, el permitirle al investigador obtener medidas de variables. Por lo tanto, el objetivo principal de realizar las observaciones es, el de medir variables y relacionarlas (Kerlinger, 1986; Bleger, 1977; Rojas, 1989).

Se ha señalado (Ander-Egg, 1979; Arnau, 1978; Kerlinger, 1985; López, Oviedo y Peláez, s/año; Ander-Egg, 1983; Rojas, 1989), que para realizar la observación de un fenómeno en particular, se debe partir de los siguientes aspectos:

- Qué deberá ser observado. Lo que implica una labor de selección, para poseer una previa estructura teórica o esquema conceptual.
- Cómo debemos observar. Las condiciones a modo de reglas para establecer la naturaleza de la situación sobre la que se realizarán las observaciones y los procedimientos e instrumentos a utilizar.
- Qué técnica de registro se empleará. Lo que nos va a permitir manejar de alguna manera los datos en bruto que hayamos obtenido.
- A qué comprobaciones y controles de validez y confiabilidad, estarán sujetas las observaciones.

Cabe mencionar, que la observación es especialmente eficaz y adecuada para: a) casos en donde los sujetos son incapaces de proporcionar información verbal de sus comportamientos, b) aquellos contextos donde los sujetos no manifiestan el deseo explícito de informar y, c) los datos son tomados exactamente en el momento en que ocurren. Su campo de aplicación, lo constituyen los estudios culturales y antropológicos; particularmente con niños, por la imposibilidad de mantener su atención en tareas de larga duración y límites comunicativos (Arnau, 1978).

B) LOS METODOS DE INVESTIGACION

La observación, se encuentra inmersa en tres métodos básicos de investigación, como a continuación se presenta:

* **METODOS NATURALES.** En donde el observador no interviene activamente en la situación, ni modifica el curso natural de los procesos; su papel es pasivo, es decir, constatando solamente. Suelen denominarlos también estudios de campo (fuera del laboratorio); por lo que se consideran una fuente inagotable de nuevas ideas y conceptos. En éstos, se encuentran sistemas de observación como:

- **Categorización:** Expresión concreta de la conducta, que proporciona un marco de referencia que permite recoger y organizar sistemáticamente los datos.

- **Escalas de Evaluación:** Conjuntos de valores, que describen diversos grados de posesión de una característica psicológica por parte de los sujetos; proporciona datos ya cuantificados (Arnau, 1978).

- **Sistemas de Muestreo de Conductas:** Lo que implica a) registro como un todo, en donde se anotan rasgos de la conducta o características de un evento no referido específicamente a un aspecto concreto, sino a una situación global, buscando en conjunto el repertorio conductual; b) descripciones de conductas típicas, se ciñen a fragmentos de conducta que se presentan en situaciones tipificadas, es decir, claramente definidas y diferenciadas; c) muestreo de tiempo, se selecciona un determinado intervalo de tiempo el cual se aprovecha para realizar las observaciones, permitiendo conocer la ocurrencia de conductas; y d) muestreo segmental, se selecciona una actividad determinada

registrándose las veces que aparece en un determinado intervalo de tiempo, lo que permite conocer la intensidad de la conducta (Anguera, 1988; Arnau, 1978; Buchard, Granger y Ladoucer, 1987).

- * **METODO DIFERENCIAL O SELECTIVO.** El observador aprovecha las diferencias existentes entre los propios datos como sistema de clasificación de las observaciones, formando los grupos en base a esta dicotomía; se puede esperar que cualquier cambio que se opere en la conducta observada de los individuos, sea por efecto de la categorización previa. Dentro de este método se encuentra al correlacional, que tiene como objetivo primordial, el comprobar la relación existente entre dos o más hechos observados o medidos, tal como se presentan en la naturaleza; el investigador puede utilizar una variable, sin que haga falta la manipulación de la misma, por ejemplo el sexo o la edad de los sujetos observados.
- * **METODOS EXPERIMENTALES.** Implica aquellas situaciones en las que el investigador introduce un estímulo o modifica alguno de sus componentes y a continuación observa cómo reacciona el individuo. Lo que pretende es provocar la respuesta del sujeto a fin de convertirla en dato; utilizando el control de la variable independiente, manipulándola, determinando sus valores, en suma depende de él; el principio básico del que subyace es que la experimentación consiste en actuar directamente sobre las condiciones que influyen en los sujetos, con el fin de observar de qué manera su conducta acusa la acción de tales condiciones. Las variantes de este método son:
 1. **Experimentos de Campo** Implica la manipulación directa de las condiciones experimentales, el investigador puede seleccionar a los sujetos y medir las condiciones existentes en el campo, a fin de establecer o descubrir posibles relaciones; exige que las condiciones se hayan preparado de antemano y que sean en contextos reales (Arnau, 1978).
 2. **Experimentos de Laboratorio.** Consiste en aquella situación donde el experimentador produce las condiciones bajo las cuales va a observar la conducta, con absoluto control de las variables, con lo cual se puede obtener una medida precisa y una observación exacta de cómo se comporta el sujeto frente a una serie de estímulos; este tipo de experimentos no pretende analizar el comportamiento con su complejidad real, sino crear una situación en la cual se vea claramente cómo operan las variables específicamente identificadas y definidas (Arnau, 1978; Scott y Wertheimer, 1981).

C) INSTRUMENTOS DE OBSERVACION

Por lo tanto, al hablar de observación en los métodos de investigación, se tiene que hacer referencia en términos generales, a los registros. Estos son sistemas de recolección de información que dependen de la fase en que se encuentra el estudio observacional y de las áreas de la conducta registrada.

Se dividen en sistematizados y no sistematizados. Estos últimos consisten en una descripción simple, llana y en estilo narrativo que recoge cualitativamente todas las características de la conducta, evento, escena o situación que se observa; no implica forzosamente orden o secuencia en su exposición, no se parte de un objetivo bien definido y la delimitación concreta surgirá a partir de esta descripción (observación pasiva), o bien, una clara ordenación de las informaciones registradas (observación activa).

Los registros sistematizados por su parte, expresan en términos observables toda la información contenida en conductas o eventos, procurando no perder los datos y permitiendo funcionalidad y rapidez con un adecuado adiestramiento. Pueden utilizar dos métodos de recolección de datos: el continuo y el de muestreo; en el primero, los datos se recogen continuamente en un período de tiempo; en el segundo, los datos sólo se recogen para una parte del tiempo total. En consecuencia, dos son los formatos de recolección de datos empleados con mayor frecuencia: 1) los recuentos presentes de la conducta y, 2) la clasificación todo o nada (Anguera, 1988; Craighead, Kazdin y Mahoney, 1984).

Es importante identificar que, cuando la observación tiende a catalogar, localizar y cualificar las manifestaciones, y los cambios que se producen en el campo de investigación, de manera sistemática, se plantean algunas dificultades. Por lo que conviene definir criterios que permitan decidir la pertinencia de los fenómenos que se han de tener en cuenta y disponer de sistemas de categorización con los cuales puedan ser registrados (Grisez, 1977).

La categorización se considera un intento progresivo de agrupar la información recogida, en base a determinados criterios, que en algunos casos ya se encuentran de antemano perfilados, o bien, en otros son susceptibles de constantes revisiones y adaptaciones.

El primer paso para categorizar, es confeccionar una lista de rasgos en la cual se anotan todas las diversas ocurrencias de conducta; posteriormente, se inicia el proceso de conversión de esta lista a un primer sistema provisional de categorías, que se deben pulir mediante su revisión, para controlar al máximo la definición de cada una de ellas; así como poseer una relación ordenada, para facilitar su análisis e interpretación (Anguera, 1988).

Ahora bien, según diversos autores (Anguera, 1988; Kerlinger, 1985; López, Oviedo y Peláez, s/año), las categorías deben cubrir las siguientes características:

- ⇒ Los códigos deben ser exhaustivos, es decir, que no haya encubrimiento entre las categorías.
- ⇒ Las categorías deben ser mutuamente excluyentes.
- ⇒ Cada una de las categorías se debe definir con precisión y debe contener el máximo de información pertinente sobre la conducta.
- ⇒ Deben ser categorías homogéneas, todos los actos incluidos en la misma categoría, deben compartir las mismas propiedades.
- ⇒ Se debe incluir una categoría de Otras Conductas, para diferenciar la presencia o ausencia de las categorías que se definieron con aquellas que no son relevantes para el problema de interés, en la investigación.

A continuación, se presentan algunas recomendaciones propuestas por Anguera (1988) y Kerlinger (1985), para realizar categorizaciones:

1. Llevar a cabo un detenido análisis conceptual.
2. Distinguir las categorías molares y moleculares. Las molares, toman totales de conducta como unidades de observación, y las moleculares, toma fragmentos más pequeños de conductas como unidades de observación.
3. Tomar decisiones acerca del tamaño o amplitud de cada categoría.
4. Debe existir coincidencia entre diversas personas que categorizan la misma conducta, ya que garantiza en cierto modo la validez de la clasificación.

5. Definir las categorías de manera que sean identificadas inequívocamente.
6. Tener un cálculo de coeficientes u ocurrencia de conductas por intervalo.

Por otro lado, es pertinente destacar que las categorizaciones que se realicen en una investigación en particular, dependerán en gran medida del marco teórico que la sustente. Es así, como cada una de las ciencias empíricas ha elegido dentro del área de la conducta humana, un tipo particular de comportamiento; que representará, las observaciones, los fenómenos, es decir, los datos de esa ciencia social en particular (Pardinás, 1985).

Especialmente en Psicología, se pueden registrar datos de observación directa del comportamiento, analizándolos de manera que se aclare su naturaleza secuencial (es decir, comprender cómo la conducta se produce momento a momento). Por lo tanto, el enfoque secuencial es el que ofrece las mejores posibilidades para aclarar el proceso dinámico de la interacción social. En el está inmersa la observación sistemática, con dos modalidades: a) las descripciones narrativas y, b) las escalas de apreciación o evaluación. La observación sistemática, es una vía específica de acceso a la cuantificación de la conducta; su propósito es definir sus modalidades en códigos conductuales (sistemas de categorías), y que los observadores registren cada vez que ocurren las conductas, mediante su código correspondiente; es decir, recurre a la observación por medio de las categorizaciones (López, Oviedo y Peláez, s/año; López y Torres, 1991; Bakeman y Gottman, 1989).

Las categorizaciones provienen de una población de comportamientos, por lo que resulta conveniente distinguir entre catálogo conductual y repertorio conductual. Repertorio conductual, es el grupo de comportamientos que son mutuamente excluyentes y colectivamente exhaustivos. Por otro lado, el catálogo conductual es una muestra del repertorio, y está integrado por el listado de categorías que un investigador en particular utiliza para la observación de un fenómeno (López y Torres, 1991; López, Oviedo y Peláez, s/año).

Para la realización de un catálogo conductual, es necesario, como en toda investigación, que se precise y describa el objetivo, se formulen hipótesis sobre qué es lo que se espera encontrar, acerca de la existencia o relación entre dos variables; así como definir lo que conceptualmente parece más importante, además de encontrar alguna forma particular de medida y establecer su confiabilidad. Un requisito básico para este tipo de observaciones, es replicar y buscar la consistencia en diferentes estudios (Bakeman y Gottman, 1989; Anguera, 1988).

Cuando se llega a utilizar la categorización de conducta, es indispensable conocer cuál es su esquema de codificación; si es Físico, donde clasifica el comportamiento con claras y conocidas raíces en la fisiología del organismo, o Social, que estudia la conducta a partir de una clasificación que depende del investigador, y se apoya en tradiciones culturales o simplemente negociaciones entre los sujetos; el observador es considerado como un informante (Bakeman y Gottman, 1989).

En términos generales, como lo plantean Ander-Egg (1979), Kendall y Norton-Ford (1988), López, Oviedo y Peláez (s/año); las observaciones del comportamiento que se registran por medio de sistemas de codificación, presentan una metodología como la siguiente:

- El psicólogo, debe reunir un conjunto preliminar de categorías para la observación; sus objetivos deben ser pertinentes y amplios. Debe basarse en su experiencia clínica, en investigaciones, teorías, estudios de casos, entrevistas con personas experimentadas y en especial, observaciones piloto de personas representativas de la evaluación a realizar.
- Cada una de las categorías conductuales, debe ser definida operacionalmente, es decir, indicar comportamientos o características de situaciones específicas y directamente observables; de manera que dos observadores puedan estar de acuerdo en su presentación.
- Se debe demostrar, que las categorías que se establecen son representativas de comportamientos significativos en la vida real (validez de contenido); además de que se observe una muestra compleja y representativa de personas, situaciones y periodos (validez externa).

- Al tiempo en que se formulan las definiciones operativas, se tienen que seleccionar las personas que servirán de observadores. Con frecuencia se recurre a los propios investigadores o clínicos auxiliares.
- Elegir, las condiciones de observación (campo o laboratorio), definir las sesiones de observación y la duración de la sesión; seleccionar las técnicas de observación (muestreo de eventos, continuo, intrasesión), y establecer índices de concordancia.
- Niveles de medición de las técnicas de observación:
 - duración de la conducta
 - duración de la sesión
 - frecuencia de ocurrencia
 - frecuencia de no ocurrencia
 - intervalo interrespuestas
 - prevalencia
 - tasa de ocurrencia
 - medida de frecuencia
 - medida de intervalo interrespuesta
- Decidir el procedimiento específico de observación. Observación participativa (en donde los observadores se encuentran en la situación directa de investigación), espejos unidireccionales, transcripciones por escrito, transcripciones en cintas de audio o video.
- Elegir formato de calificación. Los observadores, pueden escribir o marcar categorías conductuales en una hoja ya preparada; recurrir a la microtecnología de computadoras, que registran el tiempo al oprimir el interruptor correspondiente a un comportamiento.

- Entrenar a los observadores para que sus calificaciones sean precisas, conociendo bien el código de observación; por ejemplo, mediante un manual de definiciones operativas detalladas de las conductas a registrar; así como practicando con ensayos de observación breves y progresivos.

D) LA CONFIABILIDAD DE LOS DATOS OBSERVACIONALES

Ahora bien, es necesario que cualquier tipo de observación posea dos condiciones básicas para que se le considere científica, y por ende constructiva; la objetividad y la verificabilidad, esto implica indicar bajo qué condiciones se realizarán las observaciones; para que, de este modo, cualquier otro investigador pueda reproducir exactamente dichas condiciones y observar de nuevo el mismo fenómeno. Existen diversas maneras por las que los investigadores aumentan la objetividad de sus datos; por ejemplo, mediante el empleo de instrumentos que registren automáticamente la conducta de interés, ya sea filmando la situación de modo que ellos mismos u otros investigadores tengan acceso a los datos (Arnau, 1978; Craighead, Kazdin y Mahoney, 1984).

Los medios o instrumentos de observación son los elementos que facilitan, amplían o perfeccionan la tarea de observación realizada por el investigador (Ander-Egg, 1979).

En cuanto a la utilización de medios electrónicos, estos son de gran ayuda, puesto que representan un ahorro de tiempo y de trabajo; facilitan la obtención de datos, minimizan las distracciones y presentan datos legibles desde el inicio de la investigación. Se considera, que el filmar las conductas que deseamos observar, representa el medio más preciso con el que se cuenta; sin embargo, cabe destacar que el empleo de éste o de cualquier otro medio electrónico, depende del problema planteado (Bakeman y Gottman, 1989; Ander-Egg, 1983).

Al hablar de objetividad, también se hace referencia a la precisión de los datos registrados; con la finalidad de que se puedan llegar a obtener conclusiones significativas de investigación. Por esta razón, se evalúa la concordancia entre observadores a través de: a) estar seguro de que la calificación de un sólo observador a través del tiempo es consistente, b) midiendo que dos o más observadores están de acuerdo en sus observaciones, en cuanto a una misma situación, c) que al utilizar la categorización de conductas, lo que se observe no refleje indebidamente los deseos del investigador (Bakeman y Gottman, 1989; Blanco, 1991; Kendall y Norton-Ford, 1988).

Un aspecto práctico para saber que se mide en forma exacta lo que la investigación pretende, es mediante la fiabilidad, la cual evalúa cuán precisa es una medida, cuánto se acerca a la “verdad” (Kerlinger, 1985; Ander-Egg, 1983).

Por lo tanto, la fiabilidad se calcula por medio de las siguientes fórmulas:

- ◆ El índice de fiabilidad de acuerdo a López, Oviedo y Peláez (s/año); Anguera (1988); Buchard, Granger y Ladouceur (1987); Bakeman y Gottman (1987), se calcula por medio de la fórmula siguiente:

$$\frac{\text{No. Total de Acuerdos}}{\text{No. Total de Acuerdos} + \text{No. Total de Desacuerdos}} \times 100$$

- ◆ El coeficiente de Kappa, estadístico de concordancia que corrige el azar, se obtiene según López, Oviedo y Peláez (s/año); y Bakeman y Gottman (1989), por medio de la fórmula:

$$K = \frac{P_o - P_c}{1 - P_c}$$

En donde:

Po = proporción de eventos observados realmente

Pc = proporción aleatoria de acuerdos

- ◆ El Índice Global de Hopkins y Herman (en Anguera, 1988), se obtiene por medio de la siguiente fórmula:

$$\text{Diferencia Global} = \frac{O1y2 + N1y2}{T} \times 100$$

En donde:

O1y2 = No. de intervalos en que los observadores 1 y 2,
registran la respuesta como ocurrencia

N1y2 = No. de intervalos en que los observadores 1 y 2,
registran la respuesta como no ocurrencia

T = No. total de intervalos.

El coeficiente de Kappa ofrece muchas ventajas en su cálculo, la más importante es que muestra los acuerdos y desacuerdos en los datos; este cálculo puede adaptarse a dos o más observadores y generalizarse a varias situaciones. Por estas razones, se empleó en ésta investigación para obtener la confiabilidad de los resultados.

Según Blanco (1981), generalmente en los datos observacionales existen tres formas de entender la fiabilidad:

1. Acuerdo entre observadores, considera las observaciones realizadas por diferentes investigadores en un mismo momento.
2. Una prueba psicológica estandarizada, donde se calcula el coeficiente de correlación: a) Fiabilidad Intraobservadores, un investigador en diferentes momentos (errores de comisión); o Fiabilidad Interobservadores, dos investigadores en una sola sesión (errores de omisión), b) Equivalencia, formas paralelas o equivalentes de sesiones de observación; Homogeneidad, dos mitades o partes de una misma sesión de observación; es decir, obtener puntuaciones de dos instrumentos similares o de dos partes del mismo instrumento.
3. Teoría de la Generalizabilidad. Organiza la información oponiendo las aplicaciones exploratorias a las confirmatorias, o bien las aplicaciones a priori a las a postiori; asumiendo que hay otras fuentes de variación además de las diferencias individuales, como por ejemplo, fuentes de error de los individuos, observadores, categorías y sesiones. Este enfoque fue diseñado por Cronbach, Gleser Nando y Rajaratham en 1972; y su objetivo es intentar identificar y medir los componentes de varianza que están aportando error a una situación, implementando estrategias que reducen su influencia.

En resumen, la fiabilidad o concordancia en una investigación predeterminada, estará en función de cómo el observador haya dispuesto la toma de sus datos.

Una vez planteados los sistemas de observación y de registro; así como las diferentes formas de obtener la confiabilidad de los datos; en el siguiente capítulo se delimitarán estos elementos para conformar una metodología apropiada para este tipo de investigación.

METODO

SUJETOS

Participaron dos estudiantes de Séptimo semestre de la Licenciatura en Psicología, de la E.N.E.P. Campus Iztacala. De sexo femenino, con edades de 20 y 21 años; y promedio escolar de 8.5 y 8.8 respectivamente.

ESCENARIO

Se utilizaron tres cubículos de La Clínica Universitaria de la Salud Integral (C.U.S.I.). El primero con medidas de 2.94 m. de ancho, 3.79 m. de largo y 3.00 m. de altura; consta de un escritorio, sillón reclinable, un archivero de dos cajones y 4 sillas. El segundo cubículo, con medidas de 3.91 m. de largo, 2.80 m. de ancho y 2.91 m. de altura; tiene seis sillas, una mesa de 40 cm. de ancho por 1.20 m. de largo y 75 cm. de altura. El tercer cubículo, tiene las siguientes medidas: 3.00 m. de largo, 1.46 m. de ancho y 2.78 m. de altura; además, está constituido por un escritorio, una mesa y un estante con 6 divisiones.

APARATOS

- * Cámara de video VHS y video adaptador VW/AM10, marca Panasonic, Modelo M 3000
- * Tripié para cámara de video marca Vanguard, Modelo VT/548B
- * Video Monitor marca Commodore, Modelo 1702 a color
- * Dos computadoras personales 386, marca Acer con monitor VGA a color, teclado y mouse Microsoft
- * Impresora marca Star NX-1001, Multifont.

MATERIALES

- Video cassetes formato VHS
- Diskettes para computadora de “3.5” y “5 ¼”
- Hojas blancas y lápices

DISEÑO

Son muchas las situaciones sociales o de campo, en que el investigador puede introducir algo similar al diseño experimental en su planeación de procedimientos para la recopilación de sus datos (por ejemplo, el cuándo y el a quién de la medición), aunque carezca de control total acerca de la programación de estímulos experimentales. En general, tales situaciones pueden considerarse como diseños preexperimentales (Campbell y Stanley, 1966; Arnau, 1978).

Porque se carece de control experimental total, es imprescindible que el investigador tenga conocimiento claro de aquellas variables específicas que su experimento no controla; es decir, que esté consciente de las imperfecciones que implica su diseño, para poder determinar los puntos pertinentes para las distintas interpretaciones de sus datos. Este tipo de diseños, tienen la ventaja de ser prácticos, al poseer una forma y lógica propias; reconociendo de antemano, qué es lo que hacen y qué es lo que no controlan y las posibles interpretaciones equivocadas de sus resultados, permitiendo al investigador, sacar conclusiones con todo cuidado (Campbell y Stanley, 1966; Weiss, 1985; Arnau, 1978).

Los diseños preexperimentales, generalmente emplean grupos ya constituidos naturalmente (por ejemplo: de las aulas, de hospitales, etcétera), que cuenten con características semejantes.

En la presente investigación, se empleó un diseño de tipo A-B. Este diseño consiste en la toma de una serie de mediciones repetidas de la Variable Dependiente (Línea Base), antes de que se manipule la Variable Independiente; posteriormente, se introduce esta última, la cual constituye la Fase Experimental de la investigación, y continúa observándose la Variable Dependiente.

En este trabajo, la investigación estuvo constituida por un grupo, al que se le aplicó la Variable Independiente (Retroalimentación a terapeutas). La determinación del efecto de la Variable Independiente, se dió comparando los resultados obtenidos de la Línea Base y Fase Experimental.

Ahora bien, en lo que respecta a la Línea Base, esta es definida como el período inicial de observación, en donde se mide repetidamente la frecuencia de ocurrencia natural de la conducta de interés. Su objetivo es tener un criterio de comparación para evaluar la eficacia subsecuente de la intervención experimental; además, puede funcionar como predictor del nivel futuro de la conducta deseada.

Para obtener la Línea Base, es indispensable contar con la definición clara y precisa de las conductas de interés, así como el instrumento de observación adecuado. Según Cambell y Stanley (1966), para que una Línea Base sea válida, se coleccionan los datos de al menos tres sesiones de observación; tomando en cuenta que exista estabilidad en estos.

PROCEDIMIENTO

FASE 1

Esta consistió en filmar las sesiones de terapia que los estudiantes tuvieron con pacientes que solicitaron el servicio de Psicología en La Clínica Universitaria de la Salud Integral, E.N.E.P. Campus Iztacala; lo anterior se realizó con la finalidad de registrar la frecuencia de presentación de Categorías Conductuales (Variable Dependiente) previamente definidas. De esta manera, se obtuvo la Línea Base de las tres primeras sesiones de terapia.

Se continuó filmando y registrando las sesiones de terapia que tenían los estudiantes con el paciente.

FASE 2

A partir de la cuarta sesión, se aplicó la Retroalimentación (Variable Independiente), la cual consistió en que los dos estudiantes observaron, a través de un monitor de televisión, una de sus sesiones filmadas, aproximadamente 15 minutos; este tiempo fue establecido debido a que los alumnos disponían de pocos minutos para observar las videograbaciones; además de que a lo largo de la cinta había conductas que se repetían.

Al término del intervalo, se les Retroalimentó acerca de las conductas que realizaron inadecuadamente, por ejemplo, el no mantener contacto visual con el paciente, que escribían en exceso, etcétera. Cuando el estudiante reincidía en las conductas inadecuadas que ya se le habían señalado, se les ayudó a corregirlas utilizando técnicas tales como: modelamiento y reforzamiento. Asimismo, se les reforzó positivamente aquellas conductas que realizaban adecuadamente (por ejemplo, cuando miraban a los ojos al paciente, no escribían en exceso, no repetían constantemente palabras, etcétera).

* Lista de Categorías Conductuales y su definición, que se emplearon para registrar las sesiones terapéuticas:

CATEGORIA	DEFINICION
OTRAS CONDUCTAS: OC	Comportamientos o conductas del terapeuta que no estén contempladas en las categorías que se describirán.
SILENCIO PROLONGADO: SP	El terapeuta no emite ninguna palabra por un espacio temporal de siete segundos o más; sin presentar tampoco sonidos paralingüísticos que refuercen el relato del paciente.
PREGUNTAS REPETIDAS: PR	El terapeuta insiste, por más de una ocasión, en preguntar al paciente sobre algún aspecto del problema, a pesar de que el paciente ya le haya contestado.
PREGUNTAS CONFUSAS: PC	Cuando el terapeuta plantea una interrogante al paciente, y éste le pide al terapeuta que la repita y/o explique; o bien, cuando el terapeuta en una sola pregunta, cuestiona más de un aspecto de la problemática del paciente.

* Esta lista de categorías conductuales, se elaboró a partir de la observación de filmaciones de sesiones terapéuticas que tuvieron alumnos de la carrera de psicología, con pacientes que asistieron al servicio de Psicología Clínica; realizadas anteriormente en La Clínica Universitaria de la Salud Integral (C.U.S.I.).

- ESCRIBIR EN EXCESO:
EE El terapeuta toma notas de la sesión por más de siete segundos, sin dirigirle la mirada al paciente.
- EVITAR CONTACTO VISUAL:
EC El terapeuta dirige su mirada a cualquier punto indeterminado del cubículo de terapia (paredes, piso, escritorio, etcétera), presentando encuentros visuales por menos de tres segundos con el paciente.
- INTERRUPCION INADECUADA:
II El terapeuta interviene cuando el paciente está hablando, no dejándole explicar completamente su punto de vista, preguntándole sobre otro aspecto de la vida del paciente o bien, hablándole de su vida.
- EVALUACION INAPROPIADA:
EI El terapeuta le reprocha su conducta problemática al paciente, su manera de pensar o sus pensamientos con respecto al problema, y/o le plantea lo que es “bueno” y lo que es “malo”.
- CONDUCTAS DE INSEGURIDAD:
CI El terapeuta realiza movimientos ~~constantes~~ constantes y repetitivos de conductas tales como: frotarse las manos, morderse los labios, moverse de su asiento, llevarse la pluma o lápiz a la boca, etcétera. Además, el empleo de palabras repetitivas (muletillas).

PREGUNTAS IRRELEVANTES: El terapeuta, durante el relato del paciente, plantea preguntas que no tienen relación directa con lo que está comentando el paciente en ese momento.

PI

SISTEMA DE REGISTRO

Para poder registrar las categorías que se presentaron durante las sesiones, se empleó el programa “ Sistema de Registro Conductual Computarizado “ (S.I.R.E.C.C.) (Torres, López y Zarabozo, 1991).

Esto se realizó de la siguiente manera: una vez filmadas las sesiones de terapia, se procedió a su registro. Cerca de las computadoras, se colocó el equipo adecuado (monitor y cámara de video), para reproducir las cintas. Se observó cada una de éstas y se identificaron dichas categorías, oprimiendo al tiempo que se presentaban las conductas, las teclas correspondientes. El registro de éstas se fue realizando conjuntamente por las investigadoras; con el propósito de obtener un nivel de confiabilidad apropiado para dicha investigación.

Se consideró importante, el observar primero las sesiones grabadas, con el fin de familiarizarse con las categorías; evitando con ello dudas o confusiones, en el momento de registrar las categorías en el programa computacional.

El Sistema de Registro Conductual Computarizado, permite identificar los datos del registro (fecha y número de sesión) y del observador (nombre), así como acceder categorías observacionales pertinentes al evento observado (hasta nueve categorías distintas y mantiene fija una décima categoría de “ OTRAS CONDUCTAS “) (López, Torres y Zarabozo, 1991).

Este sistema de registro, contiene un archivo que permite utilizar un conjunto de categorías previamente definido y utilizarlo, o bien acceder un nuevo conjunto de categorías cada vez que sea operado (López, Torres y Zarabozo, 1991).

Asimismo, contiene un reloj interno de tiempo real que automáticamente registra el momento de ocurrencia y la duración de una determinada categoría conductual; lo anterior, permite que el observador prescinda del cronómetro y elimina las pérdidas de observaciones de eventos del flujo conductual, debidas a la lectura del cronómetro (Torres, López y Zarabozo, 1991).

El Sistema de Registro Conductual Computarizado, archiva los datos organizados de tal modo que permite su transferencia directa (en código ASCII), a diversos procesadores de texto, graficadores y paquetes estadísticos (por ejemplo: Word Perfect, Harvard Graphics y Systat) (Torres, López y Zarabozo, 1991).

Un rasgo más de este sistema, es que analiza de modo inmediato diversas propiedades de los datos como la frecuencia acumulada, la frecuencia acumulada de cada una de las categorías, la duración, y la duración acumulada de cada una de ellas, así como la secuencia de las conductas (Torres, López y Zarabozo, 1991).

A continuación, se presenta un esquema que muestra la manera como se distribuyen las categorías en la pantalla de la computadora, antes de iniciar el registro:

REGISTRO CONDUCTUAL COMPUTARIZADO		
7	8	9
Categoría 7	Categoría 8	Categoría 9
EI	CI	PI
4	5	6
Categoría 4	Categoría 5	Categoría 6
EE	EC	II
1	2	3
Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3
SP	PR	PC
0		
Categoría 0		
OC		

D= Definir etiquetas / C= Continuar / Esc= Terminar

Esta forma de presentación permanente, conspicua (cintilante) y en la misma ubicación dentro de la pantalla del monitor, permite que los observadores aprendan y memoricen de modo más rápido las categorías conductuales que se registran, que están en una relación unívoca con el teclado numérico de la computadora; asimismo impide las pérdidas de observación debidas al movimiento que realiza el registrador para anotar sus observaciones en la hoja de registro usada comúnmente (Torres, López y Zarabozo, 1991).

La razón por la cual se empleó un equipo computacional, fue porque representa el medio ideal de codificación, para minimizar cualquier tipo de error o pérdida de información

RESULTADOS

En base a los datos obtenidos en esta investigación, se procede a presentarlos de la siguiente manera: en primera instancia, se muestra los índices de Confiabilidad, en relación a la concordancia entre observadores. Posteriormente, se muestran las frecuencias totales para cada una de las categorías conductuales por sesión. A continuación, se describen los resultados obtenidos a través de la Técnica de Series de Tiempo Simplificado (Tryon, 1982).

A partir del Coeficiente de Kappa, estadístico para calcular la concordancia entre observadores (López, Oviedo y Peláez, s/año; Bakeman y Gottman, 1989), se encontró un índice de confiabilidad del 80%, obteniéndose a través de la Media del total de sesiones registradas (15).

Se presentan dos figuras para cada categoría conductual, en una se muestran el nivel y los rangos de variabilidad; y en la otra la tendencia (Figuras 1 a la 20).

Es importante aclarar, que el empleo de diferentes escalas de frecuencia en las Figuras fue debido a que en algunas categorías conductuales, la frecuencia fue muy baja, y no se hubieran apreciado los resultados obtenidos a través del análisis estadístico.

Como se puede observar en las Figuras 1 y 2, durante la Línea Base la frecuencia de la categoría Otras Conductas tiende a decrementar; y en la Fase Experimental, disminuye en comparación con la primera; sin embargo, la frecuencia se mantiene a un mismo nivel. A través de la Técnica de Series de Tiempo Simplificado, se encontró que existe estabilidad, y una tendencia a que los datos decrementsen en las dos Fases (Línea Base y Experimental).

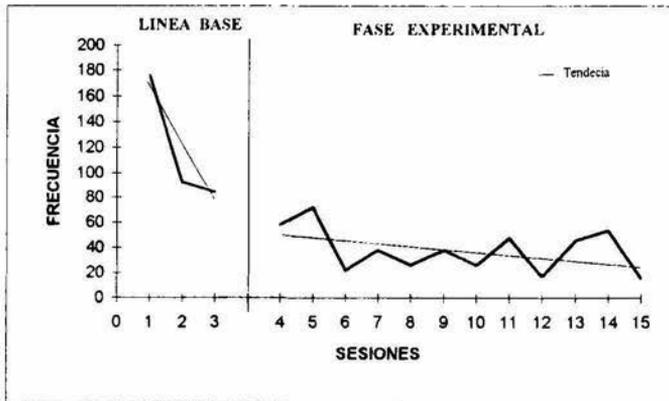
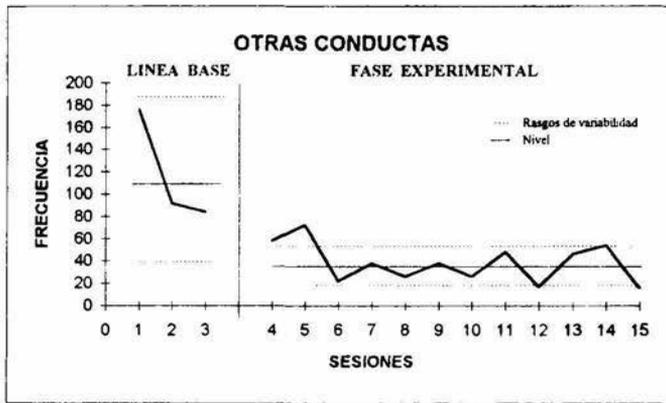


Fig. 1 y 2 Frecuencia, Nivel, Rangos de Variabilidad y Tendencia de la categoría Otras Conductas; en la Línea Base y Fase Experimental.

En las Figuras 3 y 4, se muestra que la frecuencia de la categoría Silencio Prolongado, en la Línea Base tiende a decrementar, y en la Fase de intervención también disminuye, hasta llegar a desaparecer. Conforme al análisis estadístico (Series de Tiempo Simplificado), se encontró que no existe estabilidad en los datos de la Línea Base; a diferencia, de la Fase experimental, en donde sí se presentó estabilidad. En relación a la tendencia, esta decremента tanto en la Línea Base como Fase experimental.

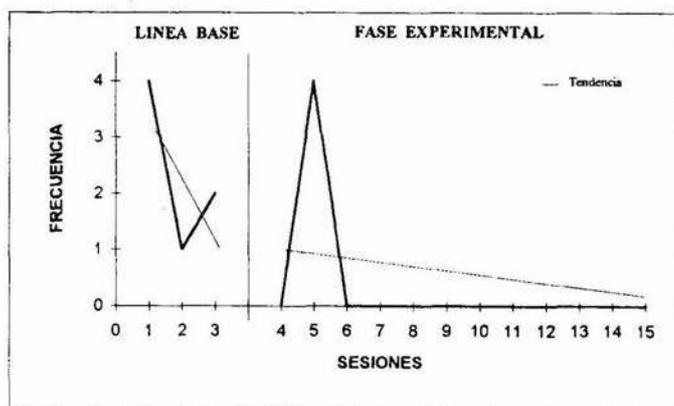
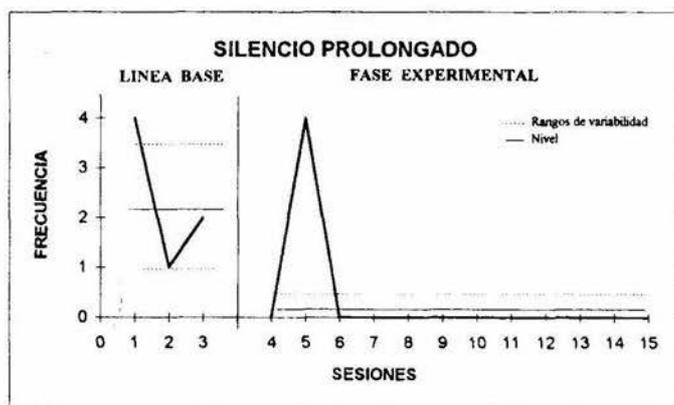


Fig. 3 y 4 Frecuencia, Nivel, Rangos de Variabilidad y Tendencia de la categoría Silencio Prolongado; en la Línea Base y Fase Experimental.

Como se puede observar en las Figuras 5 y 6, la categoría Preguntas Repetidas, sólo se presentó en la Línea Base, con una tendencia a decrementar. A través de la Técnica de Series de Tiempo Simplificado, se encontró que existe estabilidad en los datos de la Línea Base.

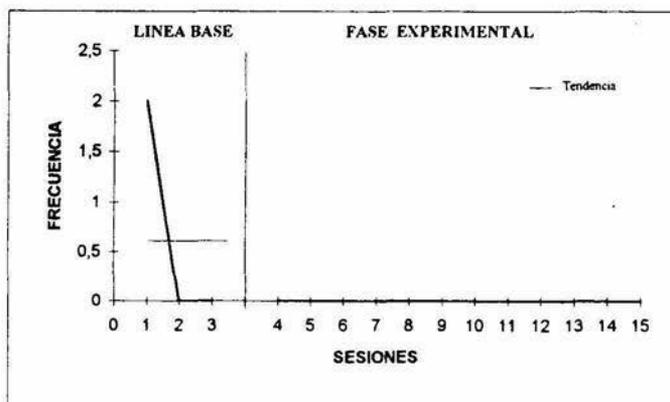
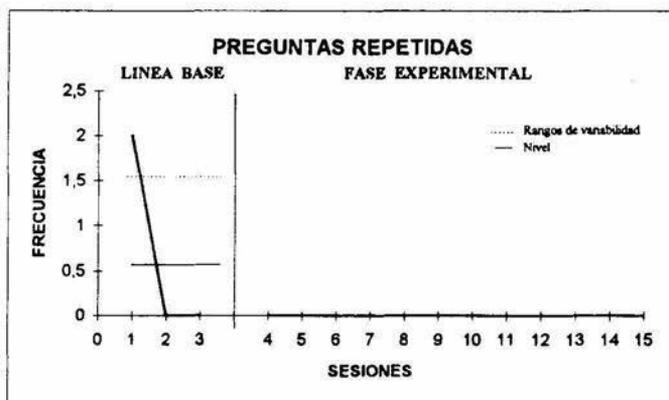


Fig. 5 y 6 Frecuencia, Nivel, Rangos de Variabilidad y Tendencia de la categoría Preguntas Repetidas; en la Línea Base y Fase Experimental.

En las Figuras 7 y 8, se muestra que la frecuencia de la categoría Preguntas Confusas en la Línea Base es muy variable, y en la Fase experimental decrementa en comparación con la Línea Base, continuando variable. Empleando la Técnica de Series de Tiempo Simplificado, se encontró que tanto en la Línea Base como Fase experimental, existe estabilidad en los datos. La tendencia en la Fase de intervención, es de decremento.

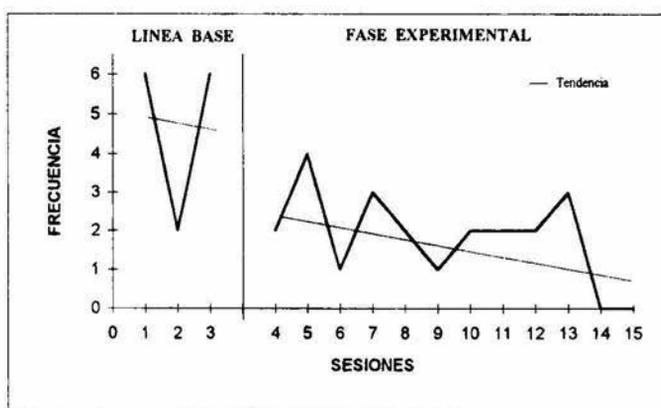
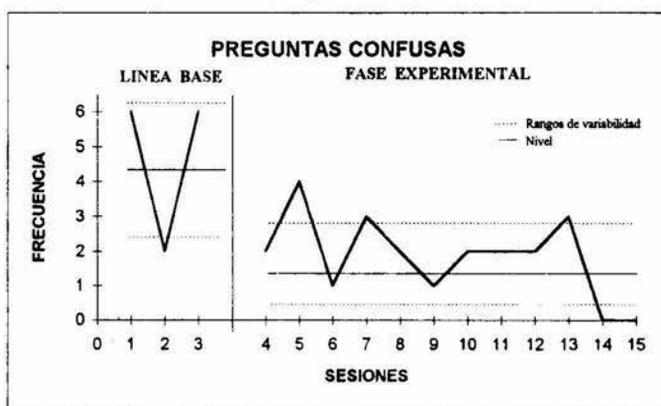


Fig. 7 y 8 Frecuencia, Nivel, Rangos de Variabilidad y Tendencia de la categoría Preguntas Confusas; en la Línea Base y Fase Experimental.

Como se puede observar en las Figuras 9 y 10, durante la Línea Base y Fase experimental, la frecuencia de la categoría Escribir en Exceso, tiende a decrementar, presentándose en la Fase Experimental una disminución considerable en comparación con la primera. A través de la Técnica de Series de Tiempo Simplificado, se encontró que no existe estabilidad en la Línea Base; sin embargo, en la Fase de intervención si se presenta estabilidad. En ambas fases (Línea Base y Experimental), hay una tendencia a decrementar.

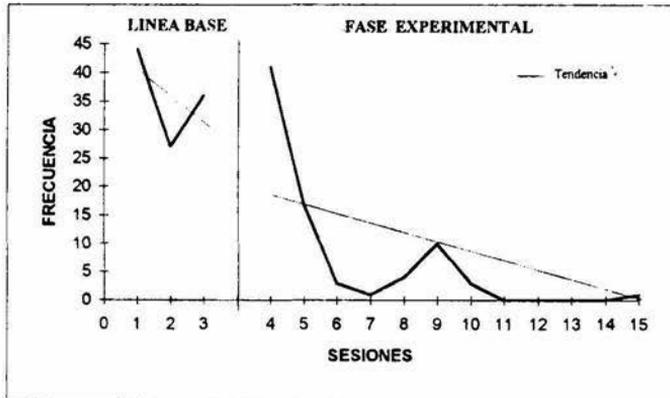
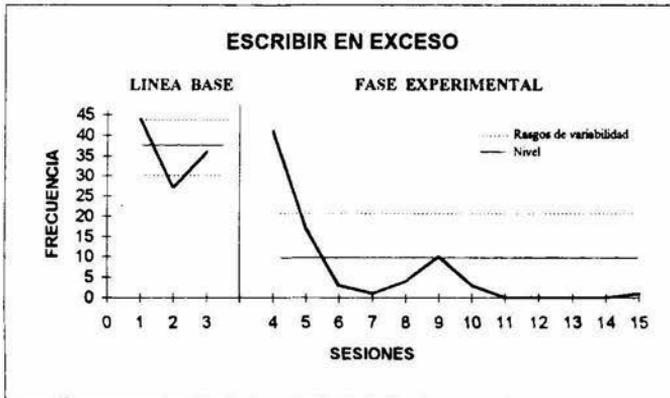


Fig. 9 y 10 Frecuencia, Nivel, Rangos de Variabilidad y Tendencia de la categoría Escribir en Exceso; en la Línea Base y Fase Experimental.

En las Figuras 11 y 12, se puede observar que la frecuencia de la conducta Evitar Contacto Visual en la Línea Base, tiende a decrementar y en la Fase experimental, disminuye en comparación con la Línea Base. Empleando la Técnica de Series de Tiempo Simplificado, se encontró que tanto en la Línea Base como Fase experimental, existe estabilidad en los datos; además, se observa que para ambas fases la tendencia es a decrementar.

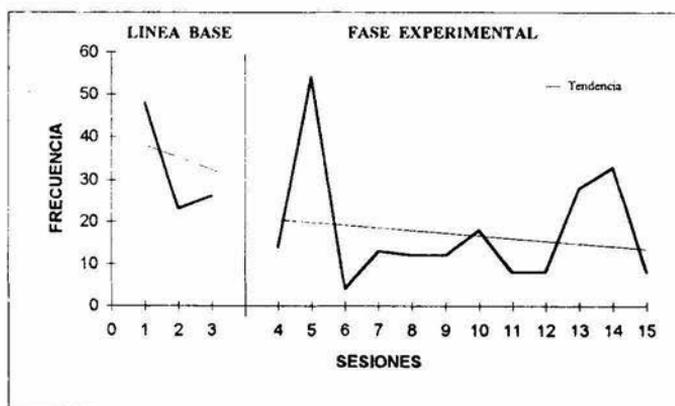
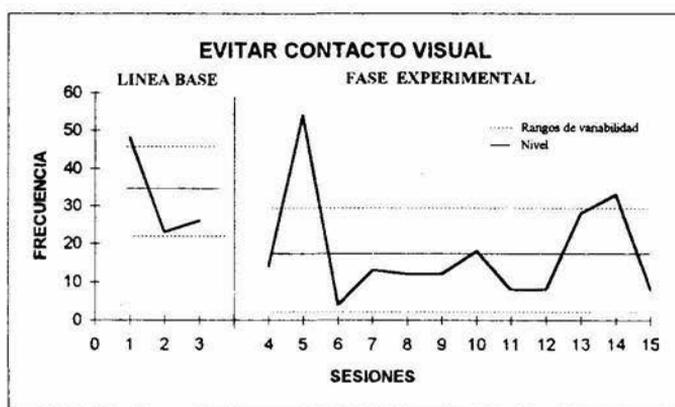


Fig. 11 y 12 Frecuencia, Nivel, Rangos de Variabilidad y Tendencia de la categoría Evitar Contacto Visual; en la Línea Base y Fase Experimental.

Como puede observarse en las Figuras 13 y 14, durante la Línea Base no se presentó la categoría de Interrupción Inadecuada, y durante la Fase de intervención, se observa que la frecuencia de dicha categoría aumenta y posteriormente disminuye. En base al análisis estadístico realizado (Técnica de Series de Tiempo Simplificado), se encontró que existe estabilidad en los datos, y una tendencia a incrementar.

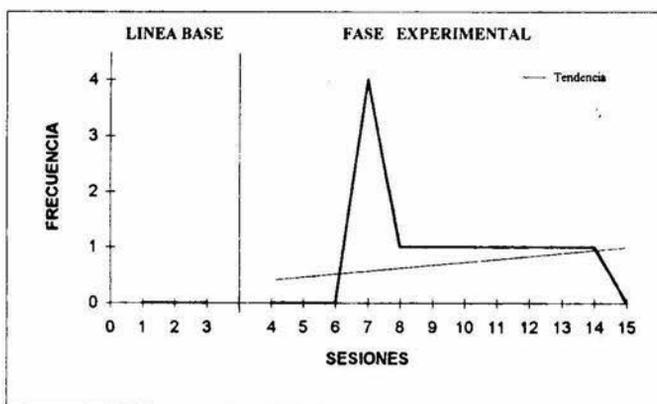
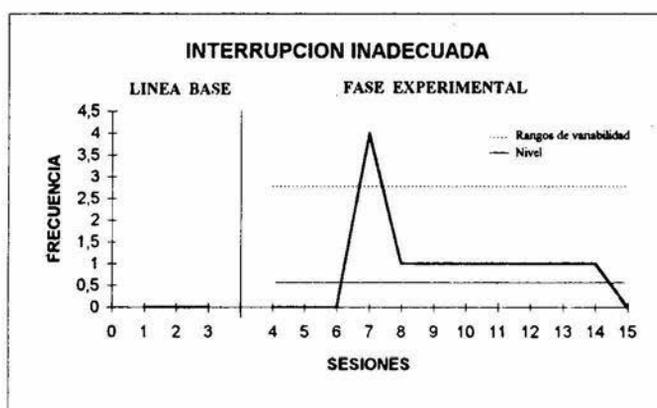


Fig. 13 y 14 Frecuencia, Nivel, Rangos de Variabilidad y Tendencia de la categoría Interrupción Inadecuada; en la Línea Base y Fase Experimental.

En las Figuras 15 y 16, se muestra que durante la Línea Base, no se presentó la categoría Evaluación Inadecuada, y en la Fase de intervención si se observa frecuencia, la cual posteriormente disminuye. Mediante la utilización de la Técnica de Series de Tiempo Simplificado, se pudo observar que los datos de la Fase experimental sí son estables, y con una tendencia a decrementar.

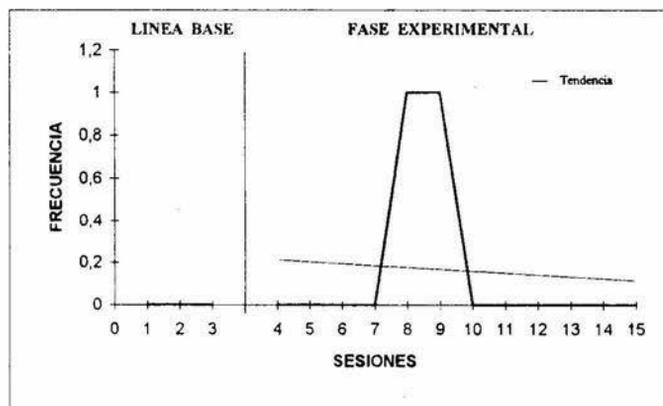
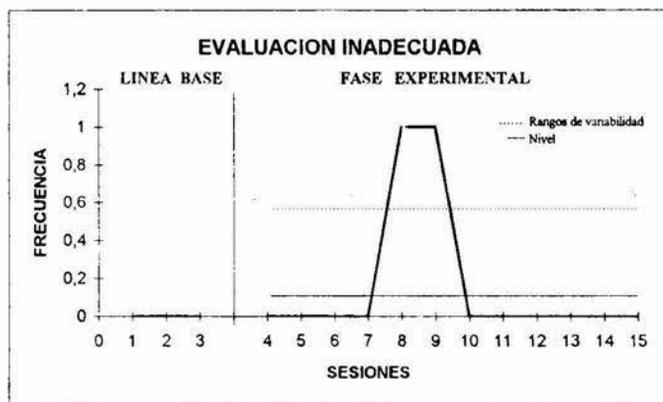


Fig. 15 y 16 Frecuencia, Nivel, Rangos de Variabilidad y Tendencia de la categoría Evaluación Inadecuada; en la Línea Base y Fase Experimental.

En las Figuras 17 y 18, se observa que durante la Línea Base, la frecuencia de la categoría Conductas de Inseguridad disminuye, y en la Fase experimental, la frecuencia presenta un ligero decremento en comparación con la Línea Base. A través de la Técnica de Series de Tiempo Simplificado, se encontró que existe estabilidad en los datos de ambas fases (Línea Base y Experimental), y con una tendencia a que los datos decrementsen.

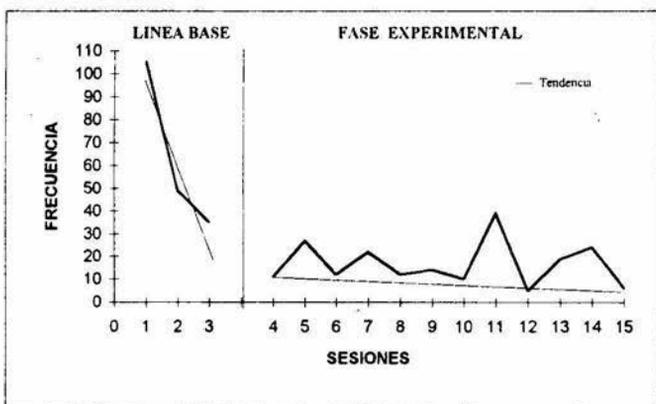
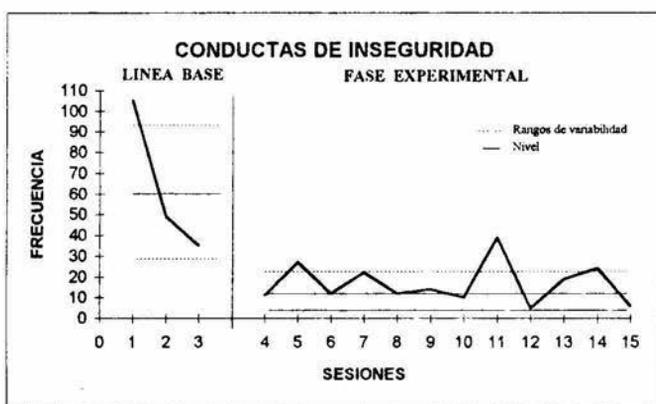


Fig. 17 y 18 Frecuencia, Nivel, Rangos de Variabilidad y Tendencia de la categoría Conductas de Inseguridad, en la Línea Base y Fase Experimental.

En las Figuras 19 y 20, se muestra que la categoría Preguntas Irrelevantes, únicamente se presentó durante la Línea Base; con una tendencia a disminuir. Empleando la Técnica de Series de Tiempo Simplificado, se observó que los datos de la Línea Base son estables, y con una tendencia a decrementar.

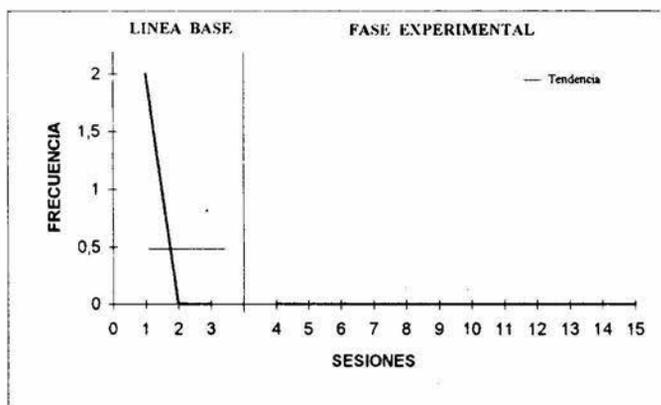
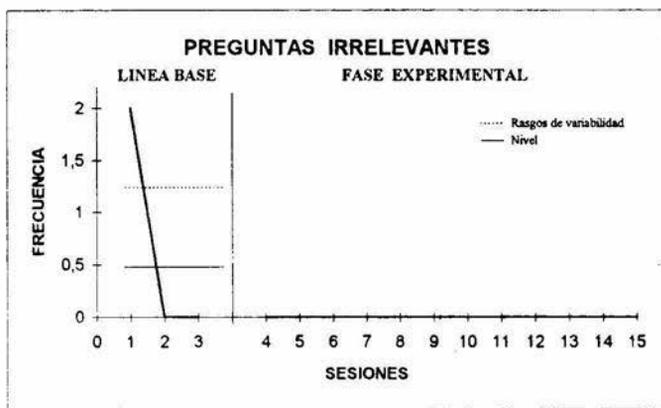


Fig. 19 y 20 Frecuencia, Nivel, Rangos de Variabilidad y Tendencia de la categoría Preguntas Irrelevantes; en la Línea Base y Fase Experimental.

DISCUSION

Al implementar un programa de entrenamiento a estudiantes de la Carrera de Psicología, se redujo la presentación de conductas inadecuadas (como: Escribir en Exceso, Evitar Contacto Visual, Conductas de Inseguridad, Silencio Prolongado y Preguntas Confusas) en sus sesiones terapéuticas, lo cual corrobora lo planteado por Jiménez y Pinzón (1983) y Garfield (1979), en relación a los errores que generalmente cometen los terapeutas; por lo que se afirma, que la Retroalimentación es parte fundamental en el establecimiento y desarrollo de conductas adecuadas, para un óptimo desempeño en el proceso terapéutico.

Para sustentar la afirmación anterior, a continuación se analizan de manera particular las categorías conductuales.

En cuanto a la categoría Silencio Prolongado, a pesar de que en la Línea Base no hubo estabilidad en los datos; se podría considerar que el decremento en esta se debe a la retroalimentación, ya que cuando se implementó deja de presentarse la conducta.

Con respecto a las categorías Preguntas Repetidas y Preguntas Irrelevantes, en las primeras sesiones (Línea Base) los terapeutas se dedicaban a preguntar y recopilar la información de la problemática del paciente, lo cual daba pauta para que se presentaran estas conductas; y el hecho de que en la Fase experimental no se presentaran, es a causa de la Retroalimentación y al proceso mismo de terapia.

Para las conductas de Preguntas Confusas, Evitar Contacto Visual y Conductas de Inseguridad, se observó que conforme transcurrían las sesiones, estas decremataban en frecuencia de manera paulatina, lo cual se atribuye a la retroalimentación; ya que a partir de que los terapeutas observaban su ejecución y se comentaban sus errores, estos fueron modificando poco a poco su conducta.

En la categoría de Escribir en Exceso, no se encontró estabilidad en los datos de la Línea Base; sin embargo, se observó que después de emplear la retroalimentación, la conducta decreció considerablemente hasta casi desaparecer; lo anterior se podría deber por un lado al entrenamiento y por otro lado, al proceso de la terapia; debido a que en la fase de diagnóstico los terapeutas obtienen demasiada información por parte del paciente.

Respecto a la categoría Interrupción Inadecuada, se considera que debido a que en la fase de tratamiento los terapeutas intervienen más en cuanto a preguntas y comentarios al paciente, que en la etapa de diagnóstico del proceso terapéutico, esta conducta sólo se presenta en la Fase Experimental.

Para la conducta de Evaluación Inadecuada, se afirma que deja de presentarse por la retroalimentación y por el proceso mismo de terapia, en donde los terapeutas al estar en la etapa de tratamiento, se muestran críticos ante la problemática del paciente; por lo que se registra tal conducta sólo en la Fase experimental.

Es importante señalar, que la categoría Otras Conductas disminuye en frecuencia en la Línea Base y Fase Experimental; pero aumenta en duración, lo cual indica que en las últimas sesiones de terapia, los estudiantes empleaban más tiempo en realizar conductas adecuadas (ver Anexo, Tabla 1).

De acuerdo a lo que plantean Goode y Hatt (1980), en esta investigación se trató de controlar al máximo la situación experimental; sin embargo, a pesar de que se tenía contemplado que podían influir las variables extrañas inherentes al terapeuta (edad, sexo, conocimientos, habilidades, experiencia, etcétera), surgieron otras que no se pudieron controlar, debido a que la investigación se desarrolló en un contexto social real; es decir, la situación de terapia, en donde influyeron factores tales como: deserción de pacientes, horarios irregulares de terapia, cambio de cubículo, disposición de aparatos electrónicos suficientes, entre otros.

En relación a la deserción, la persona que estuvo como paciente de la pareja de terapeutas que participó en esta investigación, dejó de asistir al servicio de Psicología Clínica, por lo que se le asignó otro paciente y se tuvo que comenzar nuevamente con las filmaciones. Además, de que los pacientes se presentaban 15 minutos después del horario establecido para las sesiones; lo que influía en la distribución de horarios para el uso de los cubículos de terapia.

Por otro lado, en algunas ocasiones el cubículo en el que generalmente se filmaban las sesiones terapéuticas, se asignaba a otra pareja de terapeutas, por lo que se tenía que trasladar el equipo electrónico (cámara de video y tripie) a otro cubículo.

Con respecto a la disposición de aparatos electrónicos, hubiera sido conveniente que al menos se contara con otra cámara de video, para filmar a otros alumnos, con la finalidad de ofrecer un panorama más amplio de lo que implica el entrenamiento a terapeutas.

En cuanto a la enseñanza de la técnica de la entrevista, Fester (1980) menciona que las pruebas en materias tienden a desarrollar en el estudiante sólo las conductas necesarias para aprobar; en cambio, la entrevista directa con un caso real, estimula el desarrollo de un habla fluida y segura, lo que propicia una relación más eficaz entre el terapeuta y su paciente.

Asimismo, como Berenstein y Nietzel (1987) señalan, la entrevista también es un método ideal para recopilar muestras simultáneas de conducta verbal y no verbal de una persona; así como un excelente medio para la retroalimentación.

En base a lo que señala Benadetti (1983), es importante considerar, que el cómo se desarrolle el terapeuta en una sesión de terapia, sólo puede aprenderse a través de la práctica, y complementándose con un entrenamiento dirigido, en donde el estudiante observe y analice sus errores, para modificarlos y así llegar a un aprendizaje efectivo.

Otro aspecto importante de la retroalimentación, como lo señala Weiss (1986), son los comentarios del instructor, ya que proveen de reforzamiento positivo y estímulos necesarios para un progreso continuo.

El entrenamiento tomó en cuenta aspectos de la entrevista; sin embargo, como lo dice Bingham (1973), la entrevista no es una receta, sino todo un “arte”, la cual se debe de ir puliendo constantemente para una mejor aplicación, por lo que es indispensable, que los estudiantes de Psicología cuenten con una base firme en cuanto a aspectos generales de la entrevista, y cómo realizarla; para lo cual se presentó este modelo, como una propuesta para futuras investigaciones en este ámbito, lo que conllevaría a encontrar la mejor opción para que los alumnos desarrollen habilidades básicas en cuanto a esta técnica, indispensable no sólo en el área Clínica, sino en cualquiera en que esté inmerso el Psicólogo.

En consecuencia, sería conveniente que el estudiante, antes de ingresar a alguna licenciatura, esté consciente a través de una Orientación Vocacional adecuada, de las características y habilidades que posee para ingresar a determinada profesión; es decir, particularmente para la carrera de Psicología, es indispensable que se posean aptitudes de investigación y científicas, habilidades sociales y de persuasión; capacidad para entender la problemática de la conducta humana y para manejar términos abstractos, lo anterior, con la finalidad de que el alumno cuente con bases sólidas para tener mayores posibilidades de éxito en este ámbito.

Por lo tanto, considerando que la materia Psicología Clínica Teórica proporciona a los alumnos las bases para desempeñarse como terapeutas, se propone que se implemente en la materia Psicología Experimental Laboratorio VII u VIII (dependiendo del Semestre en el cual los alumnos presten su servicio a pacientes que acuden a consulta al Departamento de Psicología Clínica), un Programa que contemple la filmación de mínimo tres sesiones de terapia; con el objetivo de que al observar los estudiantes su desempeño en estas cintas, conozcan y modifiquen sus posibles errores en la entrevista; en donde el profesor asesore a los alumnos para que brinden un mejor servicio a la comunidad que lo solicite.

Se considera que para implementar dicho programa se requiere de una inversión económica; no obstante, los beneficios que reeditarían serían mayores, por ejemplo, al contar con un adecuado e innovador programa de entrenamiento a terapeutas, se estarían formando a psicólogos mejor preparados; y a nivel institución, conllevaría reconocimiento, por su preocupación de preparar profesionales y por implementar la tecnología actual en sus sistemas de enseñanza.

Finalmente, contando el Psicólogo con los conocimientos que permitan el desarrollo de habilidades, se contribuye a que el servicio dentro de la Clínica Universitaria de la Salud Integral sea cada vez mejor; lo que incidirá en una mejor calidad de servicio.



UNA
21/05/11

BIBLIOGRAFIA

- ANDER-EGG, E. (1979). Introducción a las Técnicas de Investigación Social. Buenos Aires: Humanitas.
- ANDER-EGG, E. (1983). Técnicas de Investigación Social. Buenos Aires: Humanitas.
- ANGUERA, A. (1988). Manual de Prácticas de Observación. México: Trillas.
- ARNAU, J. (1978). Métodos de Investigación en las Ciencias Humanas. Barcelona: Omega.
- ARNAU, J. (1978). Psicología Experimental. México: Trillas.
- BACHRACH, A. (1981). Cómo Estudiar en Psicología. Madrid: Morata
- BAENA, G. (1990). Instrumentos de investigación. México: Editores Mexicanos Unidos.
- BAKEMAN, R. Y GOTTMAN, J. (1989). Observación de la Interacción: Introducción al Análisis Secuencial. Madrid: Morata.
- BENADETTI, G. (1983). Psicoterapia Clínica. Barcelona: Hendel.
- BERSTEIN, D. Y NIETZEL, M. (1987). Introducción a la Psicología Clínica. México: McGraw-Hill.
- BINGHAM, D. (1973). Cómo Entrevistar. Madrid: Rialp.
- BLANCO, A. (1981). “ La Teoría de la Generalizabilidad Aplicada a Diseños Observacionales “. En: Revista Mexicana de Análisis de la Conducta. Vol. 17, No. 3
- BLEGER, J. (1977). Psicología de la Conducta. Buenos Aires: Paidós.

- BUCHARD, M.; GRANGER, L. Y LADOUCEUR, R. (1987). Principios y Aplicaciones de la Terapia de la Conducta. Madrid: Morata.
- CABALLO, E. (1991). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. España: Siglo XXI.
- CAMBELL, D. Y STANLEY, J. (1966). Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social. Buenos Aires: Amorrortu.
- CASTRO, L. (1976). Diseños Experimentales sin Estadística. Usos y Restricciones en su Aplicación a las Ciencias Sociales. México: Trillas.
- CRAIGHEAD, W.; KAZDIN, E. Y MAHONEY, J. (1984). Modificación de Conducta: Principios, Técnicas y Aplicaciones. Barcelona: Omega.
- DANA, R. (1966). Teoría y Práctica de la Psicología Clínica. Buenos Aires: Paidós.
- DELGADO, S. (1983). La Terapia de la Conducta y sus Aplicaciones Clínicas. México: Trillas.
- DIAZ, G. Y ARIAS, G. (1981). Introducción a la Técnica de Investigación en las Ciencias de la Administración del Comportamiento. México: Trillas.
- EGAN, G. (1982). Un Modelo para la Ayuda Sistemática y la Relación Interpersonal; Manual de Entrenamiento. México: Iberoamericana.
- FERNANDEZ, B. Y CARROBLES, I. (1983). Evaluación Conductual: Metodología y Aplicaciones. Madrid: Pirámide.
- FESTER, K. (1980). Principios de la Conducta. México: Trillas.
- FESTINGER, I. Y KATZ, D. (1989). Los Métodos de Investigación en las Ciencias Sociales. México: Paidós.
- FIORINI, H. (1992). Teoría y Técnicas de Psicoterapia. Buenos Aires: Nueva Visión.

GARFIELD, L. (1979). Psicología Clínica: El Estudio de la Personalidad y la Conducta. México: Manual Moderno.

GOLDFRIED, M. Y DAVISON, G. (1981). Técnicas Terapéuticas Conductistas. Buenos Aires: Paidós.

GOODE, J. Y HATT, K. (1980). Métodos de Investigación Social. México: Trillas.

GRISEZ, J. (1977). Métodos de la Psicología Social. Madrid: Morata.

✘ JIMÉNEZ, F. Y PINZON, H. (1983). Técnicas Psicológicas de Asesoramiento y Ayuda Interpersonal. Madrid: Narcea.

KANFER, H. Y GOLDSTEIN, P. (1992). Cómo Ayudar al Cambio en Psicoterapia: Manual de Métodos. España: Bilbao.

KANFER, H. Y PHILLIPS, S. (1980). Principios de Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento. México: Trillas.

KAZDIN, A. (1973). Historia de la Modificación de Conducta: Fundamentos Experimentales en la Investigación Actual. España: Bilbao.

KAZDIN, A. (1978). Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas. México: Manual Moderno.

KELLER, S. Y RIBES, E. (1977). Modificación de Conducta: Aplicaciones a la Educación. México: Trillas.

KENDALL, P. Y NORTON-FORD, J. (1988). Psicología Clínica: Perspectivas Científicas y Profesionales. México: Limusa.

KERLINGER, N. (1985). Enfoque Conceptual de la Investigación del Comportamiento. México: Interamericana.

KERLINGER, N. (1986). Investigación del Comportamiento: Técnicas y Metodología. México: Interamericana.

LOPEZ, F. Y TORRES, A. (1991). “ Categorización del Comportamiento en la Investigación Observacional: Historia de un Caso. En: Revista Mexicana de Análisis de la Conducta. Vol. 17, No. 3

✧ LOPEZ, M. (1982). Sistemas Terapéuticos Contemporáneos Aplicados. México: Trillas.

LOPEZ, F.; OVIEDO, C. Y PELAEZ, A. (S/ AÑO). Monografías Sobre Observación Conductual. U.N.A.M. Facultad de Psicología.

MUELLER, F. (1965). La Psicología Contemporánea. México: Fondo de Cultura Económica.

MURDOCK, N. Y FREMONT, S. (1989). “ Atribitional Influences in Counselor Decision Making “. En: Journal of Counseling Psychology. Vol. 36, No. 4

NAHOUM, C. (1985). La Entrevista Psicológica. México: Kapelusz.

PARDINAS, F. (1985). Metodología y Técnicas de Investigación en las Ciencias Sociales. México: Siglo XXI.

RIBES, E.; FERNANDEZ, G.; RUEDA, B.; TALENTO, C. Y LOPEZ, V. (1980). Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología: Un modelo integral. México: Trillas

RIBES, E. Y LOPEZ, V. (1985). Teoría de la Conducta. México: Trillas.

RIMM, D. Y MASTERS, J. (1981). Terapia de la Conducta. México: Trillas.

ROJAS, S. (1990). Métodos para la Investigación Social. México: Plaza y Valdés.

SCOTT, A. Y WERTHEIMER, M. (1981). Introducción a la Investigación en Psicología. México: Manual Moderno.

- TORRES, A.; LOPEZ, F. Y ZARABOZO, D. (1991). “Registro Observacional a través de computadora. En: Revista Mexicana de Análisis de la Conducta. Vol. 17 No. 3
- TRYON, W. (1982). “ A simplified time-series analysis for evaluating treatment interventions “. En: Journal of applied behavior analysis. No. 3 Vol. 15
- VILLAREAL, C. (1986). Fundamentos de Entrevista Conductual. México: Trillas.
- WEISS, H. (1985). Investigación Evaluativa. México: Trillas.
- WEISS, R. (1986). “ Teaching Counseling and Psychoterapy Skills Without Access to a Clinical Population: The Short Interview Method. En: Teaching of Psychology. Vol. 13, No. 3
- WOLPE, J. (1979). Práctica de la Terapia de la Conducta. México: Trillas.
- YATES, J. (1975). Terapia del Comportamiento. México: Trillas.

ANEXO

**CATEGORIA
OTRAS CONDUCTAS**

SESIONES LINEA BASE	FRECUENCIA	DURACION (SEG.)
1	177	2332
2	92	2441
3	83	2361
FASE EXPERIM.		
4	58	1949
5	72	2062
6	22	3269
7	39	2276
8	27	2840
9	38	2383
10	29	2706
11	49	3063
12	18	3154
13	47	3955
14	55	3079
15	15	3163

TABLA 1. Frecuencia y duración de la categoría Otras Conductas, en la Línea Base y Fase Experimental.