

31921
74



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA.

HABILIDADES DE LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO SEMESTRE
DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA EN LA TERAPIA CLINICA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA DEL CARMEN GUIJOSA SOLIS

ASESOR: MTRA. ROCIO TRON ALVAREZ



IZTACALA

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

2003

A



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.

Dedico este trabajo:

*A mis padres, Carmelo y Marla de los Ángeles,
quienes me dieron la vida, ánimo y confianza
para superarme. Para ellos mi gratitud.*

*A Juan Antonio,
Por ser un gran hombre, excelente profesionalista,
maravilloso papá, esposo ideal y entrañable amigo.*

*A Karlita,
La oportunidad más hermosa, que Dios me dio en la vida.*

*A mis hermanos, Marla de la Luz, Juan Carlos y Elvira Esmeralda,
quienes significan el cariño más importante de mi vida. Para
ellos fraternalmente.*

*A Joel,
con quien me hubiera gustado compartir este logro.*

Agradecimientos:

*A la Maestra Rocío Tron Álvarez,
quien con su valiosa capacidad y experiencia docente,
me asesoró en este trabajo de investigación profesional.*

*A los Licenciados Margarita Chávez Becerra y Edy Ávila Ramos,
quienes con sus conocimientos, experiencias y visto bueno,
contribuyeron al logro de este trabajo*

*A la Licenciada Luz María Cortés,
quien me brindó fortaleza y amistad invariable para el desarrollo del
presente trabajo que constituye la culminación de
mis estudios profesionales.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México,
máxima casa de estudios de mi país, semillero inagotable de
generaciones y en particular a la Facultad de Psicología de Iztacala;
donde recibí mi acervo cultural.*

ÍNDICE

PÁGINA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN..... 1

Capítulo 1 Surgimiento y definición de la Psicología..... 4

1.1 Historia y concepto de la psicología..... 4

1.2 Historia y concepto de la psicología Clínica..... 12

Capítulo 2 Corrientes de la psicología clínica..... 19

2.1 Teoría Psicoanalítica 19

2.1.1 Técnicas Psicoanalíticas en el Área Clínica..... 21

2.2 Teoría Gestáltica..... 23

2.2.1 Técnicas Gestálticas..... 26

2.3 Teoría Conductual..... 27

2.3.1 Técnicas Conductuales..... 33

2.4 Teoría del Aprendizaje Social..... 42

2.4.1 Técnicas del Aprendizaje Social..... 44

2.5 Teoría Cognitivo-Conductual..... 47

2.5.1 Técnicas Cognitivo-Conductuales..... 50

Capítulo 3 Habilidades del Psicólogo Clínico..... 55

3.1 Destrezas del psicólogo Clínico..... 62

3.1.1 Autoconocimiento..... 62

3.1.2 Claridad y Precisión..... 63

3.1.3 Observación, Atención y Percepción..... 63

3.1.4 Comunicación..... 64

3.1.5 Cultura y Conocimientos Generales..... 65

3.1.6 Comprensión..... 66

3.1.7 Improvisación..... 66

3.1.8 Cuidado..... 67

3.1.9 Otras..... 67

3.2 Psicología clínica en la FES Iztacala..... 68

Capítulo 4 Reporte de Investigación	72
4.1 Objetivos Específicos.....	72
4.2 Metodología.....	73
RESULTADOS	75
DISCUSIÓN	80
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	88
Anexos	
Anexo A.....	92
Anexo B	93
Anexo C.....	94
Anexo D.....	95

RESUMEN

La psicología es tanto una ciencia como un arte. Como ciencia de la conducta acumula conocimiento observando y midiendo cuidadosamente lo que sucede mediante la experimentación. A este conocimiento se le clasifica en categorías que permiten establecer principios que describan y permitan predecir la conducta. En cuanto arte, la psicología desarrolla la destreza individual para establecer el conocimiento científico a la solución de problemas. Sin embargo la presente tesis insistirá en la psicología y en la psicología clínica como ciencia. En términos generales se puede decir que la psicología clínica es un área aplicada de la psicología general, y se ocupa en buscar, instrumentalizar e implementar los principios que lleven a una comprensión del carácter único de una persona (el paciente) que se encuentra en dificultades, y cuyo objetivo fundamental es reducir el malestar, que esa persona experimenta, ayudándola a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada tanto para sí misma como para las personas que constituyen su marco de referencia social. Esto es, el paciente busca ayuda para resolver un problema psicológico y el terapeuta debe tener una preparación teórico-práctica que asegure dicha asistencia.

En este sentido, el psicólogo clínico debe ser un observador sensible y participante en la situación clínica, debe ser capaz de relacionarse bien con los pacientes, debe poseer un conocimiento teórico adecuado sobre personalidad y psicopatología y debe estar familiarizado con una variedad de técnicas clínicas, incluyendo la investigación. Además debe ser capaz de integrar sus observaciones y sus datos acerca del paciente de manera que contribuya significativamente al tratamiento y manejo del caso. Esta tarea requiere de entrenamiento y experiencia.

Por otro lado, la FES Iztacala, es una de las diversas universidades que contempla diferentes carreras, y dentro de ellas considera la carrera de psicología, misma que desarrolla el campo de psicología clínica; siendo éste el espacio donde los estudiantes adquieren y desarrollan las habilidades necesarias para intervenir con éxito durante una sesión terapéutica.

En la presente tesis con el apoyo de un cuestionario elaborado ex profeso para este trabajo, se investigó sobre las habilidades que consideran haber adquirido y desarrollado los estudiantes de octavo semestre de la licenciatura en psicología de la FES Iztacala. En este sentido y con porcentajes mayores al 75%, la muestra de población respondió que consideran haber adquirido y desarrollado las habilidades deseables para intervenir de manera funcional ante una sesión terapéutica.

INTRODUCCIÓN

El psicólogo clínico en ocasiones es conceptualizado por el común de la gente, como el profesionista que con sólo observar a las personas sabe o adivina que está sucediendo con ellas, así como también se pensaba que sólo curaba a los locos; tal vez esto se debe a que en un inicio se dedicaba a la ayuda psiquiátrica.

Sin embargo, y gracias a los fisiólogos rusos, Sechenov, Pavlov y Bechtereov, en América se logró que se llevara a cabo una psicología experimental objetiva y por lo tanto una explicación y solución real a los problemas y desventajas que presenta el ser humano.

Hoy en día el psicólogo clínico ha desarrollado teorías de intervención objetivas y reales, que explican el motivo de la conducta-problema y con habilidad desarrolla junto con su paciente alternativas de solución. Estas alternativas dependerán del marco teórico que maneje el terapeuta, ya sea psicoanálisis, gestalt, conductismo, cognitivo-conductual etcétera.

La psicología clínica no es sino una de las diferentes especializaciones que existen en el campo de la psicología y de la salud mental. En muchos casos las funciones y entrenamiento profesionales de los psicólogos clínicos coinciden en parte con las funciones y entrenamiento profesionales que ofrecen disciplinas afines en el campo de la psicología y de la salud mental. Cada una de esas áreas tiende a tener un enfoque y una perspectiva diferentes acerca de la salud mental y del funcionamiento humano, pero las diferencias disminuyen con frecuencia cuando existe un trabajo conjunto de profesionales en instituciones multidisciplinarias, como son los centros de salud mental de la comunidad, hospitales o universidades (Kendall, 1988).

PAGINACIÓN DISCONTINUA

Se acude a los psicólogos clínicos para diferentes servicios, tanto científicos como profesionales. Según Garfield y Kurtz (1976) los psicólogos clínicos se dedican a seis funciones básicas: psicoterapia y modificación de conducta, aplicación de pruebas psicológicas, enseñanza y supervisión, consulta, administración e investigación.

Por otro lado, a pesar de la diversidad de teorías y técnicas que existen dentro de la psicología, algunos autores tales como; Shertz y Stone, 1972; Reisman, 1976; Rowan, 1983; González y Martínez, 1988; Rogers, 1993, entre otros, han identificado una serie de habilidades comunes y generales con las que debe contar todo terapeuta y de las cuáles Díaz y Fontana (1997) agruparon en nueve bloques de la siguiente manera: Autoconocimiento, Claridad y Precisión, Observación, Atención y Percepción, Comunicación, Cultura y Conocimientos Generales, Comprensión, Improvisación, Cuidado y Otras.

Hoy en día las instituciones de Educación Superior interesadas en la enseñanza de la psicología cuentan con programas de formación teórico-práctica que contempla algunas de las habilidades que dependiendo del campo que el estudiante quiera aprender (Clínica, Educativa, Social, Industrial etcétera) deberá desarrollar y/o adquirir. La Facultad de Estudios Superiores Iztacala, es una de las encargadas de la formación profesional de psicólogos.

En este sentido y específicamente en el campo de la clínica, una vez que los estudiantes de psicología llevan a cabo la revisión teórico-práctica sobre la materia de psicología clínica desarrollan conocimientos pero sobre todo destrezas que les permitan intervenir de manera profesional cuando una persona se siente en desventaja; en este sentido y al realizar un cuestionario ex profeso, los estudiantes de

a licenciatura podrán entonces reportar las habilidades que consideran haber adquirido y desarrollado durante el curso Universitario.

Por lo que, el objetivo de la presente tesis es investigar las habilidades que consideran haber adquirido y desarrollado los estudiantes de octavo semestre de la carrera de psicología de la FES Iztacala.

CAPÍTULO I

SURGIMIENTO Y DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA 1.1 HISTORIA Y CONCEPTO DE LA PSICOLOGÍA

Desde sus orígenes el hombre mismo se ha interesado por entender y explicar el por qué de su comportamiento, en un inicio tomó la forma de un dualismo o espiritualismo, el hombre consideraba a la mente o al alma como algo inmaterial que suele estar en el cuerpo durante la vigilia, pero que puede abandonarlo en sueños o en la otra vida; y se explicaba la conducta como causa de los actos impredecibles a un "hombre dentro del hombre" (Morgan, 1977, Pág.20).

Posteriormente surge un movimiento al que está vinculado el nombre de Hipócrates, que implica un conocimiento científico y psicológico del hombre en la época de Platón y en la que se encuentran elementos de psicoterapia, de caracterología y aun de fisiognomía (Muller,1963).

"La antigua Medicina por ejemplo, nos enseña cómo surgió la famosa teoría hipocrática de los humores expuesta en la Naturaleza del hombre, que atribuye al ser humano (considerado como un todo de partes independientes pero sometido a un ritmo cuaternario que preside todas las cosas) cuatro humores: La sangre, la flema, la bilis amarilla, la bilis negra, cada uno de los cuales, está relacionado con un órgano particular: el corazón, el cerebro, el hígado y el bazo. Se sabe que esta teoría fundó la teoría caracterológica de los cuatro temperamentos: el sanguíneo, el linfático, el bilioso y el atrabiliario (según que predomine uno de los cuatro humores) considerados como el producto de la reacción del organismos al medio ambiente, algo así

como el punto de conjunción del individuo y el universo” (Muller, 1963, pág.38).

La armonía se considera, así, como la condición de la salud, y la curación de las enfermedades como la obra de la naturaleza, el médico no puede hacer más que ayudar a esta última en su lucha por restablecer el equilibrio amenazado. Este equilibrio puede tener causas diversas: internas (un exceso de humores, de preocupaciones o de fatiga) y externas (un cambio brusco de clima, la presencia de miasmas en el aire o un traumatismo accidental). Pero el hipocratismo atribuye un papel esencial al “terreno”, considerado a menudo como decisivo para la evolución de una enfermedad (Muller, 1963, Pág.39).

En pocas palabras el tratamiento requiere un saber empírico, fecundado por la observación y la reflexión. Al ser humano se le concibe como ligado al cosmos por todas las fibras de su ser físico y psíquico (Muller, 1963).

Hay en la colección hipocrática preocupaciones que constituyen una forma de esa medicina que llamamos hoy “psicosomática” pues los médicos de Cos prestaban atención a las interferencias que se establecen entre el organismo y el psiquismo.

Como la de platón, la psicología de Aristóteles (322 -384 d. C.), está dominada por una ontología que presta al universo, por la intervención de una causa final y de un principio de perfección en las cosas, una arquitectura estable y armoniosa en la que cada parte está ordenada por el conjunto. Pero se abre paso un sentido de la observación objetiva, un gusto por lo concreto, una preocupación por lo individual que le confiere en cierta medida, a pesar, del marco dogmático, muchos rasgo de una psicología en el sentido moderno del termino (Op. cit).

En otras palabras, el ser humano no está constituido por un alma y un cuerpo como dos entidades yuxtapuestas, Aristóteles define el alma como la "ententelequia primera de un cuerpo natural que tiene la vida en potencia." Principio de movimiento, de crecimiento, de generación, unifica todas sus funciones, sin exceptuar las operaciones de la sensibilidad y del entendimiento (Op.cit).

Por considerar al alma "causa y principio del cuerpo vivo" la psicología se encuentra ligada en Aristóteles a la biología y aun a la botánica. Pues admite una manera de alma en la planta misma, en cuanto ésta es capaz de nutrirse, de reproducirse, de crecer conforme al tipo de su especie.

En el animal, las funciones vitales aparecen en grado superior, porque le permiten discernir mediante la sensación las cualidades de las cosas, y aun desplazarse por sí mismos, según los deseos o las aversiones que estas suscitan en él. El alma en este nivel, es sensitiva, apetitiva y motriz. Aristóteles que observó mucho a los animales, se persuadió de que su comportamiento, en muchos casos, presenta analogías con el hombre:

En la mayoría de los demás seres vivos, hay rasgos de cualidades físicas, que se hallan más claramente diferenciadas en el hombre. En efecto, como hemos dicho en el caso de órganos, observamos en muchos animales disposición a la mansedumbre o al salvajismo, un carácter fácil o difícil, valor o cobardía, temor o seguridad, impetuosidad o astucia y aun algunos rasgos de semejanza con los cálculos de la inteligencia humana (Muller, 1966 Pág. 63).

El paso del animal al hombre está caracterizado por una suerte de perfección. Aparece la mano que nos da testimonio del poder de inteligencia y, sobre todo, la inteligencia misma en su forma racional, capaz de descubrir en el mundo sensible invariantes formas de llegar a

comprender principios universales, axiomas eternos. Esta inteligencia racional propia del hombre es imposible, inmortal y eterna.

Rene Descartes (1596-1650), fue el primer dualista entre los filósofos, quien hace una clara diferenciación entre mente-cuerpo. La mente era aquello "lo que piensa" y la ubicación de esta actividad estaba en el cerebro, y podía no ocupar un espacio físico, el cuerpo era una "sustancia extendida" claramente objetiva, mecánica en su acción y obedece a todas las leyes conocidas de lo inanimado (Kéller 1990, Pág.12).

La psicología de Descartes, en particular en "las pasiones del alma" constituye una antropología concreta, un tratado de psicofisiología. Presenta, primero una suerte de fisiología de las pasiones, bajo la dependencia de los movimientos por los cuales el organismo humano crece y se conserva, después, una psicología de las pasiones del alma, por último una teoría de libre-arbitrio y de su papel como moderador y regulador de las pasiones, y en el que el conjunto está orientado a la finalidad de una sabiduría, que es pleno desarrollo racional de la personalidad humana. Distingue seis pasiones fundamentales o primitivas: la admiración, en el sentido etimológico de asombro, de sorpresa que excita la atención; el amor, hecho de atractivo; el odio, hecho de repulsión; el deseo, orientado hacia el porvenir; la alegría, proveniente de la satisfacción del deseo; la tristeza, proveniente de su no-satisfacción; luego, las pasiones particulares que se derivan.

Posteriormente en el siglo XIX antes de que comenzara la psicología experimental, surgieron dos teorías acerca de la mente, una de ellas con el nombre de psicología de las facultades, fue una doctrina de las potencias mentales, según la cual la mente tiene cierto número de facultades principales tales como la inteligencia, la sensibilidad y la voluntad que explican sus actividades; la segunda teoría, la de los psicólogos asociacionistas que es opuesta a la anterior, negaba las actividades innatas de la mente, limitaban su contenido a

ideas que se adquieren mediante los sentidos y se asocian mediante los principios como la semejanza, el contraste y la contigüidad (Hilgard, 1973).

Wilhelm Wundt (1832-1920) fundador de la moderna psicología experimental, organizó el primer laboratorio de psicología (1879), encabezó la escuela que se llamó estructuralismo, dedicó su trabajo a los sentidos, principalmente a la visión y junto con sus colaboradores se dedicaron a medir el tiempo de los procesos mentales, mediante el tiempo de reacción, además estudiaron la atención, los procesos emocionales y los procesos asociativos de la memoria (Hilgard, 1973).

Para Wundt, el objeto de estudio de la psicología era la experiencia inmediata, por oposición a la experiencia mediata, siendo la experiencia mediata la experiencia utilizada como medio para conocer algo distinto de la experiencia misma. Este es el modo usual en que utilizamos la experiencia al adquirir conocimientos sobre el mundo. En cambio, la experiencia inmediata es la experiencia per se, y la tarea de la psicología era estudiar esta experiencia inmediata en sí misma (Marx y Hillix, 1985).

El método de estudio había de ser la introspección (o la auto-observación), es decir, la observación controlada de los contenidos de conciencia bajo condiciones experimentales.

De Inglaterra provino la influencia de la teoría de la evolución de Charles Darwin (1892), que establecía la continuidad entre el animal y el hombre, misma que se le denominó como psicología comparada: Los psicólogos americanos estudiaron detenidamente los animales inferiores como ratas blancas, monos y chimpancés, no sólo con el objeto de conocer su conducta, sino para obtener principios importantes para la comprensión del comportamiento humano (Hilgard, 1973).

En cambio en América surge un sistema conocido como "conductismo", su fundador fue John B. Watson (1878-1958), quien propuso una psicología que podía llevarse a cabo sin introspección (Hilgard, 1973). Según él no necesitaba hacer afirmaciones sobre lo consciente cuando estudiaba los procesos de ajuste, los diversos movimientos musculares y las secreciones glandulares de los animales y de los niños. A fin de hacer de la psicología una ciencia, decía Watson, sus datos deben estar abiertos a la inspección pública como las de cualquier otra ciencia. En la medida en que se estudie lo que el animal o la persona hace o lo que logra (su conducta o los resultados de su conducta), puede disponerse de una ciencia objetiva, distinta de la ciencia subjetiva a la que se limita la introspección, pues la conducta es pública y también privada, sólo que la ciencia debe tratar hechos de apreciación.

Watson también hacía referencia al pensamiento silencioso, que consiste en hablarse a sí mismo, por tanto hacía la distinción entre movimientos explícitos (el tipo de movimiento abierto a la observación y a la medición) y movimientos implícitos (que son detectados por instrumentos sensibles).

Al mismo tiempo que Watson anunciaba el conductismo en América, una nueva psicología surgía en Alemania en contraposición al conductismo, conocida bajo el nombre de psicología de la "Gestalt" iniciada por Max Wertheimer en 1912. La palabra alemana Gestalt se traduce como forma, configuración, estructura. Teoría interesada por la organización de los procesos mentales. Esta posición se identificó estrechamente con Wertheimer y sus colegas Kurt Koffka, así como Wolfgang Kohler. Una variación muy influyente de la psicología gestaltista fue desarrollada por Kurt Lewin, su versión conocida bajo el nombre de teoría del campo concedía mayor importancia a la motivación y a la psicología social.

Los primeros experimentos de la Gestalt, se refirieron a la percepción del movimiento; cuando dos luces separadas se encienden sucesivamente, supuesto el tiempo adecuado lo que se ve es una sola luz que se mueve de la posición de la primera a la de la segunda.

Esta ilusión del movimiento es familiar en las señales luminosas, y desde luego, es el fundamento del cine. Pero los psicólogos de la Gestalt se dieron cuenta de la importancia teórica de la tipificación de los estímulos en la producción del efecto. Otro ejemplo de modelo u organización es el de la figura- y- fondo, una tendencia a ver parte del modelo como un objeto en primer plano contra un fondo no estructurado.

Según los psicólogos de la Gestalt, nuestras experiencias dependen de los modelos que los estímulos forman y de la organización de la experiencia, lo que vemos es relativo al fondo, a otros aspectos del todo. El todo es la diferencia de la suma de sus partes: el todo se compone de las partes que están en relación (Hilgard, 1973).

La defensa de la nueva postura vino en parte de las analogías con el moderno campo de la física. La palabra "campo" designa en física un conjunto de fuerza magnética que sirve para indicar un tipo de líneas de atracción y repulsión

La importancia de la percepción en todos los acontecimientos psicológicos ha llevado a los que estaban influidos por la psicología de la Gestalt a cierto número de interpretaciones del aprendizaje, de la memoria y de la resolución de problemas centrados en la percepción.

Ajeno a las controversias entre escuelas de psicología, hubo un movimiento que fue presentado en conferencias ante los principales psicólogos americanos, llamado psicoanálisis, movimiento encabezado por Sigmund Freud (1885); Aunque durante muchos años cualquier clase de reconocimiento de la obra de Freud se hizo de mala gana o con una actitud hostil, su influencia directa e indirecta es ahora tan penetrante que aquellos que no conocen nada de psicología están al menos ligeramente familiarizados con él (Hilgard, 1973). Esta teoría no pertenecía a la psicología experimental sino que se originó de la medicina basándose en evidencias clínicas no experimentales. La teoría freudiana fue innatista en el sentido de que atribuía las motivaciones básicas de la gente a tendencias instintivas heredadas, y en ese sentido entendiendo los anhelos instintivos de la humanidad es posible comprender la enfermedad física en los humanos. Por otra parte, Freud aceptó el papel del aprendizaje social, el cual reprime, con frecuencia, las tendencias instintivas y produce frustración y conflictos en la persona.

Todas las teorías desarrolladas con anterioridad, acerca de las investigaciones que se realizaron a lo largo de la historia de la psicología dieron como resultado diversidad en la manera de conceptualizarla por ejemplo; se puede definir a la psicología como la ciencia de la conducta, que trata de cuestiones de percepción y de cómo aprendemos; cuestiones sobre la manera en que se parece la gente en su conducta y los modos en que difieren; versa sobre las complejidades de la conducta, la personalidad y su desarrollo, trata de la conducta social, de la motivación y de la salud mental (Haller, 1970).

1.2 HISTORIA Y CONCEPTO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

La psicología es la ciencia que estudia la conducta de los organismos, por lo que su campo de aplicación es muy amplio, sin embargo, uno de los más interesantes o comunes es aquel que se encarga de mantener el equilibrio psicológico del hombre, conocido como psicología clínica.

Si se observara la conducta en general: la mayor parte de la gente estaría justamente en el término medio de sus capacidades, pocas serían extremadamente talentosas, y algunas parecerían estar siguiendo su propio código de conducta; la psicología anormal se enfoca en este último grupo, cuya conducta parece decir que ellos no pueden o no desean vivir el mismo mundo como el resto de nosotros, estudia el ser diferente, los significados que se le atribuye al ser diferente, y cómo interactúa la sociedad con la gente que considera diferente (Sarason, 1986).

La conducta estudiada por la psicología anormal, está relacionada con los fracasos e insuficiencias humanas, que son también abordadas por los especialistas interesados en el comportamiento como psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, sociólogos, entre otros (Sarason, 1986).

La psicología clínica fue aceptada como una profesión cuyos expertos investigan y valoran los conocimientos que se van adquiriendo en los aspectos clínicos de la conducta y en los modelos de cómo pueden cambiar el comportamiento. Es decir, la tradición de la investigación de la psicología experimental ha servido para el refinamiento de la clínica, le ha suministrado su metodología y ha

provocado la evaluación empírica de las funciones en la clínica (Berstein, y Nietzel, 1986).

Las bases para el diagnóstico se realizaron a través de recopilar en forma sistemática muestras de comportamiento de grupos relativamente numerosos de personas, como respuesta a una serie normalizada de estímulos; estas muestras se usaron en un primer momento como enunciados generales de las características conductuales individuales, pero después sirvieron para establecer normas grupales, a partir de las cuales se pudo calificar cuantitativamente a las personas; en 1890 estos procedimientos ya se llamaban pruebas mentales.

Sir Francis Galton, 1869, caballero-científico inglés, estudió medicina, matemáticas, trabajo en áreas de estadística, la meteorología, geografía, y la identificación de personas por huellas digitales; se interesó por demostrar que la "genialidad" se reproduce por familias, dio cuenta que para explorar las características mentales, se debe contar con medios sistemáticos y científicos de medición.

Las pruebas de Galton intentaban medir capacidades, estructuras y funciones estables de la mente, porque él así concebía al ser humano, también se interesó en las variaciones del proceso de asociación para lo que desarrolló una prueba de asociación de palabras, organizó un laboratorio en Londres; primer centro de pruebas mentales y formó parte en la Exposición Internacional de 1884 (Berstein, 1986).

James Mckeen Catell, fundó el tercer laboratorio de psicología en Estados Unidos y para 1880 implantó el vocablo "pruebas mentales"; Catell decía: "que por medio de las pruebas mentales se podía llegar a descubrir las constantes de los procesos de la conducta, su interdependencia y las variaciones. Ya preveía las aplicaciones prácticas de las pruebas para la selección de personal y para la

detección de enfermedades" (Reisman, 1966, pp. 36, en Berstein, 1936 y Nietzel 1986).

Esta previsión de las posibilidades que podrían llegar a tener las pruebas mentales, claramente anunciaba los comienzos de la psicología clínica.

En Francia a fines del siglo XIX, un abogado y científico que había estudiado medicina y tenía interés en la psicología, desarrolló sistemas para medir las operaciones mentales complejas de los niños normales y con retardo, su nombre Alfred Binet. Su interés por las pruebas mentales provino de los niños retrasados mentales (considerados como "psicóticos" hasta 1838) que podrían recibir cierta ayuda si se les diera educación adecuada (Opt.cit.).

El primer psicólogo llamado así, fue un americano de nombre Lightner Witmer (1896) quien fundó la primera clínica psicológica en Estados Unidos e impartió el primer curso formal de psicología clínica, él estuvo interesado principalmente en las dificultades sensoriales, en el retraso mental, desórdenes de locución y en los problemas de aprendizaje escolar, también intento trabajar terapéuticamente con niños psicóticos (Sarason y Gladwin,1958, en Garfield,1979)

Para trabajar como psicólogo clínico (o para aplicar pruebas mentales) únicamente se necesitaba haber recibido algunos cursos de aplicación de pruebas, algunos de psicología anormal, quizá algo sobre desarrollo infantil y tener "interés por la gente", esto causó descontento y frustración entre los psicólogos, ya que además de ser catalogados como profesionistas de segunda clase, recibían muy poca ayuda de sus colegas en las universidades y de la American Association Psychology (APA), que no se interesaba por mejorar su imagen, estableciendo cursos normalizados de formación o exigiendo certificados oficiales; posteriormente en 1935 el comité de la APA, sugirió que los psicólogos clínicos debían obtener un Ph. D

(Philosophy Doctor) y contar con un año de experiencia supervisada; pero después de entregar sus conclusiones, el comité se dispersó y poco se hizo para realizar lo que se había determinado.

El descontento de los psicólogos clínicos explotó en 1937, se separaron de la APA y formaron una organización llamada American Association of Applied Psychology (AAAP), con departamento de psicología clínica, de consultoría, educativo e industrial (Berstein y Nietzel, 1986).

Sin embargo, no fue la psicología profesional y científica, sino la Primera y aún más la Segunda Guerra Mundial y los problemas humanos que la acompañaron, lo que prácticamente revolucionó el entrenamiento y el ámbito de trabajo clínico dentro de la psicología, a causa del número cada vez mayor de individuos que necesitaban cuidado psicológico y rehabilitación, y del número tan limitado de médicos disponibles para este tipo de trabajo (Garfield, 1979).

Reisman (1966, en Berstein y Nietzel, 1986) afirma que solamente en 1944, a veinte millones de militares y civiles se les aplicaron pruebas psicológicas además de hacer entrevistas, escribir informes psicológicos y debido al número de bajas por trastornos psicológicos, se aplicaron terapias de orientación psicoanalítica .

En una circular de la Asociación de Veteranos de Guerra (la VA) se definía al psicólogo clínico como el profesionista que se dedica al diagnóstico, tratamiento e investigación de los desórdenes del comportamiento de los adultos (Berstein y Nietzel, 1986).

La experiencia de la guerra estimuló a los psicólogos, a demostrar especial interés en el campo de la estabilidad psicológica; por lo que surge la psicoterapia como resultado del deseo de obtener

mayor responsabilidad profesional y desarrollar habilidades en el control del comportamiento humano.

“En el proceso de aprender a aplicar su preparación psicológica a la situación militar, un análisis posterior reveló dos tendencias importantes que ejercieron y siguen ejerciendo un profundo efecto sobre la psicología contemporánea”:

a) Que su preparación general en materia de métodos psicológicos podía ser aplicada a muchos problemas que parecían en todo sentido ajenos a su profesión.

b) En colaboración con especialistas de otras disciplinas podían efectuarse valiosas contribuciones.

Una preparación experimental en psicología puede trasladarse a un manejo inteligente y competente de muchos tipos de problemas (Mensh, 1971, Pág.15)”.

A través de reuniones profesionales y conferencias las ideas del movimiento freudiano generaron excitación y también obtuvieron mayor credibilidad en la psicología. Los clínicos comenzaron a reducir su énfasis en la evaluación de la inteligencia, pruebas de habilidad y medición del daño cerebral; y se interesaron más en el desarrollo de la personalidad y su, descripción (Phares, 1996).

En 1950 John Dollard y Neal Miller publicaron su libro "personalidad y psicoterapia", que fue un primer intento por traducir el psicoanálisis de Freud al lenguaje de la teoría del aprendizaje.

Carl Roger, publicó la "terapia centrada en el cliente" en 1942, la cual era de carácter no directivo basada en la idea de que un

individuo suficientemente motivado puede enfrentar su problema y así liberarse del autoengaño y del miedo (Whittaker, 1977).

B. F. Skinner, durante la década de los 50's; impulsó la causa de la terapia conductual cuando explicó la aplicación de los principios operantes a las intervenciones terapéuticas y sociales. Dicha teoría se enfoca en los síntomas reportados por el paciente, con la finalidad de cambiar los elementos ambientales que contribuyen al mantenimiento de la conducta problema, para lo cual es necesario determinar las contingencias del problema, situaciones o eventos que desencadenan el conflicto, para así poder detectar que los problemas surgen por medio del aprendizaje de conductas inadaptadas dentro del ambiente social, por lo cual es necesario que el paciente adquiera habilidades para que se pueda desarrollar adecuadamente en su medio ambiente (Davidoff, 1989).

Debido a las diversas corrientes de pensamiento en la psicología no es posible dar una definición aceptada con unanimidad de la psicología clínica, por lo que a continuación se pretende dar a conocer la definición de algunos autores buscando abarcar los aspectos que integran la psicología clínica.

En 1912 Witmer definió a la psicología clínica, como el estudio del funcionamiento de la mente del individuo para poder provocar cambios en ella y lograr un desarrollo en dicha mente (Kendall, 1988).

Mensh (1971) dice que la psicología clínica es, la aplicación de los principios y técnicas psicológicas a la solución de problemas emocionales ante los cuales se ven los individuos.

Whittaker (1977) menciona que la psicología clínica comprende las aplicaciones de principios psicológicos en el diagnóstico y tratamiento de problemas emocionales y conductuales

tales como: enfermedad mental, retardo mental, alcoholismo, delincuencia, drogadicción, etcétera.

Para Pérez (1988) la psicología clínica busca, instrumentaliza e implementa los principios que conducen a la comprensión del carácter de una persona que se encuentra en dificultades y cuyo objetivo fundamental es reducir el malestar que esa persona experimenta, ayudándola a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada para sí misma y las personas que constituyen su marco de referencia social.

Por su parte Kendall y Norton (1988), definen a la psicología clínica como: una forma de psicología aplicada que pretende determinar las capacidades y características de la conducta de un individuo, recurriendo a métodos de medición, análisis y observación, que con base a la integración de resultados de estos datos obtenidos a través del examen físico y de las historias sociales ofrece sugerencias para la adecuada adaptación del individuo.

En este orden de ideas, considero que esta última definición de psicología, contempla aspectos de suma importancia tales como los métodos de medición, el análisis y la observación, los cuales nos permiten obtener resultados propicios y reales respecto del comportamiento humano.

Es notable la diversidad de conceptos de la psicología, así como de la psicología clínica, empero es primordial para el psicólogo el conocimiento y aplicación de algún marco teórico, los cuales se estudiarán y desarrollarán en el capítulo inmediato.

CAPÍTULO 2

CORRIENTES EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Los psicólogos clínicos estudian los problemas de los pacientes a través de diversas teorías, llamadas modelos, nombrados así debido a que ofrecen descripciones a pequeña escala de la manera en que varios pensadores han abordado el tema de la conducta humana en general y la psicología clínica en particular; cada modelo describe cómo se desarrolla la conducta y los factores que intervienen para que se vuelva problemática, y todos han ejercido una clara influencia sobre estilos de evaluación, tratamiento e investigación (Berstein y Nietzel, 1986).

La conducta humana es extremadamente compleja y puede ser explorada a partir de varios niveles, desde la actividad de las células, sistemas de órganos, las respuestas motoras abiertas, hasta el funcionamiento cognitivo y la interacción social, por lo que es importante decidir qué aspectos de la conducta merecen más atención, qué tipos de datos son de interés y cuáles son menos pertinentes, qué técnicas son dignas de explorarse y hacia cuáles debemos dirigir la investigación (Berstein, 1986). Por lo que a continuación se hace una breve descripción de algunas de las teorías más importantes dentro de la psicología clínica.

2.1 TEORÍA PSICOANALÍTICA

Sigmund Freud (1856-1938) inició su práctica como neurólogo, después se interesó por la psiconeurosis, se asoció con Josef Breuer, ambos reconocieron que los síntomas neuróticos tenían un "significado" en relación con la vida previa de los pacientes. Freud y Breuer observaron que bajo la hipnosis sus pacientes recordaban viejas ideas, impulsos y experiencias que en otras condiciones habían

tenido que descartar o reprimir, conforme los pacientes "exteriorizaban al hablar" y mostraban sus dificultades emocionales, los síntomas desaparecían (Kolb,1985). Posteriormente se dio cuenta de que no era necesario hipnotizar al enfermo; persuadía a los pacientes para que hablaran libremente y dijeran todo lo que les viniera a la mente, por intrascendente que pareciera al principio; con esta técnica de "asociación libre" logró explorar ampliamente las primeras experiencias de la vida, en las que se basaban los procesos mentales y los síntomas de los pacientes.

Freud analizo el significado de los sueños, las equivocaciones del habla, los errores y otras confusiones de la vida cotidiana, como los simples olvidos.

La psicología psicoanalítica es psicogenética y evolucionista, su objetivo es descubrir los conflictos motivadores que determinan la conducta, ya sea normal o patológica.

Esta teoría proporcionó un concepto de la estructura y el desarrollo de la personalidad; su clara penetración en la relación médico-paciente, con las actitudes sobredeterminadas de afecto o aversión que denominó "transferencia" y en las cuales se ve la recapitulación de relaciones tempranas infantiles con una figura paterna o materna (Kolb,1985).

El análisis de la relación transferencial y la resistencia del paciente fueron los elementos esenciales que dieron fundamento a su terapéutica psicoanalítica. En 1923 presentó su teoría estructural de la mente, en la que menciona dos estados.

a) Lo inconsciente que opera de acuerdo con lo que él denominó proceso primario, los mecanismos que pueden observarse en los sueños caracterizan la acción de este proceso, una parte de la energía

para el aparato mental se denomina libido. Su fuente está en las tensiones biológicas y la más importante es la sexual, donde su energía deriva de las zonas erógenas, áreas corporales sensibles a la estimulación, el Ello es el principal reservorio de esta energía; cada instinto por lo tanto tiene una fuente en las tensiones biológicas y un objeto que servirá para facilitar su descarga.

b) Lo consciente, otra estructura psíquica que contempla al ello (Yo), encargada de la parte consciente que opera de acuerdo al proceso secundario y por estar en contacto con la realidad, opera con el principio de realidad; es decir, se trata de un agente evaluador que selecciona inteligentemente la línea de conducta que reduce el dolor al mínimo, mientras que permite el placer máximo:

Como resultado del contacto con las realidades culturales, encargadas fundamentalmente en los padres, se desarrolla un tercer agente mental que denominó "Super Yo", éste funciona como supresor de la actividad placentera al igual que en algún momento lo hicieron los agentes externos; tiene dos subsistemas, una conciencia moral que castiga y un ideal del yo que premia la conducta. La conciencia moral induce sentimientos de culpa, el ideal del Yo sentimientos de orgullo. El "super Yo" es distinto del Yo (que sirve al principio de placer y solamente pospone la gratificación) ya que intenta detener por completo ciertas actividades placenteras, cuya actividad es gran parte inconsciente, por lo que forma parte del proceso primario (Marx y Hillix, 1985).

2.1.1 TÉCNICAS PSICOANALÍTICAS EN EL ÁREA CLÍNICA

García y Navarro (1995) hacen referencia a algunas de las técnicas que se emplean en psicoanálisis:

ASOCIACIÓN LIBRE. La regla fundamental de las asociaciones libres es la de comunicar al enfermo la secuencia del tratamiento, señalándosele en el transcurso de las sesiones los aspectos de sus resistencias y la importancia de expresar totalmente sus pensamientos.

Es de suma relevancia que el psicoanalista analice la comunicación verbal y corporal del enfermo para que así pueda conducirse sanamente, es decir, para los psicoanalistas es importante el conjunto de expresiones manifiestas para poder realizar un estudio completo del problema.

ANÁLISIS DE LOS SUEÑOS. En el transcurso del tratamiento psicoanalítico la interpretación de los sueños constituye la vía regia, el mejor de los caminos para llegar al inconsciente.

Los sueños son importantes, sin excepción alguna: surgen del inconsciente patógeno, provienen de los conflictos presentes unidos a los infantiles, contienen la situación transferencial e indican el tema urgente de cada caso, en cada sesión psicoanalítica.

ANÁLISIS DE RESISTENCIA. Se entiende por resistencia todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de labor psicoanalítica. En mayor o menor grado está presente desde el principio hasta el fin del tratamiento (Freud, 1917, citado en García y Navarro, 1995). La resistencias defienden el status de la neurosis del paciente; se opone al analista, a la labor y al Yo razonable del paciente. La resistencia es un concepto operacional, no algo creado por el psicoanálisis, se manifiesta en el campo de la situación analítica.

ANÁLISIS DE TRANSFERENCIA. El concepto de transferencia es clave para el psicoanálisis y se refiere a los sentimientos y actitudes que desarrolla el paciente hacia el analista. La transferencia es sentir impulsos, actitudes, fantasías y defensas respecto de una persona que en la actualidad no son apropiadas y son una repetición, desplazamiento de reacciones nacidas en relación con personas que tuvieron importancia en su infancia. La susceptibilidad de un paciente a reacciones transferenciales se debe al estado de insatisfacción de sus instintos y a la consiguiente necesidad de oportunidades de descarga (freud, 1912 en García y Navarro, 1995)).

2.2 TEORÍA GESTÁLTICA

La psicología de la Gestalt surgió en Alemania hacia finales del siglo XIX, siendo Max Weitheimer, Wolfgang Köhler y Kurt Kofka, los fundadores de esta posición teórica; en la que se considera que los fenómenos psicológicos son destruidos al estudiarse de manera fragmentaria, en lugar de contemplar la organización completa (Davidoff, 1989).

La palabra Gestalt quiere decir "patrón" o "estructura". Para comprender este enfoque es necesario entender el concepto de cualidad de la forma que tiene dos características:

- a) Depende de partes relacionadas, organizadas en una sola configuración.
- b) Son transportables conjuntos de fragmentos totalmente diferentes entre sí, podrán establecer la misma cualidad de forma si las relaciones críticas permanecen intactas.

Es pertinente enfatizar que los gestaltistas, conceptualizan a la psicología como el estudio de la experiencia inmediata del organismo total. De tal forma, que el psicólogo actúa con el supuesto de que es el

organismo estudiado quien debe de elegir la unidad de descripción; esto es, las respuestas del organismo determinan que es lo que constituye un todo significativo.

Los teóricos de la Gestalt tienden a inferir fenómenos fisiológicos, a partir de observaciones de estímulos y respuestas, ello se debe a que aceptan el principio del isomorfismo; esto es, una relación que en este caso se daría entre los campos cerebrales y la experiencia, con el supuesto de que ambos tienen propiedades topográficamente idénticas; es decir, que en lo que se refiere al orden, la relación entre ambas es la identidad. Köhler (1947) enunció así el isomorfismo con respecto al espacio experimentado: "El orden que experimentamos en el espacio es siempre estructuralmente idéntico al orden funcional en la distribución de los procesos cerebrales subyacentes" (Marx y Hillix, 1985, Pág. 214).

Todo lo que el gestaltista parece plantear es que los campos fisiológicos y experiencial tienen cierta identidad, en este sentido se supone que llegará un momento en que lo que conozcamos sobre la experiencia nos informará sobre la fisiología y viceversa.

En psicología para explicar un campo perceptual, un psicólogo deberá referirse sólo a ciertas relaciones antecedentes-consecuentes y a la descripción verbal o matemática de un estado de cosas que permita la derivación de las observaciones; usando el concepto de campo, cuando el consecuente (informe verbal u otra conducta) no dependa punto por punto de las características locales del estímulo; de tal manera, si el campo psicológico no permite predicciones, carece esencialmente de significado.

Según Yontef (1995) la teoría de la terapia gestáltica comprende un sistema completo de psicoterapia que incluye:

a) Una teoría de la conciencia, con un insight que se persigue y una metodología para alcanzar ese objetivo. Por lo que se puede decir que es una terapia fenomenológica.

b) Una actitud o disposición acerca de la relación entre terapeuta-paciente.

c) Una teoría científica basada en la teoría de campo, para así poder comprender varios conceptos claves, por ejemplo, "ahora", "proceso" y "polaridad".

Los miembros del movimiento gestalt se concentraron en las experiencias subjetivas, sobre todo la percepción. Insistieron que el todo es diferente y más que la simple suma de las partes.

Un organismo sano que se encuentra en su ambiente, para los gestálticos, mantiene una atención constante a cuestiones que le permiten su preservación y supervivencia entre el medio ambiente y él mismo, para así mantener o restaurar el equilibrio y el buen funcionamiento.

El organismo se encuentra en un frecuente contacto con elementos nuevos y extraños del ambiente, a los cuales incorpora y asimila para poder realizar una toma de conciencia, con lo cual facilita la adaptabilidad del organismo en situaciones complejas y lo dota de posibilidades.

Se menciona desde esta perspectiva que se produce un desequilibrio psicológico cuando el organismo no es capaz de producir una toma de conciencia por lo que las personas desperdician mucha energía rechazando aspectos de ellas mismas, y no reconocen las necesidades reales y adoptan características ajenas a las suyas (Fagan y Lee, 1978).

2.2.1 TÉCNICAS GESTÁLTICAS

ANÁLISIS DE LOS SUEÑOS. Los clínicos de la gestalt piensan que los sueños son fuente vital de información, se supone que las imágenes del sueño representan porciones del yo. Se alienta a los pacientes a que experimenten el sueño desde el punto de vista de cada imagen para propiciar la autocomprensión y la autoaceptación.

EL DARSE CUENTA. Es el proceso de estar en contacto con el evento más importante del campo individuo/ambiente, con total apoyo sensorio-motor, emocional, cognitivo y energético; por medio de la creación de escenas realistas, el propósito es hacer que los problemas sean más entendibles y que motiven la transformación del comportamiento para lograr la captura inmediata de elementos dispares en el campo (Yontef, 1995).

CONTACTAR. Es el proceso de reconocerse así mismo y al otro. Significa apreciar las diferencias existentes entre estos dos elementos; lo que produce asimilación y crecimiento a través de la formación de una figura de interés contra un fondo o contexto del campo organismo/ambiente llevando inevitablemente al individuo a vivir y crecer, estableciendo relaciones con la figura de interés para moverse hacia ella o alejarse.

REGULACIÓN DEBERISTA. Son afirmaciones obligatorias (introyecciones) que dicen al individuo cómo regular su conducta por medio de normas externas, aisladas de las necesidades organizmicas y prioridades internas. Los deberias son entidades fijas más que procesos organizmicos; cuando la persona inicia la regulación deberista, genera nuevos deberia que son impuestos en el sí mismo por el sí mismo. Es decir, el individuo analiza, prueba, señala, elige y asimila los juicios de los demás en los que él cree y rechaza aquellos que no se ajusta a él (Yontef,1995).

AUTORREGULACIÓN ORGANÍSMICA. Se basa en el reconocimiento del conjunto de información sensorial, mental y emocional, relativo a las necesidades y recursos tanto internos como ambientales. Se basa en la asimilación la cual requiere energía biológica haciendo una síntesis de las fuerzas en conflicto reconocidas e integradas (opt.cit).

2.3 TEORÍA CONDUCTUAL

El siglo XIX fue el comienzo de un avance, tanto a nivel conceptual como metodológico, en las ciencias cuya característica principal fue la experimentación y los métodos de investigación objetivos, en donde el desarrollo de las ciencias biológicas influyó en la psicología, es decir, se hacía referencia a la investigación del funcionamiento de los organismos en relación con el ambiente.

La modificación de conducta se interesa por la forma en que los organismos se adaptan a su ambiente, su interés fundamental es la manera en que se desarrollan las conductas, se mantienen y pueden modificarse, o para decirlo de otra manera, la forma en que las conductas se aprenden.

Un antecedente importante del conductismo y la modificación de conducta fueron los trabajos realizados por tres fisiólogos rusos: Ivan M. Sechenov, Ivan P. Pavlov y Bladimir M. Bechtereve; que a través de métodos de investigación objetivos desarrollaron los procedimientos de experimentación de la neurofisiología, cuya contribución metodológica más importante consistió en sus interpretaciones mecanicistas, tanto de los procesos subjetivos como de la conducta manifiesta; lo que los fisiólogos hicieron fue aplicar los métodos objetivos de la fisiología a los problemas de la psicología (Kazdin, 1983).

Ivan M. Sechenov (1859) basándose en estudios de medicina y de sus trabajos sobre neurofisiología explicó las causas del comportamiento; afirmaba que toda conducta tanto voluntaria como involuntaria era totalmente refleja, aunque había muchos reflejos que dependían del cerebro y no de la médula espinal, y por consiguiente eran relativamente complejos pero no dejaban por ello de ser reflejos.

Dada una estimulación concreta había una conducta que debía ocurrir inevitablemente, Sechenov subrayaba que en ciertos casos la conducta no se inicia por estímulos externos, pues podía provocarse por pensamientos, imágenes o el recuerdo de sucesos concretos que habían iniciado una conducta anterior. Para él los reflejos complejos que daban cuenta de la conducta humana se adquirían a través del aprendizaje, ya que éste consistía en la asociación de estímulos (visuales, auditivos, táctiles) con los movimientos musculares; la repetición de los movimientos musculares en presencia de ciertos estímulos internos o externos convertían a los actos en habituales e involuntarios.

Pavlov llegó a la conclusión de que la percepción de la comida contribuía a las secreciones gástricas. Además, hizo notar que las secreciones gástricas ocurrían regularmente sin que existiera estimulación física en el aparato digestivo. Las secreciones se daban en respuesta a estímulos como la presencia del experimentador, o de

una sustancia concreta que aún no había sido ingerida, a estas reacciones las denominó "secreciones psíquicas", puesto que no las evocaba ninguna estimulación física clara

Por otro lado Pavlov, también hizo referencia al lenguaje como un segundo "sistema de señales", lo que confiere al hombre una fuente casi ilimitada de estímulos condicionados y de capacidad para formas complejas de aprendizaje.

Bladimir M. Bechterev (1907) trabajó sobre los reflejos con el fin de descubrir la localización cortical de la conducta refleja, principalmente las respuestas reflejas de los músculos estriados (es decir, respuestas motoras). Él llamó a las respuestas aprendidas "reflejos asociativos"; pensaba que los hábitos complejos implicaban una serie de reflejos motores y que el propio pensamiento podría estar relacionado con impulsos motores específicos que dependían de actividades internas de la musculatura del habla, por lo que decía que la conducta humana podía analizarse por medio del estudio de los reflejos (Op.cit).

Aplicó el estudio del condicionamiento a diversos problemas de la psicología, hasta el punto de intentar sustituirla por una disciplina científica denominada reflexología y la utilizó para explicar los desórdenes psiquiátricos y su tratamiento; estos trabajos de la anatomía y fisiología del sistema nervioso central y sobre la reflexología, condujeron al interés por la investigación aplicada.

No es sino hasta 1913 cuando aparece el conductismo propiamente dicho. Es en esta fecha que John B. Watson fundamentaba dos posturas: en primer lugar, la psicología no podía considerar la conciencia como su campo de estudio; él afirmaba que se debía estudiar una serie de estímulos ambientales (E), y la respuesta (R) que ellos evocan, y en segundo lugar, la introspección como

método de observación debía abandonarse pues no permite el estudio objetivo de la conducta (Kazdin, 1983)

Para Watson la psicología es la parte de la ciencia natural cuyo objeto de estudio es la conducta humana, las acciones y verbalizaciones tanto aprendidas como no aprendidas de las personas.

Tenía dos objetivos específicos, predecir la respuesta conociendo el estímulo y predecir (en realidad post-decir) el estímulo conociendo la respuesta, esto lo explicó de la siguiente manera: "Estímulo (E) significa para nosotros cualquier objeto del ambiente en general o cualquier cambio en los tejidos del mismo, debido a la condición fisiológica del animal; respuesta (R) significa cualquier cosa que el animal haga o las actividades más organizadas tales como: dibujar planos, escribir libros, realizar lecturas, etcétera" (Marx y Hillix, 1985, Pág. 164). Watson formuló algunos postulados al hacer referencia a la conducta:

a) La conducta se compone de elementos de respuestas y pueden ser analizados mediante los métodos objetivos de la ciencia natural.

b) La conducta se compone por entero de secreciones glandulares y movimientos musculares; por lo que en última instancia es reducible a procesos físico-químicos.

c) Ante todo estímulo efectivo hay una respuesta inmediata de algún tipo, toda respuesta obedece a algún tipo de estímulo; hay entonces un determinismo de causa y efecto en la conducta.

d) Los procesos de la conciencia no pueden ser estudiados científicamente, pues sólo representan tendencias sobrenaturales y constituyen remanentes de las fases teológicas precientíficas de la

psicología, por lo que es necesario ignorarlos al hacer referencia al comportamiento

En lo que respecta al pensamiento, Watson lo adjudicó a la conciencia, debido a que es un proceso inaccesible a la experimentación objetiva, por consiguiente lo redujo a la conducta sensomotora observable, pues según él consiste en movimientos implícitos del habla, sin embargo, algunas de sus investigaciones revelaron que se producían unos ligeros movimientos de las cuerdas vocales que no siempre se daban junto con informes de pensamiento (Bernstein y Nietzel 1986).

De igual forma, consideraba las emociones como reacciones somáticas producidas en respuestas a estímulos externos más que a procesos o percepciones; podían comprenderse en términos de respuestas específicas, incluyendo respuestas visuales, cambios en la respiración, el pulso y otras manifestaciones fisiológicas; también hizo referencia a los instintos que en realidad fueron consecuencia de un condicionamiento.

Posteriormente Edward C. Tolman (1918) estudió la conducta a nivel molar y no molecular. Esto es, él insistía en la necesidad de estudiar la conducta del organismo como un todo en lugar de actos concretos. También se refería a la noción de conducta "propositiva", es decir, toda conducta se dirigía a una meta; él afirmaba que los organismos no aprenden respuestas específicas, en lugar de ellas aprenden significados y desarrollan cogniciones sobre los distintos estímulos que se relacionan con una meta; esta teoría propositiva se ha descrito como una teoría "de qué conduce a qué"; la experiencia repetida de una secuencia de acontecimientos que conduce a una meta crea una expectativa con respecto a ello.

En el análisis experimental de la conducta según Burrhus F. Skinner (1956) existe un nivel operante por medio del cual se

comporta cualquier organismo en un ambiente determinado, la conducta se aprende y fortalece como resultado de sus consecuencias, no es necesario plantear si es innata o adquirida, es específica de la especie o derivada de la cultura. El control procede de la manipulación de los estímulos discriminativos y de los estímulos que sirven como reforzamientos (recompensas). La enseñanza o el proceso de entrenamiento consiste en moldear la conducta al reforzar cualquier cambio que se produzca en la dirección deseada, y extinguir (al no reforzarlo o no recompensarlo) cualquier cambio producido en la dirección no deseada; puede utilizarse el método para establecer discriminaciones entre los estímulos y diferenciar los modelos de respuesta (Berstein y Nietzel, 1986)

Con base a esto, las posibles neurosis experimentales eran aprendidas y pudiera ser que las neurosis humanas se desarrollen de manera semejante a las experimentales o con respecto a las tres características estudiadas: Adquisición por aprendizaje, generalización del estímulo primario y eliminación por aprendizaje.

J. Wolpe (1958) desarrolló la teoría y métodos psicoterapéuticos de la inhibición recíproca como posibilidad de olvidar formas inadecuadas de conducta. En el momento en que aparece la reacción indeseable, se produce una reacción diversa que es incompatible con esa forma indeseable y por tanto la bloquea.

De las teorías a cerca del comportamiento humano se desprenden técnicas encargadas de modificar la conducta tales como:

2.3.1 TÉCNICAS CONDUCTUALES

CONDICIONAMIENTO CLÁSICO. El condicionamiento clásico, investigado por Pavlov, quien se interesó por los estímulos que evocan respuestas automáticamente; ciertos estímulos en el medio ambiente provocan respuestas reflejas como por ejemplo un ruido, un choque, una luz y el sabor de la comida. A estos estímulos se les llaman incondicionados. A las respuestas reflejas producidas por estos estímulos se les llaman respuestas incondicionadas. La conexión entre el estímulo incondicionado y la respuesta es automática, es decir, no es aprendida, sin embargo la conducta refleja ocurre algunas veces como respuesta a un estímulo que no produce la respuesta automáticamente y es aprendido (Kazdin, 1978).

Una respondiente puede ser transferida de una situación a otra por medio de un procedimiento llamado condicionamiento respondiente o clásico. El sobresalto, una respuesta que con frecuencia se presenta ante los truenos, se transfiere con facilidad al elemento visual que los precede, el relámpago.

Otra respondiente, la sensación de náusea, se transfiere fácil de un incidente de envenenamiento con comida o un virus a una experiencia simultánea, por ejemplo, ver una ensalada de cangrejo; cuando se dice transferido significa que el nuevo estímulo adquiere la capacidad para evocar una respuesta. Existen cuatro elementos implicados para que se de la transferencia (Kendall y Phillips, 1978):

a) El estímulo incondicionado (Ei), es un estímulo elicitor que produce una respondiente de manera automática; el alimento en la boca es un estímulo incondicionado para la salivación.

b) La respuesta incondicionada (Ri), es la respuesta que el estímulo incondicionado produce de manera automática. El alimento

en la comida produce salivación.

c) Un estímulo neutro (En) es un suceso, objeto o experiencia que no elicit la respuesta incondicionada antes de que comience el condicionamiento; para que ocurra es necesario aparear el estímulo neutral con el estímulo incondicionado.

d) Una vez que se ha asociado el estímulo neutro con el estímulo incondicionado desencadena una reacción similar a la de la respuesta incondicionada llamada respuesta condicionada (Rc). La respuesta condicionada es más débil y menos completa que la respuesta incondicionada.

Cuando el estímulo neutro ha comenzado a producir una respuesta condicionada su nombre cambia a estímulo condicionado.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA. Esta técnica se emplea fundamentalmente en el tratamiento de conductas desadaptativas basadas en la ansiedad y de reacciones de evitación. Habitualmente la desensibilización incluye tres elementos: Entrenamiento en relajación, la elaboración de una jerarquía de situaciones ansiógenas y el emparejamiento de los ítems de la jerarquía (normalmente imaginados con el estado de relajación). Se supone que mediante este vínculo relajación ítems ansiógenos, y según el principio de la inhibición recíproca, la ansiedad se inhibirá Goldfried y Davison (1981).

TERAPIA IMPLOSIVA. A diferencia de la desensibilización, en la implosión no se utiliza el contracondicionamiento por relajación ni una jerarquía graduada; de hecho se presenta inmediatamente el nivel más intenso de la situación que despierta temor, éste se considera como un miedo injustificado, por lo que el paciente deberá

aprender que la situación que le provoca ansiedad no le causará daño alguno (Kanfer y Philips, 1978).

RELAJACIÓN. El objetivo fundamental de las diferentes técnicas de relajación (relajación progresiva, pasiva, autógena) es dotar al individuo de la habilidad para hacer frente a situaciones cotidianas que le están produciendo tensión o ansiedad.

Estas situaciones pueden ser:

a) Actividades rutinarias que el sujeto está llevando a cabo con más tensión de la necesaria para su correcta realización y que le está provocando un elevado estado de activación o ansiedad generalizada

b) Situaciones específicas, ante las que el sujeto experimenta ansiedad o estrés.

Aunque se ha tendido a definir la relajación por referencia exclusivamente a su correlato fisiológico (por ejemplo ausencia de tensión muscular), la relajación, en sentido estricto constituye un típico proceso psicofisiológico de carácter interactivo donde lo fisiológico y lo psicológico no son simples correlatos uno del otro, sino que ambos interactúan siendo partes integrantes del proceso como causa y como producto. De ahí que cualquier definición de la relajación deba hacer referencia necesariamente a sus componentes fisiológicos – patrón reducido de activación somática autónoma -, subjetivos – informes verbales de tranquilidad y sosiego- y conductuales – estado de quiescencia motora-, así como sus posibles vías de interacción e influencia (Vera y Vila en Caballo, 1991).

TERAPIA AVERSIVA. Es el conjunto de técnicas en las que se utilizan eventos aversivos como elemento primordial para modificar la conducta; se emplea para modificar el valor de un estímulo emparejándolo con un suceso aversivo incondicionado.

CONTRACONDICIONAMIENTO. Es un tipo especial de condicionamiento respondiente que se presenta cuando una respuesta condicionada específica es sustituida por una respuesta condicionada nueva e incompatible o contradictoria. La relajación puede sustituir a la ansiedad; la empatía puede reemplazar la hostilidad, y la comodidad podría tomar el lugar de la inquietud.

En el contracondicionamiento se presenta un segundo conjunto de ensayos de condicionamiento; el estímulo condicionado que evoca la respuesta condicionada que será sustituida recibe trato de estímulo neutro. Se aparea con un estímulo incondicionado que elicitaba una respuesta incondicionada incompatible; después de asociaciones repetidas, el estímulo condicionado debe evocar la respuesta condicionada incompatible y novedosa (Davidoff, 1989).

INTENCIÓN PARADÓJICA. Se compone de dos aspectos fundamentales: primero, los procedimientos se constituyen para que sorprendan. Son contrarios a las expectativas de los pacientes sobre su visión de la naturaleza y función de la terapia. Esto lleva al segundo aspecto, es decir en vez de proporcionar sugerencias que fuesen congruentes con el objetivo de cambiar directamente una conducta molesta, el carácter de la contradicción requiere que el terapeuta recomiende, de forma inesperada que el paciente mantenga la respuesta particular en su nivel más molesto.

De este modo, si el paciente intenta realmente lograr el objetivo de tener más síntomas (como aumentar la ansiedad) no tendrá éxito, sino que, paradójicamente experimentará lo contrario (Beston, Jacson, Haley J. Weakland, 1956, Beavin y Jeakson, 1967 en Caballo 1991).

CONDICIONAMIENTO OPERANTE. El condicionamiento operante, descrito por Skinner, quien aseguró que gran parte de la conducta humana no es voluntaria ni provocada por estímulos de reacciones reflejas; sino que son conductas emitidas espontáneamente y controladas por sus consecuencias. Son respuestas que operan en el medio ambiente y generan consecuencias (Kazdin, 1978). Así la conducta de un individuo dependerá de:

- a) La historia de aprendizaje.
- b) Del grado de similitud entre la situación presente y la situación inicial de adquisición de la conducta dirigida por el exterior.
- c) De la unidad de análisis en base a la situación (por ejemplo, los estímulos discriminativos, los agentes reforzantes, etcétera).

En el condicionamiento operante ocurre siempre que las consecuencias que siguen a una operante incrementen o reduzcan las probabilidades de que las respuestas se ejecuten otra vez en una situación similar, es decir, la frecuencia relativa o fuerza de una acción se modifica durante el condicionamiento operante; su principio básico es, si una operante específica es seguida por resultados agradables a quien aprende, es probable que el acto se realice más seguido en condiciones análogas, por otro lado, si la conducta genera consecuencias desagradables es probable que se repita con menos frecuencia en las circunstancias correspondientes (Davidoff, 1989).

Para Caballo (1991) los conceptos operantes tienen que definirse en términos de acontecimientos conductuales y ambientales que puedan ser medidos, algunos conceptos operantes claves son los siguientes:

REFORZAMIENTO: Es un acontecimiento que contribuye a aumentar las posibilidades de que aparezca en el futuro una conducta a él vinculada espacial-temporalmente (lo que puede ocurrir en el ambiente natural o bien ser provocado en una situación experimental), las consecuencias de la conducta reforzada repercuten a su vez en el ambiente y el ambiente produce nuevamente el evento de reforzamiento que activa aquella particular conducta. Se dice que la conducta resultante es operante, porque actúa sobre el ambiente o bien instrumental, porque solo ella produce el evento de reforzamiento (Davidoff, 1989).

REFORZADOR: Cualquier estímulo que aumente la probabilidad de una respuesta a la que sigue temporalmente, la efectividad de un reforzador decae rápidamente conforme aumenta el tiempo que transcurre entre la respuesta y el reforzador. Hay dos clases de reforzadores positivos y negativos (Caballo, 1991).

Un reforzador positivo es cualquier estímulo cuya presentación después de una respuesta aumenta la probabilidad de ésta mientras que un reforzador negativo, es cualquier estímulo cuya eliminación después de una respuesta aumenta la probabilidad de la misma. Una respuesta que ha sido negativamente reforzada es denominada respuesta de escape.

CASTIGO: Es la presentación de un evento aversivo subsiguiente a una respuesta, de la cual se quiere disminuir su frecuencia. Existen dos tipos de castigos, los eventos aversivos que se presentan después de una respuesta (que dependen en parte de que haya habido una reducción de ésta) y el segundo tipo es la eliminación de un reforzador positivo subsiguiente a una respuesta (Kazdin, 1978).

MOLDEAMIENTO: Es una estrategia de reforzamiento positivo para enseñar nuevas acciones; dicho reforzamiento es

contingente porque el que aprende hace aproximaciones cada vez más cercanas a la conducta deseada, hasta que alcanza la meta (Davidoff, 1989).

DISCRIMINACIÓN Y GENERALIZACIÓN: Las respuestas fortalecidas por procedimientos operantes bajo un conjunto de circunstancias, tienden a extenderse o generalizarse hacia situaciones similares. del mismo modo que en el condicionamiento respondiente, cuanto más parecidos sean los dos ambientes, más probable será la generalización de estímulos. sin embargo; la discriminación se refiere al hecho de que las respuestas reforzadas en una situación no se extienden hacia todos los casos parecidos puesto que no son reforzadas en esas situaciones (Davidoff, 1989).

EXTINCIÓN: Es la eliminación o reducción progresiva de la magnitud o de la frecuencia de una respuesta condicionada cuando el reforzamiento desaparece. El término se utiliza tanto en el condicionamiento clásico (en el que el reforzamiento es el estímulo incondicionado), como en el operante (en el que el refuerzo es la recompensa o el castigo contingente a la respuesta) (Kazdin, 1978).

ESTÍMULO PUNITIVO: Cualquier estímulo que disminuya la probabilidad de una respuesta operante a la que sigue; también puede servir como reforzador negativo; dependiendo si el contexto consiste en aumentar o disminuir la probabilidad de una respuesta (Caballo, 1991).

GENERALIZACIÓN DEL ESTÍMULO: Consiste en la tendencia de una respuesta que ha sido reforzada en presencia de un estímulo a ocurrir en la presentación de otro estímulo en función de la similitud física entre los dos.

REFORZADOR PRIMARIO: Consiste en un estímulo que es reforzante a causa de la composición genética del organismo; es decir la comida, el agua y el sexo.

REFORZADOR CONDICIONADO: Es aquel estímulo que inicialmente no es reforzador, pero que se convierte en uno como resultado de emparejarse con un reforzador primario o con otro reforzador condicionado (Caballo, 1991).

PROGRAMA DE REFORZAMIENTO: Consiste en una regla que especifica qué ocurrencias de una respuesta serán reforzadas, como por ejemplo: en el programa de reforzamiento continuo, se reforzará cada vez que ocurra la respuesta, y en la extinción se especifica que no se reforzará la respuesta (Caballo, 1991).

CONTINGENCIA DE REFORZAMIENTO: Consiste en la relación entre una respuesta, un reforzador y (si la respuesta está bajo control del estímulo) un estímulo discriminativo (Caballo, 1991).

ECONOMÍA DE FICHAS: Según (White, 1971, en Caballo, 1991) una economía de fichas es un sistema de reforzamiento en el que se administran fichas como un refuerzo inmediato, las cuales son respaldadas o cambiadas por refuerzos más valiosos, Kazdin cita tres requisitos de una economía de fichas: 1) La ficha o medio de intercambio 2) las recompensas o refuerzos de respaldo que pueden comprarse con las fichas y 3) el conjunto de reglas que definen las interrelaciones entre las conductas específicas que obtienen fichas y los refuerzos de respaldo por los que se pueden cambiar las fichas (Caballo, 1991).

MODELADO: El aprendizaje por modelado es aquél que se produce por la mera observación de alguien que realice una conducta. A través de la observación el paciente puede adquirir respuestas

deseadas sin necesidad de realizarlas él mismo (Kanfer y Phillips, 1976).

BIORRETROALIMENTACIÓN: Consiste en proporcionar a la persona información sobre un aspecto de los procesos fisiológicos que se están dando en su organismo (cómo sobre su tasa cardiaca por ejemplo). La información llega inmediatamente al individuo, de forma que puede seguir continuamente los cambios que se van produciendo y controlar la direccionalidad de éstos cambios.

CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO: Es un modelo teórico que se refiere a un conjunto de técnicas que utiliza la imaginación y que pretende alterar la frecuencia de la respuesta a través de la manipulación de las consecuencias. Se emplea el término encubierto porque se le pide al paciente que se imagine tanto la conducta objeto de consulta como sus consecuencias.

REFORZAMIENTO POSITIVO ENCUBIERTO (RPE). Consiste en aumentar la frecuencia de una conducta, ya sea ésta interna o externa, a través del reforzamiento positivo en imágenes. Se le pide al sujeto que imagine la conducta-objetivo y a continuación una imagen reforzante para él. Reforzamiento Negativo Encubierto (RNE). Cautela (1970 en Caballo, 1991), dice que es análogo al reforzamiento negativo operante. La respuesta que se pretende incrementar provoca el cese de un estímulo aversivo. De este modo, aquella conducta de huida o evitación de un estímulo aversivo se incrementa considerablemente. En este procedimiento se pretende adecuar un estímulo muy aversivo para el sujeto a nivel imaginativo, y asociar su huida o evitación a una respuesta de baja frecuencia. Esta respuesta puede ser tanto de aproximación como de evitación.

SENSIBILIZACIÓN ENCUBIERTA (SE). Es análoga al procedimiento operante del castigo directo (llamado castigo positivo) y pretende la disminución de la probabilidad de ocurrencia de una

conducta por medio de la presentación de un estímulo aversivo imaginado inmediatamente después de la ocurrencia (imaginada) de dicha conducta (no deseada).

EXTINCIÓN ENCUBIERTA (EE). Pretende la disminución de la probabilidad de una conducta al lograr que se imagine su ocurrencia en ausencia de un estímulo reforzante que previamente la acompañaba.

COSTO DE RESPUESTAS ENCUBIERTO (CRE). Es un procedimiento basado en el castigo indirecto (llamado castigo negativo). Con él se pretende disminuir la frecuencia de una conducta desadaptada imaginando que su ocurrencia está asociada con la pérdida de un reforzador positivo.

2.4 TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Junto con los psicólogos conductistas, los teóricos del aprendizaje social creen que toda la conducta se aprende a través de los mismos mecanismos, de acuerdo con los mismos principios de aprendizaje. Sin embargo difieren de Pavlov, Watson, y demás, en su interés por el aprendizaje humano, en especial en la adquisición de la conducta social y moral.

Aunque los teóricos del aprendizaje social concuerdan en que debería observarse lo que es observable, también creen que existen importantes variables cognoscitivas o mediadoras que intervienen entre el estímulo y la respuesta y sin las cuales no es posible explicar la conducta. Estas variables cognoscitivas no pueden observarse de modo directo, sino que sólo es factible inferirlas de la observación de la conducta real (Gross, 1998).

Los teóricos del aprendizaje social no niegan la importancia del condicionamiento clásico y operante, pero piensan que estos procesos de aprendizaje no pueden explicar adecuadamente la aparición de la conducta novedosa, es decir, la conducta que el individuo no ha presentado antes (Op. cit).

El aprendizaje observacional o vicario, en mayor medida quizá que el aprendizaje clásico y operante, ha acentuado el papel de los procesos cognitivos y simbólicos. En el aprendizaje por observación, un individuo puede aprender una respuesta mediante la sola observación de alguna otra persona que la está realizando. El observador no necesita llevar a cabo la respuesta para aprenderla. El aprendizaje puede hacerse patente mucho tiempo después de la experiencia observada (Kazdin, 1983).

Alberth Bandura (1986) hace referencia a la teoría del aprendizaje social como una teoría social cognoscitiva; en donde explica la manera en que las personas adquieren una variedad de conductas complejas en entornos sociales.

Bandura defiende el principio del determinismo recíproco; es decir, para él las tres variables conducta, persona y situación influyen entre sí.

Bandura no considera que el reforzamiento sea siempre necesario para que ocurra el aprendizaje. El aprendizaje observado a otros es entonces, eficiente y profundo. Pero no se repite todo lo que se observa, se elige y escoge en base a diferentes modelos o casos y se combinan en productos conductuales novedosos (Bandura, 1979, en Phares, 1996). La investigación de Bandura consolidó el punto de vista de que el reforzamiento no es una condición necesaria para que se lleve a cabo el aprendizaje y que los seres humanos pueden aprender en situaciones interpersonales complejas sin el beneficio del

reforzamiento directo. El conocimiento de los individuos acerca de las reglas, su formación de hipótesis y sus expectativas adquieren una importancia crítica. De nuevo, el papel de las cogniciones tiene un lugar central en el aprendizaje.

2.4.1 TÉCNICAS DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Estas son algunas de las técnicas utilizadas en el aprendizaje social

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (EHS).

Primero se identifica con la ayuda del paciente, las áreas específicas en las que éste tiene dificultad, la entrevista, el autorregistro, los numerosos inventarios disponibles y el empleo de situaciones análogas, así como la observación en la vida son parte de las herramientas utilizadas para la determinación de problemas de inadecuación social. El paso siguiente consiste en analizar por qué el individuo no se comporta en forma socialmente adecuada (por ejemplo, déficit en habilidades, ansiedad condicionada, cogniciones desadaptativas, discriminación errónea). Posteriormente se informa al paciente sobre la naturaleza del entrenamiento de habilidades sociales, sobre los objetivos a alcanzar en la terapia y sobre lo que se espera que haga dicho paciente, además de fomentar motivación del mismo hacia el entrenamiento. Una vez que ha comprendido el objetivo del EHS y está de acuerdo en llevarlo a cabo se puede empezar con el programa en sesiones, como por ejemplo, el esquema propuesto por Lange (1981, en Caballo, 1991) que se lleva a través de las siguientes cuatro etapas:

Primera etapa, la construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los propios derechos personales y por los derechos de las demás. Brower y Brower (1976), señalan que nuestros

derechos humanos provienen de la idea de que todos somos creados iguales, en un sentido moral y nos tenemos que tratar como iguales, por lo que la premisa subyacente del EHS es humanista: No producir estrés innecesario en los demás y apoyar la autorrealización de cada persona.

La segunda etapa, consiste en que el paciente entienda y distinga entre respuestas asertivas, no asertivas y agresivas. Es importante dejar en claro que el comportamiento asertivo es, generalmente más adecuado y reforzante que los otros estilos de comportamiento, ayudando al individuo a expresarse libremente y a conseguir los objetivos que se ha propuesto.

Una tercera etapa abordaría la reestructuración cognitiva de los pensamientos incorrectos, El objetivo de las técnicas cognitivas empleadas consiste en ayudar al paciente a reconocer que lo que se dice así mismo puede influir en sus sentimientos y en su conducta.

La cuarta y última etapa en el Entrenamiento de Habilidades Sociales, constituye el ensayo conductual de las respuestas socialmente adecuadas en situaciones determinadas, en este sentido es posible que el paciente pueda facilitar (y, a veces posibilitar) el ensayo conductual apropiado y, sobre todo, la generalización del mismo a la vida real. Los procedimientos empleados en esta cuarta etapa son el ensayo de conducta, el modelamiento, el reforzamiento, la retroalimentación (técnicas desarrolladas en el modelo conductual).

ENTRENAMIENTO A PADRES (EP) Puede definirse como un enfoque para el tratamiento de los problemas de la conducta infantil que utiliza: procedimientos por medio de los cuales se entrena a los padres a modificar la conducta de su hijo en casa. Los padres se reúnen con un terapeuta o entrenador que les enseña a usar una serie de procedimientos específicos para modificar su interacción con los

hijos para fomentar la conducta prosocial y disminuir la conducta desviada (Caballo,1991).

ENTRENAMIENTO AUTOAFIRMATIVO. La autoafirmación no es solamente la agresión por defender los propios derechos. Se define como la expresión apropiada de los sentimientos por medio de conductas que no violan los derechos de los demás (Albertini y Emmons, 1974; Wolpe y Lazarus,1966 en Berstein y Nietzel, 1986).

El entrenamiento autoafirmativo se lleva a cabo en pequeños grupos e incluye cuatro componentes generales: 1) la definición de la autoafirmación y la distinción entre la autoafirmación y la agresión y la sumisión, 2) la discusión e identificación de los derechos del paciente y los derechos de las demás personas en una variedad de situaciones sociales, 3) la identificación y eliminación de los obstáculos cognitivos para actuar de una manera autoafirmativa, y 4) el desarrollo o práctica de la conducta autoafirmativa (Lange y Jakubowski,1976 en Berstein y Nietzel,1986).

El último componente por lo general comienza con la realización de algunas prácticas simuladas o ensayos de varias interacciones sociales, donde el terapeuta a menudo actúa como si fuera el paciente y le modela las respuestas autoafirmativas apropiadas. Enseguida, el paciente intenta llevar a cabo la misma conducta. Se refuerza este intento por parte del paciente y se hacen recomendaciones para que mejore aún más. Después de realizar una mayor cantidad de ensayos cada vez más refinados, se le pide al cliente que pruebe los pensamientos y acciones nuevos en los ambientes de la vida real. Luego, se comentan y analizan los éxitos y fracasos que hayan experimentado durante las sesiones, donde nuevamente se desarrollan y practican habilidades nuevas y con pequeñas modificaciones.

2.5 TEORÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La teoría cognitivo-conductual incluye los tres modelos mencionados anteriormente.

En la década de los sesentas con las estrategias de autocontrol para modificar la conducta, se le dio mayor importancia a los factores internos tales como los procesos de pensamiento, su impacto sobre la conducta y la patología, la terapia cognitiva es un enfoque estructurado que ayuda a que el individuo realice cambios en el pensamiento, las percepciones y por ende en la conducta.

Aunque la terapia se llama cognitiva en realidad enfatiza la interacción entre cinco elementos: Ambiente (que incluye la historia evolutiva y la cultural), biología, afecto, conducta y cognición (Datillo y Padeski, 1986).

Dos fueron los pioneros en el área cognitivo-conductual: Aarón Beck (1964) quien desarrolló una forma de terapia cognitiva centrada en los procesos de pensamiento del cliente y Albert Ellis (1970), que formuló la Terapia Racional Emotiva (TRE).

Esta orientación se desarrolló como consecuencia de la insatisfacción con las explicaciones estímulo-respuesta, y como fruto de la investigación que ha demostrado el papel de los procesos de pensamiento en el control de la conducta (Kazdin, 1983).

Un artículo clásico de Lloyd Homme, publicado en 1965, solicita a los modificadores de conducta aplicar sus destrezas analítico-funcionales a los "coverants" las "operantes (encubiertas) de la mente". Homme consideró los pensamientos como elementos

iniciales básicos en cadenas ulteriores de respuestas explícitas. Ya que estos eventos encubiertos son observables para la misma persona, pueden someterse a la investigación empírica y al control experimental (Mahoney, 1997, Pág.16).

Según Homme, evitar o ignorar los eventos privados es situarlos misteriosamente aparte de otras conductas (observables públicamente) y consecuentemente, reforzar el mismo dualismo (físico-mental) que los conductistas habían negado.

En este sentido el modelo cognitivo-conductual retoma las principales virtudes del enfoque cognitivo y del conductual, a partir de ello, el objetivo del modelo es crear condiciones que favorezcan el proceso de enseñanza aprendizaje. Rocio F. Ballesteros y José I. Carrobes (1983) construyeron las bases de un modelo en psicodiagnóstico con el que se pretendió sintetizar en un artefacto lógico, los distintos contenidos, variables e instrumentos que los diferentes enfoques científicos del psicodiagnóstico habían planteado. Basado en tres niveles sistémicos: El biológico, el conductual, el macrosocial y cultural.

Parte de la formulación teórica procede del aprendizaje social, en la que tanto las variables organísmicas (o personales) como ambientales y la propia conducta, interactúan entre sí, es decir,

$C \rightarrow O \rightarrow A$, se pueden descomponer las variables en análisis, según éstas sean antecedentes o consecuentes, el funcionamiento psicológico supone una recíproca interacción entre lo personal (u organísmico), lo conductual y sus determinantes ambientales (Bandura 1977, en Ballesteros y Carrobes, 1983).

Se trata de un Modelo Secuencial Integrativo, lo cual quiere decir que analiza secuencialmente los distintos elementos, grupos de variables o eslabones, según la formulación teórica de la que se parte, en sus nexos temporales. Así, la secuencia que analizamos comienza

por los estímulos ambientales que provocan en el presente las respuestas del sujeto en evaluación y termina con las consecuencias que tales conductas producen en el ambiente, y se representa de la siguiente manera:

Antecedentes → Respuestas → Consecuentes

Ahora bien, una segunda característica del modelo es que integra lo cognitivo con lo radicalmente conductista (que los antecedentes y consecuentes de las conductas problema no se reducen a variables ambientales, sino que el análisis funcional a de dirigirse también a los eventos internos (diálogo interior, estrategias en la resolución de problemas, respuestas fisiológicas intermedias, etcétera) que cumplen un papel importante en el mantenimiento actual de la conducta.

Es decir, se admiten las tres modalidades (motora, cognitiva y fisiológica) que la conducta humana presenta y que se dan (con distintos grados de intensidad) en la mayoría de los problemas psicológicos.

Evalúa al organismo (O) en base a estos tres puntos: a) a través de sus respuestas; se considera al organismo como una condición biológica en el sentido de aceptar las influencias que los organismos reciben de variables físicas, genéticas, fisiológicas etcétera. b) acepta ciertas habilidades, competencias que formando parte del repertorio de conductas del sujeto, pueden influir bien en las conductas problema, bien en las variables de tratamiento. Y c) considera las variables internas cognitivas (pensamientos, expectativas, creencias, etcétera) bien como conductas problema, bien como variables intervinientes que han mediatizado la adquisición de tal conducta o incluso que las mantiene en la actualidad.

Por otra parte se define a (R) como aquellas respuestas, fundamentalmente observables (como en el modelo E-R) objeto de estudio. También se pueden considerar a las respuestas encubiertas, siempre y cuando no se realicen inferencias sobre atributos inobservables y pueda efectuarse sobre ellas el control experimental.

En líneas generales, (O) ha llevado consigo la consideración de lo estable o permanente (físico, fisiológico, capacidades o hábitos aprendidos y consolidados) mientras (R) ha sido tenido en cuenta como aquellas respuestas objeto de análisis, generalmente manifiesta que el sujeto produce en el momento actual y que han de ser modificadas.

2.5.1 TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Algunas de las técnicas utilizadas en la terapia cognitivo-conductual son las siguientes:

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE). La terapia racional emotiva (TRE) tiene como principio ayudar a los clientes a percatarse de sus creencias contraproducentes y a sustituirlas con afirmaciones auto-estimulantes. Ellis propone la hipótesis de que las personas aprenden a hablarse a sí mismas con el fin de hacer frente a la tensión, y que si esas afirmaciones son "irracionales", causan más problemas que los que resuelven (Kendall y Norton, 1988).

La terapia racional-emotiva sostiene como premisa básica que gran parte, sino es que todo el sufrimiento emocional, es debido a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y las creencias irracionales que las mantienen. Dichas creencias conducen a pensamientos y sentimientos auto derrotistas que ejercen un efecto adverso sobre la conducta.

La esencia de la TRE en Kendall, (1988) se puede resumir al modelo "ABC" de Ellis (1971). "A" se refiere al acontecimiento activador, la situación a la cual se expone el paciente. Para Mahoney, (1983) es un evento experiencial objetivo. Mientras que "C" Representa las consecuencias (tanto emocionales como conductuales) que según el paciente resultaron de "A". El factor central es "B" las creencias que el paciente abriga con respecto a la situación de que se trate, la existencia de esas creencias irracionales, y la forma en que se reflexiona sobre ellas en una plática irracional consigo mismo, es lo que da lugar a las consecuencias emocionales experimentales en el punto C. A no es la causa de C. C es el resultado de las creencias mediadoras. (Kendall y Norton, 1988).

ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIÓN. Mediante esta técnica se enseña a la persona hacerse a sí misma ciertas verbalizaciones, que le ayudarán a cambiar su conducta (Meichenbaum, 1973 en Kazdin, 1983). El papel de la autosugestión en el tratamiento se basa en la idea de que el creer algo es condición necesaria y suficiente para provocar casi cualquier tipo de cambio en el funcionamiento físico y psicológico de una persona. La frase más habitual que se enseña a pronunciar en los pacientes es: cada día, en cualquier parte, me voy sintiendo mejor y mejor.

TERAPIA COGNITIVA CENTRADA EN LOS PROCESOS. Aarón Beck (1974, en Linn y Garske, 1988) desarrolló una forma de terapia cognitiva que también se centra en los procesos de pensamiento del cliente, para desarrollar su terapia cognitiva introdujo tres conceptos básicos que son; 1) los eventos cognitivos, 2) Los procesos cognitivos y 3) las estructuras cognitivas.

Los eventos cognitivos son la corriente de pensamientos e imágenes que tenemos, pero a la que con frecuencia no prestamos

atención. Usualmente, tales pensamientos pueden ser fácilmente recuperados si se demandan.

Los eventos cognitivos se refiere al contenido de nuestros pensamientos, e imágenes y sentimientos que los acompañan, los procesos cognitivos se refieren al cómo pensamos, a los procesos automáticos del sistema cognitivo. Debido a que estos pensamientos emergen automáticamente son extremadamente rápidos, Beck los denomina "pensamientos automáticos". Tales pensamientos con frecuencia son vagos, informes y generados sin que el cliente los inicie voluntariamente, señala que son difíciles de interrumpir y muy frecuentemente se cree completamente en ellos, sin importar cuán lógicos sean. Dichos pensamientos están asociados con una diversidad de emociones e influyen en la conducta.

Los procesos cognitivos se refieren al "cómo" pensamos, a los procesos automáticos del sistema cognitivo. El procesamiento de la información incluye mecanismos de búsqueda y almacenamiento, y procesos de inferencia y de recuperación. En la mayor parte de las situaciones NO se presta atención a la forma en se procesa la información, pues se dice que si una situación es amenazante para nuestra persona recuperamos la información y recordamos hechos, Esta rutinas son muy ensayadas y se realizan automáticamente: Beck (1972) ha ilustrado algunas formas en que los individuos depresivos procesan la información, y que atribuyen y ayudan a mantener su estado depresivo. Los cuatro procesos cognitivos incluyen:

1.-Razonamiento dicotómico, se refiere a la tendencia a dividir los eventos en opuestos o pensar en términos de extremos (blanco o negro, bueno o malo bien o mal).

2. Sobregeneralización, se refiere al proceso de llegar a conclusiones de gran alcance sobre la base de datos escasos (la generalización injustificada sobre la base de un único incidente).

3.-Magnificación, se refiere a la tendencia a ver los eventos como muchos más importantes, amenazantes o catastróficos de lo que obviamente son.

4.-Inferencia arbitraria, se refiere al proceso de elaborar conclusiones cuando se carece de evidencia o ésta es contraria a las conclusiones.

Por último las estructuras cognitivas, se refiere a los esquemas, las asunciones implícitas o las premisas que determinan a que eventos se prestan atención y cómo se interpretan éstos. Es también el programa o ejecutor de diversos planes en un ordenador, mientras que los procesos cognitivos pueden concebirse como las rutinas o subrutinas específicas que ejecutan los análisis.

El concepto de estructura cognitiva explica el establecimiento de prioridades en nuestro procesamiento de información. En cualquier momento dado, sólo somos capaces de utilizar una pequeña porción de la estimulación externa e interna disponible. Nuestra atención cumple la "función de una válvula" delimitando el rango de impactos posibles. La estructura cognitiva ayuda a explicar la capacidad de atención limitada y nos permite llenar vacíos cuando se pierde información.

INSENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA. Es uno de los diversos métodos de tratamiento desarrollados para remediar la tensión conductual y afectiva asociada con problemas que implican ansiedad persistente (Wolpe, 1973, en Kendall y Norton, 1988), se lleva a cabo a través de los principios de contracondicionamiento, se aplica en general enseñando al paciente a presentar progresivamente una respuesta de relajamiento, como sustituto de la respuesta de ansiedad

provocada por situaciones difíciles, tales como hablar en público o estar en lugares altos.

Dentro de la insensibilización sistemática de Wolpe (1958), se enseña primero al paciente a relajarse mediante los procedimientos de Jacobson. Una vez que el paciente ha adquirido la capacidad de relajarse, se les indica que lo hagan profundamente al tiempo que imaginan la situación o situaciones que producen ansiedad. Para garantizar que el relajamiento sustituirá a la respuesta de ansiedad, el paciente imagina las "escenas" de ansiedad en orden de importancia (Kendall y Norton, 1988).

CAPITULO 3

HABILIDADES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

La psicoterapia, es la intervención interpersonal sistemática a través de la cual un individuo, el terapeuta, procura ayudar, modificar o mejorar el comportamiento de otra persona; supone esencialmente una relación muy especial entre el terapeuta y el paciente, una relación que se distingue en ciertos aspectos de todas las demás relaciones que el paciente haya tenido con otras personas, aunque el vínculo terapeuta-paciente es parecida al modo como se relaciona con los demás, el objetivo de la relación, las oportunidades que se le conceden para que hable de sí mismo, la habilidad e interés del terapeuta por el paciente, el conocimiento especial que aporta el terapeuta con respecto al comportamiento humano, todo esto hace que esta relación sea especial y distintiva.

Algunas de las destrezas generales que parecen exigirse para llevar a cabo la psicoterapia conductual son las siguientes: necesita saber mucho más además de psicopatología y de las diversas manifestaciones del comportamiento mal adaptado. No sólo necesita saber cuáles son los casos que se suelen beneficiar de los métodos psicoterapéuticos, sino que también tiene que estar alerta con respecto a los problemas que hay para llegar a un diagnóstico acertado del comportamiento perturbado, tiene que saber cuándo hay que utilizar otros métodos y cuándo hay que remitir al paciente a otras personas. Debe estar informado acerca de las teorías de la personalidad y del desarrollo, no sólo por su relación con la psicopatología, sino también para comprender mejor el comportamiento y los conflictos del individuo.

El terapeuta necesita informarse sobre los procedimientos terapéuticos de las principales teorías de la psicoterapia y acerca de los diversos problemas con que se suele tropezar en ella, aunque con el tiempo llegue a preferir un método terapéutico por encima de todos los demás (Garfield, 1987).

También es necesario que sea un individuo bien educado y culto, en el sentido amplio de la palabra, que tenga un conocimiento general acerca de cómo vive la gente, sobre los distintos patrones de respuesta en las diversas subculturas de nuestra sociedad y necesita tener conocimientos sobre los problemas particulares de adaptación propios de estos grupos, es decir, el proceso terapéutico supone mucho más que conocimientos puramente verbales y razonamientos intelectuales (Op. cit).

Tiene que ser sensible no solamente a la comunicación verbal del paciente, sino también a todos los aspectos de la comunicación interpersonal, de lo contrario, si careciera de sensibilidad seguramente no logrará comprender plenamente los sentimientos y percepciones de las personas ni lo que el paciente está procurando comunicarle, ni qué sentido tienen las reacciones del paciente hacia él como persona, por lo tanto tiene que tener algún conocimiento de sí mismo como persona, del efecto que produce en los demás, de cómo reacciona a los estímulos que le son amenazantes y de sus propios conflictos y defensas, esto es, el terapeuta tiene que ser sensible a sus propios sentimientos y conductas al igual que a los del paciente.

En lo que respecta a la terapia psicoanalista, Sigmund Freud, fue el primero en comprender y describir el proceso psicoterapéutico en términos de una experiencia interpersonal entre el paciente y el psicoterapeuta, según él "todas las relaciones con otras personas siguen la pauta de las primeras relaciones con las personas importantes del contorno en la infancia y en la niñez: por lo tanto el terapeuta tendrá que entender las dificultades interpersonales en términos de estos tempranos lazos e investigar y comprender las

vicisitudes de las experiencias del paciente con el médico; puesto que ellas son transferidas” (Kolb, 1985, Pág.55).

El psicoanalista debe ser capaz de escuchar y de recoger información de otra persona, de ella misma, sin reaccionar en base a los problemas propios (Op. cit).

El terapeuta debe tener suficientes fuentes de satisfacción y seguridad independientemente del trabajo profesional para rechazar la tentación de usar a sus pacientes para la consecución de su satisfacción o seguridad profesional (Op. cit).

La terminación de la terapia psicoanalista también puede concebirse como la recapitulación de múltiples adioses anteriores en la vida, al mismo tiempo es la preparación para ser capaz de manejar más adecuadamente los adioses futuros Maholick y Turner (1979) en Kleinke, (1995), por lo que la tarea del terapeuta es permanecer emocionalmente accesible, reconocer y experimentar con el paciente cualquier sensación de ansiedad, negación y dolor que pueda acompañar al proceso de la terminación.

La teoría de la gestalt puntualiza que la misión del terapeuta es ayudar al paciente a superar los obstáculos que bloquean la toma de conciencia y dejar que la naturaleza siga su curso (es decir que se produzca esa toma de conciencia) de modo tal que el individuo pueda actuar haciendo pleno uso de sus capacidades, por lo que el terapeuta, debe ser hábil para no resolver el problema sino contribuir a restablecer las condiciones bajo las cuales el paciente deberá ser uso de su propia capacidad y resolver sus desventajas Fagan y Lee (1978).

El dialogo exige que el terapeuta aborde al paciente con entusiasmo, en forma directa, abierta e interesada. El terapeuta tendrá que aceptar la experiencia del paciente, entrar respetuosamente a su mundo, lo debe vivenciar y aceptar tal como es: el terapeuta debe tratar de ver el mundo a través de los ojos del paciente (Gary Yontef, 1995).

El terapeuta debe ser dialogal estar verdaderamente comprometido con el diálogo, deberá observar cómo es el paciente, en vez de analizar y buscar los debería, el terapeuta deberá vivir empaticamente en el mundo del paciente y expresa su sí mismo en la medida que sea pertinente, esto significa que el resultado sea determinado por ambos y no controlado por ninguno (Op. cit).

El terapeuta debe mostrar su verdadero sí mismo, respetarse y mantenerlo mientras práctica la terapia, mostrarlo en vez de aparentar -parecer otra cosa-; por ejemplo un terapeuta muy preocupado que quiere parecer neutral, un terapeuta asustado que quiere parecer tranquilo, el enojado que quiere parecer aceptador o afectuoso; en fin, el hecho es que se esta aparentando en lugar de estar realmente atento y presente durante la sesión terapéutica.

Por último, Yontef (1995), dice que el terapeuta deberá ser hábil y vivir la sesión terapéutica, contactar es vivir más que hablar acerca de vivir, es hacer y vivenciar más que analizar, es tener una experiencia con el paciente en el presente. El éxito terapéutico esta en vivir el diálogo. Los terapeutas gestálticos deben dejar salir toda la vivacidad que resulta del encuentro conjunto.

Sullivan (1954) en Kanfer y Phillips (1976), en la teoría del aprendizaje social dice, que el terapeuta clínico debe ser observador objetivo y participe amistoso al mismo tiempo.

El estilo formal de un terapeuta, el ambiente de su consultorio y su lenguaje intelectual son estímulos que evocan o "demandan" expectativas y respuestas del paciente.

El terapeuta deberá cuidar la manera en que responde cuando su paciente le esta hablando pues las respuestas dadas sin atención pueden servir de señales al paciente sobre las expectativas y valores del terapeuta.

El terapeuta clínico también da refuerzo contingente, expresándose ya sea verbalmente o mediante modificaciones sutiles en su postura, expresión, tono y comportamiento verbal.

Cuando un psicólogo clínico acepta a un paciente no sólo deberá evitar efectos perjudiciales, sino que deberá contribuir a la mejoría de tal persona.

La última teoría citada en la presente tesis es la cognitivo - conductual misma que asegura que el terapeuta es un co-constructivista que ayuda a los clientes a modificar su historia, por lo que el terapeuta debe primero escuchar con empatía, reflejando la línea inicial de la historia del paciente y posteriormente debe colaborar con el paciente ayudándole a transformar su historia (Mahoney, 1997).

El terapeuta tendrá que ayudar a los pacientes a reestructurar cognitivamente sus acontecimientos estresantes y a "normalizar" sus reacciones.

Según Frank (1981, en Lynn y Garske, 1988) la psicoterapia se puede describir de acuerdo a cuatro componentes:

1.- Relación terapéutica: en la que el terapeuta y el paciente han definido claramente los roles y las expectativas sobre la conducta de cada uno; estas expectativas son satisfechas por el apoyo, calidez, entusiasmo y habilidad del terapeuta. La posición del terapeuta deberá estar afirmada pos su formación y credenciales.

2.- Marcos que la sociedad diseña para recibir ayuda. Generalmente es un lugar agradable, tranquilo, adornado con los materiales propios de la profesión; tales como, revistas, libros, documentos que acreditan la formación y habilidad del terapeuta.

3.- Esquemas o fundamentos para explicar los síntomas y la conducta desmoralizada del paciente; una teoría que haga referencia a las causas de la conducta anormal, a las metas y objetivos del cambio, así como la manera en que se procederá para lograr dicho cambio.

4. - Sistema conceptual de la psicoterapia; procedimiento en el que ambos, terapeuta y paciente participan activamente. El paciente recibe lo que espera a través de una serie de operaciones terapéuticas, mientras que el terapeuta opera con una serie de técnicas aplicadas con habilidad y aplomo.

Weiner (1992), aseguró que algunos profesionales cuentan con ciertas habilidades, por ejemplo, el realizar una entrevista, aunque también otros autores teóricos piensan que esta facultad es innata por lo que no se puede aprender; otros suponen que las habilidades no se pueden enseñar, sino que sólo se adquieren de modo gradual a través de la experiencia profesional, Argyle y Kendon (1967 en Caballo, 1991) señalan que una habilidad puede definirse como una actividad organizada, coordinada, en relación con un objeto o una situación que implica una cadena de mecanismos sensoriales, centrales y motores. Una de sus características principales es que la actuación o secuencias de actos, se halla continuamente bajo el control de entrada de información sensorial de la observación y de la imitación, según el

profesor Ramón García (1996) habilidad hace referencia a la capacidad y disposición para realizar una actividad.

La meta de la relación terapéutica no es imponer un cambio al paciente sino que a través de la habilidad del terapeuta crear una condición que permita que se produzca un cambio en éste, en otras palabras, la relación terapéutica permite a los terapeutas funcionar como instrumentos de cambio a través de algunos componentes existentes en toda relación terapéutica tales como: alianza terapéutica, que determina la capacidad del paciente de trabajar con un propósito en la sesión de terapia, en base a un vínculo entre terapeuta y paciente que refuerce la elaboración en pos de la consecución de tareas y metas acordadas (Strupp, 1982 en Kleinke, 1995).

En base a lo anterior, retomando y ampliando el concepto habilidad, considero que la acepción más apropiada, es aquella que la conceptualiza como la capacidad para coordinar determinados movimientos, realizar ciertas tareas o resolver algún tipo de problemas. Las habilidades pueden ser aprendidas o no. La supervivencia de muchas especies está garantizada debido a que algunas habilidades son el resultado de un proceso de maduración. En el ser humano cierto número de habilidades motoras son fruto de dicho proceso, pero la capacidad de adaptación a los cambios del medio va siempre unida a la de desarrollar habilidades a través del aprendizaje. Las habilidades se suelen clasificar en preceptuales, perceptivo-motoras y mentales, y sus características esenciales son la eficacia y la flexibilidad. Una habilidad es eficaz cuando se ejecuta con exactitud, rapidez y economía; su flexibilidad permite dar una respuesta eficaz ante nuevas situaciones. Criterio que se sustenta toda vez que dicha definición es amplia y abarca todas y cada una de los caracteres que debe reunir un psicoterapeuta para ser hábil al momento de ejercer la profesión.

Finalmente, es importante que el psicólogo clínico adquiera habilidades que demuestren experiencia, interés y profesionalismo desde el momento que se entrevista con el paciente, para explicar las causas que alteran el comportamiento, así como también para desarrollar un programa funcional de intervención.

3.1. DESTREZAS DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.

Díaz y Fontana (1997), en su trabajo sobre las habilidades del psicólogo clínico describieron las destrezas comunes y generales que sin importar la orientación teórica un psicólogo clínico debería adquirir y desarrollar, asegurando así una sesión terapéutica funcional. Estas habilidades son agrupadas en los siguientes nueve bloques:

3.1.1 AUTOCONOCIMIENTO

Este bloque se refiere no sólo a los conocimientos teórico-prácticos que hacen del psicólogo un profesional, sino también a sus capacidades y limitaciones como persona, pues es importante resaltar que el psicólogo no sólo analiza el comportamiento de la gente, es también un ser humano con intereses, valores, sentimientos, virtudes y defectos. Características que debe cuidar para no contaminar la terapia de intervención.

Respecto de este bloque el psicólogo deberá desarrollar las siguientes habilidades: a) ser capaz de autoevaluar el desempeño personal con respecto a la intervención e interacción con el paciente, b) contar con una gran capacidad reflexiva para "ponerse en los zapatos" de otras personas, así como para apropiarse y aprender de las experiencias propias y ajenas, c) ser lo suficientemente hábil para conocer que él no es ningún rescatista de pacientes, ni tiene todo el control para conocer por sí solo la terapia; d) debe aceptar que es sólo

un guía; e) debe tolerar ansiedad y frustración, conocer y vigilar expectativas propias, así como sus emociones, creencias, valores y sentimientos y f) debe proporcionar inducción real al cambio cognitivo, emocional y conductual.

3.1.2 CLARIDAD Y PRECISIÓN

Se puede definir este bloque como la capacidad y habilidad del psicólogo para entender y definir de manera clara el problema por el que asistió su paciente así como para crear objetivos y alternativas de solución; a través de las siguientes destrezas:

a) Necesita continuar con la dirección de la terapia como ésta haya sido planeada, hasta que la "vena" central se haya agotado; b) tener sus objetivos bien definidos a la hora de dar tratamiento, c) reconocer la individualidad de las personas y su derecho a ser únicas por lo que necesita aprender a conocer a cada uno de sus pacientes y predecir sus comportamientos de forma individual, d) ser capaz de averiguar a la primera entrevista qué es lo que esta ocurriendo, e) ser hábil para ayudar a la gente a desarrollar nuevas perspectivas sobre ellos y sus problemas no perdiendo de vista el objetivo de la terapia, f) tener la capacidad para establecer un tipo de contrato con el cliente, g) el terapeuta debe saber clarificar el problema presentado por el paciente y lo que desea éste al asistir a la terapia y consolidar el mantenimiento de cambios de conducta y la evitación de recaídas.

3.1.3 OBSERVACIÓN, ATENCIÓN Y PERCEPCIÓN

Es la habilidad que se tiene para detectar y considerar detalles importantes al elaborar una terapia de intervención como por ejemplo; cómo saluda, sus movimientos corporales, sus gesticulaciones, cómo

habla, cómo conceptualiza, etcétera; es por eso que el psicólogo necesita:

a) Ser hábil para engancharse y poner atención en lo que el paciente le diga, b) debe ser bueno para escuchar y captar información verbal y no verbal, c) ser sensitivo y observador hacia las pequeñas expresiones y manifestaciones del cliente, desde observar con detenimiento como va vestido, la apariencia general del cuerpo, su contacto visual, postura, como estrecha la mano y su tono de voz; la observación es de suma importancia ya que permite entender los diversos procesos que el cliente experimenta y en esa medida proponer un tratamiento adecuado, d) tiene que concentrarse en lo que el paciente no puede explicar, debe prestar atención a todos los signos, marcas y eventos importantes.

3.1.4 COMUNICACIÓN

El lenguaje que se utiliza durante una terapia de intervención no debería de ser técnico ni rebuscado en su totalidad sino claro y sencillo, aunque cabe mencionar que los tecnicismos son parte fundamental ya que acreditan al psicólogo como un profesional, el uso de éstos será entonces considerando el nivel educativo o cultural de cada uno de los pacientes; por lo tanto algunas de las habilidades del psicólogo para dicho bloque serán las siguientes:

a) Variar su tono de voz según lo que necesite hacer saber a la persona y el impacto que le quiera causar, b) debe tener una buena dicción y un adecuado dominio del espacio con su propio cuerpo, c) ser capaz de dar respuestas adecuadas verbal y no verbalmente, d) debe saber mandar mensajes afectivos de manera verbal y no verbal, e) tener mucho tacto para dar a conocer sus conclusiones, f) debe convencer a su paciente de que conoce muy bien su profesión utilizando un lenguaje seguro y convincente, g) debe expresar sus

ideas con seguridad sin titubeos para que su trabajo sea creíble, ha de estimular el diálogo del sujeto con diversas alternativas, presentarle otros puntos de vista y a veces forzar la discusión y la confrontación; y h) debe ser concreto en las expresiones.

3.1.5 CULTURA Y CONOCIMIENTOS GENERALES

Las herramientas del psicólogo no sólo son saber conceptos de psicología para diseñar una terapia de intervención funcional, el terapeuta también debe ser educado y culto, en el sentido amplio de la palabra, ya que las características y necesidades de cada uno de sus pacientes seguramente son variables; es decir el aprendizaje del terapeuta deberá girar con respecto de los conocimientos de la materia de psicología y de psicología clínica que seguramente ya forman parte de su material de intervención por ejemplo, pudiera investigar un poco sobre cultura, pintura, cine, lectura, música, deporte etcétera, esto le ayudará para:

a) Saber identificar las características personales y culturales de sus pacientes y establecer ciertas adaptaciones para lograr un mejor entendimiento. En este sentido, tendrá que estar muy pendiente del contacto visual que el cliente usa, su velocidad al hablar, las concepciones que tiene sobre la proxemia entre la gente, el lenguaje que utiliza y sus variaciones, su lenguaje corporal y sus expresiones faciales. b) debe ser capaz de proponer un gran abanico de alternativas terapéuticas a las personas, tiene que expandir y clarificar sus experiencias, ha de contar con una amplia cultura general, ya que el psicólogo clínico no solamente es un "médico" o un especialista, pues debido a los problemas con que se enfrenta, no existe un profesional al que sea más necesario un fondo básico de cultura que el psicólogo clínico. c) debe estar enterado de las cosas y actividades que abarca la historia cultural del hombre: rituales, folklore, arquitectura, música, teatro, pintura, dibujo, literatura, danza, poesía y superstición. Esto es para que pueda comprender plenamente a sus pacientes y les plantee alternativas que corresponda a su estilo de vida. d) debe desarrollar

sentido común e inteligencia social, proporcionar al paciente un fortalecimiento en la autoestima y la seguridad en sí mismo.

3.1.6 COMPRENSIÓN

El psicólogo debe actuar con mucho respeto y cautela entendiéndolo más el momento por el que está pasando su paciente, saber en qué ocasión va a apoyar para que tome decisiones importantes sin presionar, ni regañar, aunque por otro lado en algunas personas será necesario ejercer presión como única alternativa para lograr un cambio en su comportamiento por lo que el terapeuta debe:

a) Concentrarse verdaderamente en lo que le dice el paciente, tiene que esforzarse por comprender realmente al cliente brindarle apoyo y soporte para que tome sus propias decisiones, manifestar una mentalidad abierta respetando siempre los derechos del paciente esforzarse genuinamente para lograr una mejor relación terapéutica, que beneficiará el cambio en la conducta problema.

b) Debe contar con una actitud paciente, la cual proporciona al cliente una atmósfera de confianza para que pueda expresar todo lo que le preocupa, y su trato tiene que ser sin ningún tipo de amenaza.

3.1.7 IMPROVISACIÓN

El psicólogo debe tener habilidad para desviar en ocasiones el objetivo de su terapia, dependiendo de la situación o momento que este viviendo su paciente por lo tanto debe ser competente para:

a) Saber manejar las interrupciones que otras personas hagan a las sesiones para que la consulta no se vea afectada, así como las

interrupciones físicas, como las llamadas por teléfono o los timbrazos en el consultorio, b) deberá ser diestro para improvisar cambios en el transcurso de las sesiones por si sus propuestas no son del todo aceptadas por el paciente, de vez en cuando debe hacer uso del sentido del humor, para amenizar la sesión terapéutica.

3.1.8 CUIDADO

Este bloque se refiere al impacto que dejamos en la gente por lo que el terapeuta deberá mostrarse positivo y contento, el psicólogo debe cuidar detalles importantes en su conducta como por ejemplo; cómo saluda a su paciente, sus gesticulaciones, sus movimientos de las manos, su tono de voz, etcétera, por lo que las destrezas a desarrollar son las siguientes:

a) Debe crear una buena atmósfera y un espacio agradable en donde se llevará a cabo la consulta, pues muchas veces, la gente siente miedo de acudir a buscar ayuda, contar con un buen control físico para causar un buen impacto: vigilar su peso, su rostro y su aspecto personal.

b) Debe procurar estar relajado y tranquilo durante sus sesiones.

3.1.9 OTRAS

Finalmente este último bloque hace referencia a los aspectos que el psicólogo debe cuidar al elaborar una sesión terapéutica, por lo que las habilidades a desarrollar son las siguientes:

a) Debe ser integrador afectivo de las ideas, hábil para resumir internamente lo que dice el paciente y para realizar intensas

exploraciones de los problemas, b) debe ser muy intuitivo, siendo capaz de armar historias con lo que escucha del paciente.

En este capítulo se contemplaron las habilidades que para un desempeño funcional en la terapia clínica debería de contar todo psicoterapeuta.

Por otra parte en la carrera de psicología de la FES Iztacala se proporciona a partir del quinto semestre, el área clínica, en la que se les otorga a los estudiantes el cuerpo teórico y práctico de la psicología clínica.

3.2 PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA FES IZTACALA.

El perfil del psicólogo clínico se conforma mediante la conjugación de las características de personalidad y de la preparación académica; es importante que las características profesionales del terapeuta sean acordes con la función que va a desempeñar, pues el resolver los problemas emocionales implica una gran responsabilidad y ética profesional; por lo que un terapeuta requiere de entrega y capacidad de servicio (Urbina, 1989).

La FES Iztacala es una de las Universidades que contempla dentro de sus opciones profesionales la licenciatura en psicología. El plan de estudios de esta licenciatura considera como uno de sus objetivos entre otros, el proporcionar a sus estudiantes habilidades que les permitan desenvolverse en cualquier área que requiera de un profesional (clínica, industrial educativa, etcétera). En este sentido la currícula de la psicología, específicamente la currícula de la materia de psicología clínica, que enseguida abordaré es un ejemplo de cómo los alumnos aprenden a desarrollar y adquirir habilidades en la terapia clínica garantizando una sesión terapéutica funcional.

Una vez que el estudiante ingresa al 5to. Semestre de la carrera psicología conocerá por vez primera la materia de psicología clínica, misma que cursará hasta octavo semestre; el programa de dicha materia se desarrolla de la siguiente manera:

En el 5° y 6° semestre los contenidos de la asignatura se enfocan a proporcionar los aspectos históricos relacionados con la clínica, así como también las diferentes posturas teórico-metodológicas que la conforman, posteriormente se desarrolla un modelo en particular, el cognitivo-conductual, esto con la finalidad de que el alumno aprenda a elaborar un diseño de intervención después de hacer una evaluación completa de un caso clínico.

Durante el 7° y 8° semestre se plantean algunas de las habilidades que se deben adquirir y desarrollar para llevar a cabo una sesión terapéutica funcional, exposición que se realiza a través de un marco teórico particular, el conductual, esto con la finalidad de que el alumno diseñe estrategias de evaluación, intervención, investigación y prevención; sin dejar a un lado aspectos éticos y legales.

En estos dos últimos semestres el estudiante identifica las características que debe reunir el psicólogo, y en este sentido las ventajas y desventajas de ser terapeuta; el alumno tiene la oportunidad de revisar las destrezas comunes que debe desarrollar un psicólogo para llevar a cabo una terapia de intervención funcional, aprendizaje que se realiza en dos modalidades:

a) Práctica individual, al alumno se le asesora más directa e individualmente en la manera de intervenir en una sesión terapéutica con pacientes que acuden a solicitar atención psicológica; posteriormente el estudiante deberá, llevar a cabo el análisis funcional

de los problemas psicológicos en relación con los factores contextuales que inciden en el problema; posteriormente tendrá que elaborar un diseño de procedimientos de intervención tomando en cuenta los recursos medioambiente o conductuales que posibiliten dichos procedimientos e implementará ante el paciente la estrategia de intervención terapéutica.

b) Práctica grupal, en donde los alumnos en grupo, reciben entrenamiento en el uso y aplicación de técnicas terapéuticas. Los alumnos revisan diversas técnicas de modificación conductual, analizando los fundamentos teóricos que la sustentan, modalidades de la técnica, aplicabilidad y consideraciones especiales y analizan críticamente los casos tratados en la práctica individual.

Con base al contenido del presente capítulo y para concluir con el mismo, cabe rescatar que las actividades realizadas por el psicólogo clínico demandan además de una formación académica necesaria para ejercer como terapeuta, que desarrolle determinadas destrezas, algunas de ellas son descritas en este capítulo.

En este sentido es conveniente que el estudiante que pretenda ingresar a la licenciatura en psicología, sea evaluado, para conocer sus características de personalidad además debe definir si tiene interés por ayudar a sus semejantes para así recibir orientación psicológica durante su formación profesional. A manera de conclusión y sin dejar de lado cada uno de los capítulos contenidos en la presente tesis es importante rescatar que los conocimientos teóricos de la psicología en general y el aprendizaje teórico-práctico de la psicología clínica en particular, son herramientas relevantes para que los psicólogos interesados en ayudar a las personas con problemas psicológicos intervengan con profesionalismo y habilidad. Por otro lado, de esta revisión teórico-práctica que se realizó en la presente tesis se desprende que es importante que un terapeuta clínico, independientemente de los conocimientos teórico-metodológicos de la

materia de psicología clínica, se dote de ciertas destrezas indispensables para intervenir de manera funcional. Por lo que el objetivo de la presente tesis es, conocer las habilidades que consideran tener los estudiantes de octavo semestre de la carrera de psicología de la FES Iztacala.

CAPÍTULO 4

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

La labor de un psicoterapeuta es de suma importancia para el ser humano, ya que un paciente al acudir a terapia lo hace con la seguridad de obtener una solución a sus problemas, por lo que se considera importante que además de los conocimientos teórico-prácticos, los psicólogos conozcan las habilidades teóricas con las que debe contar, proporcionando así a sus pacientes profesionalismo, por lo tanto el objetivo que de este trabajo es describir las habilidades que consideran tener los estudiantes de octavo semestre de la carrera de psicología de la FES Iztacala.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Delimitar y especificar las habilidades que debe tener el psicólogo clínico.
2. Crear un instrumento para conocer las habilidades que creen tener los estudiantes de octavo semestre de la carrera de psicología.
3. Aplicación del instrumento.
4. Descripción de las habilidades que creen tener los estudiantes de octavo semestre de la licenciatura en psicología de la FES Iztacala.

4.2 METODOLOGIA

Los participantes fueron 189 estudiantes de octavo semestre de la carrera de psicología, seleccionados por medio de un muestreo intencional; sin importar el turno, siempre y cuando tuvieran un promedio mínimo de 8.0

La diferencia entre la muestra de población masculina y femenina se debe a que dentro de la carrera de psicología existe más demanda en las mujeres que en los hombres.

Materiales

Se elaboró un cuestionario de habilidades para el psicólogo clínico y plumas.

Escenario

El cuestionario se aplicó en los salones de clase y en los cubículos de la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) de la FES Iztacala.

Los salones miden 3m de ancho por 7 de largo, con paredes blancas, cuentan con un pizarrón, 25 pupitres, luz natural y artificial. Los cubículos miden 5m de ancho por 5 de largo con paredes blancas, iluminación natural y artificial, en donde se encuentra un escritorio, dos sillas y un reposit.

Procedimiento

Se elaboró un cuestionario de evaluación de las habilidades profesionales deseables en un psicólogo clínico (Anexo A), para evaluar las habilidades en la muestra de población de estudiantes de psicología de octavo semestre de la FES Iztacala, que suma un total de 44 preguntas; que se agrupan en nueve bloques (Autoconocimiento; Claridad y precisión; Observación, atención y percepción; Comunicación; Cultura y conocimientos generales; Comprensión; Improvisación; Cuidado y Otras), cuenta con 10 opciones (1-10) de respuesta; donde del 1-3 significa conocimientos y/o habilidades no adquiridas, del 4-7 significa conocimientos y/o habilidades no desarrolladas y de 8-10 conocimientos y/o habilidades adquiridas y desarrolladas (Ver Anexo B, cuadro N°1).

La investigación se aplicó de manera grupal cuando los alumnos se encontraban en los salones de clase y de manera individual cuando se aplicó en la CUSI debido a las actividades de cada alumno.

Primero se les preguntó a los alumnos seleccionados para la muestra de población si podían cooperar para contestar un cuestionario, se les mencionó que tenía la finalidad de conocer cuáles eran las habilidades y conocimientos que habían adquirido en el área de la psicología clínica a lo largo de la carrera. Se les explicó que los datos obtenidos serían utilizados para fines estadísticos más carecían de valor académico.

Finalmente se les agradeció su cooperación y el tiempo dedicado para contestar el cuestionario.

RESULTADOS

Para llevar a cabo el análisis de resultados, las respuestas del cuestionario se agruparon en tres categorías que son: 1,2,3 habilidades no adquiridas, 4,5,6,7 habilidades no desarrolladas y 8,9,10 habilidades adquiridas y desarrolladas. Las preguntas se agruparon en 9 bloques, en el cuadro N°.1 anexo B, se muestran los ítem correspondientes para cada uno de los bloques.

El cuestionario se aplicó a una muestra de 189 estudiantes, los cuales 108 son mujeres y 81 hombres. A continuación se describen los resultados obtenidos para cada uno de los bloques.

A continuación se describen los datos obtenidos para cada uno de los bloques. Nueve son los bloques que definen las cualidades deseables en un psicólogo interesado en la terapia clínica; 189 fue la muestra total, estudiada de octavo semestre que cursan la licenciatura en psicología y que contestaron cuáles son las habilidades y conocimientos que consideran haber adquirido y desarrollado a lo largo de la carrera, como se puede observar en el anexo C, cuadro N° 2.

AUTOCONOCIMIENTO

El 58% de ellos como muestra total desarrolló las habilidades que caracterizan al bloque de autoconocimiento, más el 19% de la muestra no desarrollo dicha habilidad; el 56% de las mujeres asegura haber adquirido y desarrollado la habilidad y el 19% de ellas no fue así, de 81 hombres que respondieron al cuestionario de autoconocimiento, el 61% de ellos asegura tener las destrezas que se menciona en dicho bloque y el 18% de ellos no la desarrolló (ver anexo D cuadro N°.3).

CLARIDAD Y PRECISIÓN

En lo que respecta a los resultados obtenidos en el bloque de claridad y precisión la muestra de población de mujeres y hombres como un total, el 79% de ellos contestaron haber adquirido y desarrollado las habilidades que se describen en el presente bloque, y sólo el 3% de estudiantes contestaron no haber adquirido ni desarrollado las habilidades.

El 80% de mujeres contestaron saber entender y definir de manera clara el problema por el que asistió su paciente a consulta, por lo que aseguran tener habilidad para crear objetivos y alternativas de solución no así el 3%. El 78% de los hombres contestaron también de manera positiva a las preguntas realizadas en el presente bloque, mientras el 4% de la masculina respondió no haber adquirido ni desarrollado las habilidades (ver anexo D, cuadro N°. 4).

OBSERVACIÓN, ATENCIÓN Y PERCEPCIÓN

En cuanto al bloque de Observación, Atención y Percepción que se diseñó para considerar los detalles importantes que complementan a una sesión terapéutica; el 76% de la muestra total de estudiantes de la licenciatura en Psicología respondieron haber adquirido y desarrollado las destrezas que caracterizan al presente bloque, y el 5% de la población contestó de manera negativa.

De las mujeres que respondieron a las preguntas que pertenecen al bloque de Observación, Atención y Percepción, el 76% de ellas consideran haber adquirido y desarrollado la habilidad mientras que el 6% no desarrolló la habilidad, en lo que respecta al porcentaje en la

población de hombres, el 76% de ellos respondió contar con las destrezas desarrolladas en el presente bloque, y solamente y el 4% de los hombres aseguran no haber adquirido ni desarrollado la habilidad (anexo D, cuadro N°. 5).

COMUNICACIÓN

El lenguaje que se utiliza en una terapia debe ser sencillo y claro, pocas veces técnico, el terapeuta también debe cuidar su lenguaje corporal durante una terapia de intervención. Estos son sólo algunos de los aspectos que se desarrollan en el bloque de comunicación; el 66% de la muestra de población total de mujeres y hombres respondieron haber adquirido y desarrollado la habilidad más el 14% no desarrolló la habilidad.

El 66% de mujeres y el 67% de los hombres respondieron haber adquirido y desarrollado la habilidad, el 14% de las mujeres y el 20% de los hombres se mostraron negativos en sus respuestas (ver anexo D, cuadro N°. 6).

CULTURA Y CONOCIMIENTOS GENERALES

La población que hoy por hoy asiste a terapia varía en cultura y conocimientos generales, el psicólogo deberá tomar en cuenta las características y necesidades de cada uno de sus pacientes variando en su aprendizaje como por ejemplo debe saber un poco sobre cultura, pintura, cine, música, lectura, etcétera; en este sentido se les cuestionó a los estudiantes si consideran las características de sus pacientes y si cuentan con una cultura amplia que les permita interactuar con diversas personas, de la muestra total de estudiantes el 91% consideran haber adquirido y desarrollado dichas habilidades y

sólo el 2% de la muestra no cuenta con ellas, en lo que respecta a las mujeres el 92% de ellas contestó positivamente mientras que el 2% respondió de manera negativa, y de los hombres el 89% respondió haber Adquirido y desarrollado la habilidad y el 1% no la desarrolló (ver anexo D, cuadro N°.7).

COMPRESIÓN

En el bloque de comprensión se le hizo hincapié a los estudiantes a que tan hábiles se consideran para entender el momento por el que está pasando su paciente, de 189 estudiantes de la licenciatura el 81% aseguran comprender a sus pacientes, de la muestra de población 3 % no ha adquirido ni desarrollado la habilidad.

De este total el 79% de las mujeres y el 83% de los hombres, respondieron de manera positiva a las preguntas relacionadas con el presente bloque mientras que el 2% de las mujeres y el 3% de ellos no desarrolló las habilidades que caracterizan a dicho bloque (ver anexo D, cuadro N°. 8).

IMPROVISACIÓN

Desviar en ocasiones el sentido de una terapia dependiendo del momento por el que este pasando un paciente y controlar las interrupciones que se llevan acabo durante una sesión terapéutica; son decisiones que debe tomar el psicólogo. Estas son las preguntas que se realizaron en el bloque de improvisación, el 88% de la muestra total de estudiantes contesto tener habilidad para improvisar durante una sesión terapéutica mientras que el 1% respondió no contar con las habilidades que caracterizan al bloque de improvisación.

De las mujeres el 88% de ellas contestó haber adquirido y desarrollado la habilidad, y de 81 hombres el 85% respondió de la misma manera (ver anexo D, cuadro N° 8).

CUIDADO

Al bloque de cuidado los estudiantes de Psicología, las mujeres el 93% respondió haber adquirido y desarrollado las habilidades que se consideran en el presente bloque y el 89% de los hombres respondió de igual manera. (ver anexo D, cuadro N° 10).

OTRAS

En el último bloque titulado otras, se les preguntó a través del cuestionario de habilidades a las mujeres y hombres que formaron parte de la muestra total de estudiantes, si se consideran hábiles para realizar intensas exploraciones de los problemas de sus pacientes, a lo que el 85 % de la muestra total respondió haber adquirido y desarrollado la habilidad no así el 1%, y de la muestra de población femenina el 86% de ellas contestó asertivamente, de la muestra total de hombres el 85% de ellos contestó asertivamente más el 1% considera no haber desarrollado dicha destreza.

Ocho son los bloques con porcentajes mayores al 75% que muestra que los estudiantes adquirieron y desarrollaron las habilidades que definen a esos ocho bloques. Sin embargo, el porcentaje decremento en el bloque de autoconocimiento, pues el 58% de la

muestra total de población que consideran haber adquirido y desarrollado las destrezas que caracterizan al bloque (ver anexo D, cuadro N°.11).

DISCUSIÓN

La psicología ha ido evolucionando hasta llegar a jugar un papel importante en el área de adaptación humana, parte de este desarrollo se debe al interés que la sociedad ha demostrado durante estos últimos años por la salud psicológica.

El desarrollo histórico de la psicología la llevo a involucrarse con diversas ramas de la investigación, desde las más antiguas y subjetivas como la filosofía hasta la más objetivas y científicas como la física, biología, medicina, fisiología, etcétera.

Este interés por descubrir la causa y origen del comportamiento hizo que los encargados de la modificación conductual elaboraran medios muy particulares que les permitiera estudiar el comportamiento a través de métodos científicos, por lo que diseñaron laboratorios para analizar primero la conducta animal y posteriormente la humana.

Este salto de análisis de seres inferiores como ranas, ratas, perros, gatos, etcétera; a un orden más superior como es la conducta humana llevó a la psicología a definir su propio objeto de estudio y ser un área independiente a la psiquiatría, medicina, fisiología, biología, o cualquier otra materia interesada en estudiar al ser humano y en sí a la conducta humana.

Basándose en esto, diversos autores como Haller en 1970 dieron una definición de lo que estudia la Psicología, según él, es la ciencia de la conducta, que trata de cuestiones de percepción y de cómo aprendemos, cuestiones sobre la manera en que la gente se parece en su conducta y los modos en que difieren; versa sobre la complejidad de la conducta y la personalidad: trata de la conducta social, de la motivación y de la salud mental.

Por lo que el estudio del comportamiento de un organismo suele ser muy amplio, pues depende de las circunstancias y del motivo para explorar su conducta, y una de las áreas más interesantes y comunes es la encargada de mantener equilibrio psicológico del hombre, es la psicología clínica.

Al igual que la psicología, la psicología clínica con dificultad logró definir su propio objeto de estudio fuera de otras áreas encargadas de proporcionar salud a los seres humanos como la psiquiatría; y en determinado momento, colabora con otras áreas de la salud como una materia aparte efectuando valiosas contribuciones.

Autores como, Mensh (1971), Witmer (1912), Perez (1982), coinciden en que la psicología clínica es la encargada de proporcionar alternativas de solución a las personas que tienen problemas.

Independientemente del modelo que el psicólogo clínico maneje durante su intervención terapéutica es importante que lo haga con conocimiento teórico-práctico del mismo, ya que esto no sólo proporcionaría salud a su paciente sino que también haría del psicólogo un terapeuta hábil y profesional en el manejo de la conducta y en especial en el manejo del comportamiento en desventaja.

Para ello es importante que el interesado en el análisis del comportamiento se prepare en escuelas encargadas de la enseñanza teórico-práctica de la conducta, la FES Iztacala es una de las instituciones, en donde la formación profesional del psicólogo en cualquiera de las diversas áreas (como la industrial, educativa, social, clínica, etcétera) se sustenta en el análisis experimental de la conducta.

En este sentido valdría la pena mencionar que la formación y la información que el profesionista recibe en los programas de actualización es de muy distinta índole de la que reciben durante su estancia en la Universidad, como también es distinta la formación y el entrenamiento profesional, pues, mientras que en las escuelas se estudia cantidad excesiva y sofisticada de información - predominantemente teórica-, el estudiante cuando decide laborar se enfrenta a problemas concretos, inmersos en un contexto muy diferente, pues la práctica y las variables que en ellas se manejan son muy diversas a la realidad.

Sin embargo al ir cumpliendo con las propuestas que ofrece la curricula de FES Iztacala, es como los interesados en la salud conductual van adquiriendo conocimiento, práctica y por ende habilidad para un mejor desempeño en el área que este laborando.

En base a los bloques recopilados (a través de las teorías de diversos autores) por Díaz y Fontana en 1997, se elaboró un instrumento que nos permitió conocer las habilidades que consideran haber adquirido y/o desarrollado los estudiantes de octavo semestre de la carrera de psicología de FES Iztacala.

En cuanto a los resultados obtenidos para cada uno de los bloques valdría la pena analizar lo siguiente, en el bloque de autoconocimiento se hace referencia básicamente a las capacidades

y limitaciones que un psicólogo tiene como persona. Es relevante el hecho de que el 19% de muestra de población total no puede evitar juzgar a sus pacientes basándose en expectativas propias a pesar de que en las aulas de estudio se hace gran énfasis en que si bien es cierto el psicólogo es un ser humano con intereses, valores, sentimientos, virtudes y defectos también es cierto que el terapeuta deberá cuidar sus valores propios para no contaminar la terapia en sesión. Aun considerando que a este porcentaje de población masculina y femenina no le interesa realizarse como terapeuta clínico considero que de todas maneras el psicólogo al ser una persona que trabaja con seres humanos, el juzgar es algo que debería evitar, pues hacerlo independientemente del área donde este laborando se aleja mucho de lo que es un profesional en el comportamiento humano.

En lo que a claridad y precisión respecta considero que no es permisible el hecho de que un psicólogo no pueda realizar o definir un objetivo, pues es a través de un objetivo o varios objetivos como hace referencia a la actividad que esta realizando, ya sea clínica, industrial, educativa, social etcétera.

Por otro lado y haciendo un poco de referencia a la parte teórica del presente trabajo vale la pena rescatar o recordar que los interesados en el comportamiento hacen especial énfasis en lo importante que es aprender a dar cuenta de lo que un paciente no puede decir con palabras, pero que sí enfatiza a través del lenguaje gestual o con su apariencia física, en el bloque de Observación, Atención y Percepción se les pidió a la muestra de estudiantes de psicología que respondiera sí se consideraban hábiles para detectar y considerar estos detalles que son importantes en una terapia de intervención a lo que el 5% de la muestra total de población respondió que no aprendió a considerar dichos aspectos a pesar de que en las aulas de clases en diversos artículos se hizo referencia a la sensibilidad tanto del terapeuta como del paciente. Pues considero que los terapeutas son más apreciados y mejor considerados a poseer

mejor dosis de conocimientos, empatía y confianza cuando exhiben elevados niveles de contacto visual, sonrisa, postura corporal derecha e inclinación postural hacia sus clientes, esto en complemento con el clima de la terapia y el contexto de lo que esta ocurriendo entre terapeuta y paciente, en síntesis lo importante no es la cantidad de comportamiento no verbal utilizado por lo terapeutas sino la congruencia de tales comportamientos con la emoción presente en la sesión de terapia. En este sentido considero trascendente el hecho de que el 2% de la muestra de población total en el bloque de comunicación no tenga habilidad para expresar su sentir a través del lenguaje hablado o de manera gestual, pues pienso que a medida de que los psicólogos cuidemos y demos cuenta de lo que estamos diciendo o sintiendo con respecto a nosotros mismos primero, se lograría ser más vulnerable y por ende creo que ganaría el poder desarrollar más capacidad para entender el momento por el que esta pasando el paciente.

El bloque de comprensión hace referencia a que tan claro tiene el psicólogo el hecho de que no es funcional -terapéuticamente hablando- el que un terapeuta se relacione sentimentalmente con un paciente, sin embargo el 2% de ellas y el 3% de los hombres respondió que no saben a cerca de las relaciones sentimentales con sus pacientes; no porque sean buenas o malas sino porque considero que simplemente no se deberían dar, ya que un paciente asiste supuestamente a terapia para solucionar sus problemas o su problema y considero que si el paciente busca relacionarse con una persona para eso mejor que asista a una fiesta, club, parque etcétera pero no a un consultorio que tiene como objetivo proporcionar alternativas de solución a una persona con problemas.

Uno de los apartados en el bloque de cuidado se refieren al control emocional que un psicólogo debe tener para no contaminar la sesión terapéutica. Una de las teorías que propone que es importante que un terapeuta revise primero su estado emocional y trate de buscar ayuda y le de solución a sus problemas es la teoría psicoanalista, yo

en particular comparto esta idea pues creo que al abordar las desventajas propias evitaría de alguna manera contaminar una sesión terapéutica.

Por otro lado es importante mencionar que se pudieron cumplir con los objetivos específicos de la presente tesis: es decir se logro delimitar y especificar las habilidades que debe tener el psicólogo clínico sin importar el marco teórico de preferencia, crear un instrumento para conocer las habilidades que creen tener los estudiantes de octavo semestre de Psicología, así como también aplicar el mismo, posteriormente se describieron las habilidades que creen tener los estudiantes de octavo semestre de la licenciatura en Psicología.

Por último y de manera general se pudo ver que la mayoría de los alumnos de la FES Iztacala conocieron y desarrollaron destrezas para intervenir con éxito en una sesión terapéutica, por otro lado, en porcentajes mínimos se observó que existen alumnos que no tienen habilidades para intervenir en el área clínica, tal vez porque no existe tampoco interés por desenvolverse profesionalmente en dicha área, también en porcentajes mínimos algunos alumnos contestaron tener conocimiento sobre las habilidades que debe adquirir y desarrollar un terapeuta clínico sin embargo consideran no contar con las habilidades deseables en un terapeuta. En este sentido valdría la pena agregar que manejar con habilidad la salud conductual equivale a conducirse con responsabilidad, y con el conocimiento, pues cuando un paciente sale en busca de salud psicológica lo hace con la convicción de que en primer lugar, sólo no va a poder solucionar sus problemas y segundo lugar, que el terapeuta está preparado para ofrecerle varias alternativas de solución, sin embargo considero que es muy poco el tiempo que se tiene para preparar al estudiante en los conocimientos que requiere para brindar un servicio adecuado que satisfaga la creciente demanda de ayuda psicológica en nuestro país, por lo tanto el alumno interesado en especializarse en un área específica y en este sentido interesado en el campo clínico tendrá la tarea de prepararse constantemente con

temas y cursos desarrollados con dicha área, por otro lado también es importante, que los maestros que tienen una formación sólida tanto en teoría como en práctica; compartieran sus experiencias con los alumnos preparando casos clínicos ilustrativos de los problemas que se presentan en el ejercicio profesional.

Por otro lado un psicólogo eficaz deberá siempre recordar que no debe esperar pasivamente que la gente acepte sus afirmaciones – aún cuando éstas sean hechas de alta probabilidad – , deberá tener claro que hay que acompañar las afirmaciones de los hechos con las mejores técnicas de persuasión que ellos mismos han encontrado, a fin de que los hechos tengan una muy superior aceptación a los simples consejos o a las meras opiniones.

Con base a lo anterior, es importante no sólo el conocimiento del origen de cada una de las teorías que explican la causa del comportamiento y del comportamiento en desventaja; sino también es primordial que el psicólogo desarrolle habilidad para elegir y aplicar las técnicas de intervención acordes a la problemática que expone el paciente, por lo que el desarrollo de dichas habilidades dependerían tanto del marco teórico como de las técnicas que se desprendan del mismo, pues la enseñanza de teorías diversas sólo provoca confusión en el estudiante que al enfrentarse con las problemáticas se da cuenta de que las técnicas no se pueden generalizar, pues estas se deben de particularizar acorde a las características de cada paciente, así como también considero que el trabajo del psicólogo requiere de una construcción y renovación de técnicas de valuación psicológica, y de estrategias de intervención, razón por la cual el currículo siempre estaría abierto a toda modificación o renovación tecnológica de la profesión, ya que la enseñanza universitaria del estudiante como carrera es muy diferente al campo de la actividad profesional.

Para concluir considero que los egresados de la universidad o de las diversas universidades deben buscar actualizar sus conocimientos teórico – prácticos, asegurando así resolver los problemas que les

plantea la práctica profesional en los escenarios de trabajo; pues para los profesionales, la universidad sólo deberá representar una etapa básica y transitoria en los inicios de su formación académica y deben considerar las posibilidades de la actualización como parte integral de un continuo proceso educativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aviles L. (1995). Análisis y comparación de las habilidades adquiridas durante la carrera y Práctica profesional. Tesis de licenciatura. ENEPI. UNAM. México.

Bellack A. y Hersen M. (1989). Métodos de investigación en psicología clínica. España: Descleé de Brower.

Berstein D. y Nietzel M. (1986). Introducción a la psicología clínica. México: Trillas.

Caballo V. Buela G. (1991). Manual de psicología clínica aplicada. México: Siglo XXI.

Comer W. Y Cornier L. (1994). Estrategias de entrevistas para terapeutas, habilidades básicas e intervención cognitivo-conductual. España: Descleé de Brower.

Cruz C. (1996). El papel del psicólogo en el centro psicológico para la integración social. Tesis Licenciado en psicología. ENEPI. UNAM. México.

Davidoff L. (1989). Psicología. México: Mc Graw Hill.

Dattilio F. Y Padesky C. (1995). Terapia cognitiva con parejas. Spain: Descleé Brower.

Díaz y Fontana, (1997). El teatro como facilitador en la adquisición y/o desarrollo de habilidades del psicólogo clínico, un manual práctico. Tesis Licenciado en psicología. ENEPI. UNAM. México.

Fagan y Lee (1978). Teoría y Técnica de la psicoterapia gestáltica. Buenos Aires: Amorrortu.

Fernández B. y Carboles I. (1983). Evaluación conductual. Madrid: Pirámide.

García S. y Navarro L. (1997). El perfil del terapeuta sistémico en terapia de pareja. Tesis Licenciado en psicología. ENEPI. UNAM México.

Garfield S. (1979). El estudio de la personalidad y la conducta. México: Manual Moderno.

Garfiel S. (1987). El oficio del psicoterapeuta en psicología clínica. México: Manual Moderno.

Gross D. (1988). Psicología; ciencia de la mente y de la conducta. México: De Manual Moderno.

Haly J. (1980). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.

Haller B. (1970). Psicología general. México: Harla.

Hilgard E. (1973). Introducción a la psicología. México: Morata.

Kanfer F. y Phillip J. (1976). Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento. México: Trillas.

Kazdin E. (1978). Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas. México: Manual Moderno.

Kazdin E. (1983). Historia de la modificación de conducta. España.

Keller F. (1990). La definición de psicología . México: Trillas

Kendall P. (1978). Perspectivas científicas y profesionales. México. Noriega.

- Kendall P. y Norton J. (1988). Psicología clínica. México: Limusa.
- Kerlinger F. (1986). Investigación del comportamiento. México: Interamericana.
- Kleinke C. (1995). Principios comunes en psicoterapia. Bilbao: Descleé Brower.
- Kolb L. (1985). Psiquiatría clínica. México: Interamericana
- Labraor F. y Alvarez A. (1981). Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta. Madrid: Debate.
- Linn S. y Garsk J. (1988). Psicoterapias contemporáneas, modelos y métodos. Bilbao: Descleé Brower.
- Macias A. y Méndez (1988). Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Madrid: Pirámide.
- Mahoney J. (1997). Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Bilbao: Edit. Descleé Brower
- Marx y Hillix (1985). Sistemas y teorías psicológicas contemporáneos. México: Paidós.
- Mensh, I. (1971). Psicología clínica. Buenos Aires: Paidós
- Morgan, C. (1977). Breve introducción a la psicología. México: Mc. Graw Hill.
- Muller, F. (1963). Historia de la psicología. México: Fondo de Cultura Económica.
- Núñez R. (1985). Integración del estudio psicológico. México: Manual Moderno.

- Phares E. (1996). Psicología clínica. México: Manual Moderno.
- Pérez, G. Augusto (1988). Psicología clínica, problemas fundamentales. México: Trillas.
- Poch J. Jarne A. y Taitan A. (1992). La consulta en psicología clínica. México: Paidós.
- Ribes E. (1991). Historia de la psicología ¿Para qué?. México: Trillas.
- Sarason G. y Sarason B. (1986). Psicología Anormal. México: Trillas.
- Smith R. Sarason, Y. y Sarason B. (1984). Psicología. México: Harla
- Swenson L. (1984). Teorías del aprendizaje. Buenos Aires: Paidós.
- SAS T. (1985). El mito de la psicoterapia. México: Premia.
- Tortosa Gil F. (1998). Una historia de la psicología moderna. Spain: Mc Graw Hill.
- Urbina J. (1989). Psicología, formación, ejercicio Profesional. UNAM: México.
- Weiner I. (1992). Métodos en psicología clínica. México: Limusa
- Wolpe J. (1985). Práctica de la terapia de la conducta. México: Trillas.
- Whittaker J. (1977). Psicología. México: Interamericana.
- Yontef G. (1995). Proceso y dialogo en Gestalt. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.

ANEXO A

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PSICOLOGÍA

A continuación se presenta una lista que enumera los principales conocimientos y habilidades con los que debe contar un psicólogo clínico, independientemente de su postura teórica.

Por favor indica con un círculo en cada uno de ellos el grado en el cual tu consideres haberlos adquirido y/o desarrollado durante tu formación escolar. El uno indicaría el mínimo y el diez el grado máximo.

Semestre que cursas: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Promedio: _____

Turno: _____

- 1.- Puedo ser tolerante ante la ansiedad de mi paciente. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 2.- Logro ser tolerante ante la frustración de mi paciente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 3.- Juzgo a mis pacientes en base a mis expectativas propias, emociones, creencias, valores y sentimientos. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 4.- Sé que una sesión implica un costo emocional para mí como terapeuta. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 5.- Defino los objetivos de mi sesión terapéutica 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 6.- La evaluación inicial de un problema generalmente se logra en mas de una sesión 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 7.- Soy capaz de facilitarle al paciente la forma de desarrollar nuevas perspectivas y alternativas sobre sus problemas. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 8.- Aprendí a escuchar y a prestar atención a la información verbal de mi paciente. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. - Observo con detenimiento cómo va vestido mi paciente. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. - Observo como es la apariencia general del cuerpo de mi paciente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. - Establezco contacto visual con mi paciente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. - Presto atención a las posturas que manifiesta mi paciente. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. - Como terapeuta sé que debo contar con un marco teórico. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. - Puedo detectar la veracidad de los datos que proporcionan mis pacientes. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15. - Es importante establecer con mis pacientes una relación de empatía. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16. - Aprendo de las experiencias transmitidas por mis pacientes. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17. - Los psicólogos somos rescatistas de pacientes. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18. - Conozco los aspectos a tomar en cuenta cuando debo derivar al paciente con otro profesionalista 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19. - Los psicólogos debemos de tener el suficiente control emocional para no contagiarnos con nuestros problemas personales la práctica terapéutica. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20. - Mantengo cierta postura corporal ante mi paciente. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21. - Considero la manera de cómo estrecha mano cuando saluda mi paciente. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22. - Es importante mantener una distancia suficiente paciente y terapeuta se sientan cómodos. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23. - Sé tener control sobre mi conducta no verbal (gestos y movimientos corporales) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 24. - Aprendí a evaluar la coherencia existente entre los componentes verbales y no verbales de la conducta de mi paciente. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 25. - Presto atención en lo que mi paciente no puede explicar. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 26. - El volumen de mi voz y la entonación son variables acorde a la información que deseo proporcionar en la sesión terapéutica. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 27. - Con las manos puedo sobre enfatizar aspectos del contenido verbal de mi discurso durante la sesión terapéutica. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 28. - Para expresarme con mi paciente cuento con una buena dicción. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 29. - Cuento con una cultura amplia que me permite interactuar con mi paciente. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 30. - Sé elegir el momento oportuno para intervenir de manera funcional (para llamar la atención, reforzar, sugerir, etc.). 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 31. - Se que puedo emplear diferentes estilos para dar terapia (paternalistas, exigente, condescendiente, estricto, etc.). 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 32. - Sé que la técnica de intervención depende de las problemáticas de mi paciente. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 33.- Aprendí a tener tacto para dar a conocer las conclusiones de una sesión. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 34.- Logro utilizar un lenguaje seguro y convincente que demuestre a mi paciente que conozco mi profesión. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 35.- Sé identificar las características personales y culturas de mis pacientes, y en base a esto establezco ciertas adaptaciones para lograr un mejor entendimiento. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 36. - Brindo apoyo y soporte a mi paciente para que tome sus propias decisiones. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 37. - Se que mi intervención profesional excluye relaciones efectivas y sentimentales con mis pacientes. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

38. - Aprendí a tener control de las interrupciones que otras personas me hacen durante la sesión, para que la consulta no se vea afectada. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
39. - Sé lo importante que es cuidar y mantener una atmósfera y un espacio agradable para llevar acabo la sesión. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
40. - Sé lo importante que es cuidar mi aspecto personal por lo que cuido mi apariencia física. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
41. - Realizo intensas exploraciones de los problemas que presenta mi paciente. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
42. - Rijo mi actividad profesional por la ética del psicólogo. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
43. - Sé darle valor (monetario) adecuado a mi actividad profesional. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
44. - Tengo los conocimientos y necesarios para conducir la terapia bajo un marco teórico. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANEXO B

BLOQUES Y PREGUNTAS

BLOQUES	PREGUNTAS
AUTOCONOCIMIENTO	1, 2, 3, 4, 16, 17, 18
CLARIDAD Y PRESIÓN	5, 6, 7, 13, 14, 42, 43, 44
OBSERVACIÓN, ATENCIÓN Y PERCEPCIÓN	8, 9, 10, 11, 12, 21, 24
COMUNICACIÓN	22, 23, 25, 26, 27, 28, 33, 34
CULTURA Y CONOCIMIENTOS GENERALES	29, 35
COMPRESIÓN	15, 30, 31, 36, 37
IMPROVISACIÓN	32, 38
CUIDADO	19, 20, 39, 40
OTRAS	41

Cuadro No. 1: Bloques de Habilidades; preguntas que corresponden a cada uno de los bloques.

ANEXO C

CUADRO GENERAL

PREGUNTAS AL BLOQUE DE COMUNICACIÓN	MUESTRA TOTAL			MUJERES			HOMBRES		
	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERO NO DESARROLLADOS	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERO NO DESARROLLADOS	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERO NO DESARROLLADOS	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS
	123	4567	8910	123	4567	8910	123	4567	8910

1	AUTOCONOCIMIENTO	19%	23%	58%	19%	25%	56%	18%	20%	61%
2	CLARIDAD Y PRECISION	3%	18%	75%	3%	18%	80%	4%	18%	78%
3	OBSERVACION ATENCION Y PERCEPCION	5%	19%	76%	6%	18%	76%	4%	20%	76%
4	COMUNICACION		15%	83%	2%	16%	83%	3%	15%	84%
5	CULTURA Y CONOCIMIENTOS GENERALES	2%	7%	91%	2%	6%	93%	1%	10%	89%
6	COMPRENSION	3%	16%	81%	2%	18%	79%	3%	13%	83%
7	IMPROVIZACION	1%	12%	88%	1%	11%	89%	1%	14%	85%
8	CUIDADO	2%	91%	2%	6%	93%	1%	10%	89%	89%
9	OTRAS	1%	14%	85%	0%	14%	86%	1%	14%	85%

Cuadro No. 2: Pcentajes por bloques, para la muestra total, mujeres y hombres.

94-1

ANEXO D

AUTOCONOCIMIENTO

PREGUNTAS AL BLOQUE DE AUTOCONOCIMIENTO	MUESTRA TOTAL			MUJERES			HOMBRES		
	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERO NO DESARROLLADOS	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERO NO DESARROLLADOS	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERO NO DESARROLLADOS	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS
	123	4567	8910	123	4567	8910	123	4567	8910

1	PUEDO SER TOLERANTE ANTE LA ANSIEDAD DE MI PACIENTE	2 1.60%	36 19.00%	151 80.99%	0 0.00%	28 25.00%	80 74.00%	2 2.00%	9 10.00%	71 88.00%
2	LOGRO SER TOLERANTE ANTE LA FRUSTRACION DE MI PACIENTE	4 2.00%	31 16.00%	154 81.00%	0 0.00%	20 19.00%	88 81.00%	4 5.00%	11 13.00%	66 82.00%
3	JUZZO A MIS PACIENTES EN BASE A MIS ESPERATIVAS, EMOCIONES, CREENCIAS, VALORES Y SENTAMIENTOS	125 67.00%	45 24.00%	18 9.00%	72 67.00%	25 23.00%	11 10.00%	53 65.00%	29 25.00%	8 10.00%
4	SE QUE UNA SESION SUPLICA UN COSTO EMOCIONAL PARA MI COMO TERAPEUTA	22 11.00%	41 21.00%	125 67.00%	13 12.00%	25 24.00%	69 64.00%	9 11.00%	15 19.00%	57 70.00%
16	APRENDI DE LAS EXPERIENCIAS TRANSMITIDAS POR MIS PACIENTES	4 2.00%	37 20.00%	147 77.00%	3 3.00%	18 17.00%	87 80.00%	1 1.00%	19 23.00%	61 76.00%
17	LOS PSICOLOGOS SOMOS PESECATISTAS DE PACIENTES	79 42.00%	72 38.00%	39 20.00%	42 39.00%	46 43.00%	20 18.00%	36 45.00%	26 32.00%	19 23.00%
18	CONOZCO LOS ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA CUANDO DEBO FIRIBAR AL PACIENTE CON OTRO PROFESIONISTA	10 5.00%	42 22.00%	137 72.00%	10 9.00%	25 23.00%	73 66.00%	0 0.00%	17 21.00%	64 79.00%

Cuadro No 3 Porcentajes (tendidos) en el bloque de autoconocimiento, en la muestra total, Mujeres y Hombres

96

CLARIDAD Y PRECISION

PREGUNTAS AL BLOQUE DE CLARIDAD Y PRECISION	MUESTRA TOTAL			MUJERES			HOMBRES		
	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERDIDO	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERDIDO	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERDIDO	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS
	123	456	610	123	456	610	123	456	610

5) DEFINIR LOS OBJETIVOS DE MI SESION TERAPEUTICA	5 4.07%	24 5.26%	162 26.56%	0 0.00%	16 3.51%	92 15.08%	5 0.82%	8 1.32%	68 11.18%
6) LA EVALUACION GENERAL DE UN PROBLEMA GENERALMENTE SE LOGRA EN MAS DE UNA SESION	16 13.01%	33 7.24%	140 22.93%	9 7.32%	15 3.31%	84 13.77%	7 1.13%	18 2.91%	56 9.19%
7) SOY CAPAZ DE FACILITARLE AL PACIENTE LA FORMA DE DESARROLLAR NUEVAS PERSPECTIVAS DE SUS PROBLEMAS	6 4.88%	25 5.48%	158 25.90%	1 0.81%	16 3.51%	91 14.92%	5 0.80%	9 1.44%	67 10.98%
8) COMO TERAPEUTA SE QUE DEBO CONTAR CON UN MARCO TEORICO	1 0.81%	22 4.83%	166 27.38%	1 0.81%	5 1.10%	102 16.73%	0 0.00%	17 2.74%	64 10.51%
9) PUEDO DETECTAR LA VERACIDAD DE LOS DATOS QUE PROPORCIONAN MIS PACIENTES	4 3.25%	49 10.74%	136 22.46%	2 1.63%	31 6.80%	75 12.30%	2 0.32%	18 2.91%	61 9.98%
10) HAGO MI ACTIVIDAD PROFESIONAL POR LA ETICA DEL PSICOLOGO	3 2.44%	20 4.39%	166 27.38%	0 0.00%	10 2.21%	98 16.07%	3 0.48%	10 1.61%	68 11.18%
11) SE DARLE EL VALOR (MONETARIO) ADECUADO A MI ACTIVIDAD PROFESIONAL	13 10.57%	47 10.31%	129 21.16%	7 5.69%	33 7.24%	68 11.18%	6 0.97%	14 2.26%	61 9.98%
12) TENGO LOS CONOCIMIENTOS SUFICIENTES Y NECESARIOS PARA CONDUCCION LA TERAPEA BAJO UN MARCO TEORICO	4 3.25%	46 10.09%	139 22.79%	3 2.44%	26 5.70%	79 12.95%	1 0.16%	20 3.24%	60 9.84%

Cuadro N° 4 Porcentajes obtenidos en el bloque de Claridad y Precision en la Muestra total, Mujeres y Hombres

OBSERVACION ATENCION Y PERCEPCION

PREGUNTAS AL BLOQUE DE OBSERVACIÓN, ATENCIÓN Y PERCEPCIÓN	MUESTRA TOTAL		ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS	NO ADQUIRIDOS	MUJERES		NO ADQUIRIDOS	HOMBRES		ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS
	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERO NO DESARROLLADOS			ADQUIRIDOS PERO NO DESARROLLADOS	NO ADQUIRIDOS		ADQUIRIDOS PERO NO DESARROLLADOS	NO ADQUIRIDOS	
	123	4567	8910	123	4567	8910	123	4567	8910	

8	APRENDI A ESCUCHAR Y A PRESTAR ATENCION A LA INFORMACION VERBAL Y NO VERBAL DE MI PACIENTES	0 0.00%	28 15.00%	161 85.00%	0 0.00%	12 11.00%	96 89.00%	0 0.00%	16 20.00%	65 80.00%
9	OBSERVO CON DETENIMIENTO COMO VA VESTIDO MI PACIENTE	22 11.00%	88 36.00%	99 53.00%	18 15.00%	43 40.00%	49 45.00%	6 7.00%	25 31.00%	50 62.00%
10	OBSERVO COMO ES LA APARIENCIA GENERAL DEL CUERPO DE MI PACIENTE	16 8.00%	56 30.00%	117 62.00%	11 10.00%	35 32.00%	62 58.00%	5 6.00%	21 28.00%	55 68.00%
11	ESTABLEZCO CONTACTO VISUAL CON MI PACIENTE	0 0.00%	6 3.00%	183 97.00%	0 0.00%	0 0.00%	108 100.00%	0 0.00%	6 7.00%	75 93.00%
12	PRESTO ATENCION A LAS POSTURAS QUE MANIFIESTA MI PACIENTE	3 2.00%	14 7.00%	172 91.00%	1 1.00%	7 8.00%	100 93.00%	2 3.00%	7 9.00%	72 88.00%
21	CONSIDERO LA MANERA DE CÓMO ESTRECHA LA MANO CUANDO SALIDA MI PACIENTE	26 14.00%	49 25.00%	114 60.00%	19 18.00%	26 24.00%	63 56.00%	7 9.00%	23 28.00%	51 63.00%
24	APRENDI A EVALUAR LA COERENCIA EXISTENTE ENTRE LOS COMPONENTES VERBALES Y NO VERBALES DE LA CONDUCTA DE MI PACIENTE	1 0.50%	30 16%	156 84%	0 0%	15 14%	93 86%	1 1%	15 19%	65 80%
		5%	19%	76%	6%	18%	76%	4%	20%	76%

Cuadro No. 5: Porcentajes obtenidos en el bloque de Observación, Atención Claridad y Percepción.

COMUNICACIÓN

PREGUNTAS AL BLOQUE DE COMUNICACIÓN	MUJERES TOTAL			MUJERES			HOMBRES		
	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS Y	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS Y	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS Y
		PERO NO DESARROLLADOS	DESARROLLADOS		PERO NO DESARROLLADOS	DESARROLLADOS		PERO NO DESARROLLADOS	DESARROLLADOS
	123	4567	8910	123	4567	8910	123	4567	8910

22 ES IMPORTANTE MANTENER UNA DISTANCIA SUFICIENTE PARA QUE LOS PACIENTES Y TERAPEUTAS SE SIENTAN COMODOS	9 4.00%	37 20.00%	144 76.00%	5 5.00%	15 14.00%	88 81.00%	3 4.00%	22 27.00%	56 69.00%
23 SE TENER CONTROL SOBRE MI CONDUCTA NO VERBAL(GESTOS Y MOVIMIENTOS CORPORALES)	5 3.00%	38 19.00%	148 79.00%	3 3.00%	24 22.00%	81 75.00%	2 2.00%	12 15.00%	67 83.00%
25 PRESTO ATENCION EN LO QUE MI PACIENTE NO PUEDE EXPLICAR	0 0.00%	20 11.00%	169 89.00%	0 0.00%	11 10.00%	97 90.00%	0 0.00%	9 11.00%	72 89.00%
26 EL VOLUMEN DE MI VOZ Y LA ENTONACION SON VARIABLES ACORDE A LA INFORMACION QUE DESEO PROPORCIONAR EN LA SESION TERAPEUTICA	7 4.00%	23 12.00%	159 84.00%	2 2.00%	17 16.00%	89 82.00%	5 6.00%	6 7.00%	7 87.00%
27 CON LAS MANOS PUEDO SOBRE ENFATIZAR ASPECTOS DEL CONTENIDO VERBAL DE MI DISCURSO DURANTE LA SESION TERAPEUTICA	6 3.00%	26 14.00%	157 83.00%	3 3.00%	16 15.00%	89 82.00%	3 4.00%	10 12.00%	68 84.00%
28 PARA EXPRESARME ANTE MI PACIENTE CUENTO CON UNA BUENA DICCIÓN	2 1.00%	30 16.00%	157 83.00%	1 1.00%	22 20.00%	85 79.00%	1 1.00%	8 10.00%	72 89.00%
33 APRENDI A TENER TACTO PARA DAR A CONOCER LAS CONCLUSIONES DE UNA SESION	2 1.00%	34 18.00%	153 81.00%	0 0.00%	20 19.00%	88 81.00%	2 2.00%	14 17.00%	65 81.00%
34 LOGRO UTILIZAR UN LENGUAJE SEGURO Y CONVINCENTE QUE DEMUESTRE A MI PACIENTE QUE CONOZCO MI PROFESION	1 1.00%	19 10.00%	169 89.00%	0 0.00%	11 10.00%	97 90.00%	1 1.00%	8 10.00%	72 89.00%
	2%	16%	82.00%	1.00%	16%	83.00%	3.00%	15.00%	82.00%

Cuadro No. 6: Porcentajes obtenidos en el bloque de Comunicación, en la Muestra total, Mujeres y Hombres

99

CULTURA Y CONOCIMIENTOS GENERALES

PREGUNTAS AL BLOQUE DE CULTURA Y CONOCIMIENTOS GENERALES	MUESTRA TOTAL			MUJERES			HOMBRES		
	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERO NO DESARROLLADOS	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERO NO DESARROLLADOS	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERO NO DESARROLLADOS	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS
	123	4567	8910	123	4567	8910	123	4567	8910

29	CUENTO CON UNA CULTURA AMPLIA QUE ME PERMITE INTERACTUAR CON MI PACIENTE	4 2 00%	43 23 00%	142 75 00%	0 0 00%	20 19 00%	88 81 00%	4 4 00%	15 19 00%	62 77 00%
35	SE IDENTIFICAN LAS CARACTERISTICAS PERSONALES Y CULTURALES DE MIS PACIENTES Y EN BASE A ESTO ESTABLEZCO CIERTAS ADAPTACIONES PARA LOGRAR UN MEJOR ENTENDIMIENTO	1 0 00%	30 16 00%	158 84 00%	0 0 00%	22 20 00%	86 80 00%	1 4 00%	8 14 00%	72 62 00%
		2 00%	7 00%	91 00%	2 00%	6 00%	92 00%	1 00%	10 00%	89 00%

Cuadro No 7 Porcentajes obtenidos en el bloque de Cultura y Conocimientos Generales en la Muestra Total Mujeres y Hombres

COMPRESION

PREGUNTAS AL BLOQUE DE COMPRESION	MUESTRA TOTAL			MUJERES			HOMBRES		
	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS Y	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS Y	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS Y
	PERO NO DESARROLLADOS	DESARROLLADOS	DESARROLLADOS	PERO NO DESARROLLADOS	DESARROLLADOS	DESARROLLADOS	PERO NO DESARROLLADOS	DESARROLLADOS	DESARROLLADOS
	123	4567	8910	123	4567	8910	123	4567	8910

15	ES IMPORTANTE ENTABLAR CON MIS PACIENTES UNA RELACION DE EMPATIA	1 0.00%	28 15.00%	160 85.00%	1 0.00%	20 19.00%	87 81.00%	0 0.00%	8 10.00%	73 90.00%
30	SE ELEGIR EL MOMENTO OPORTUNO PARA INTERVENIR DE MANERA PROFESIONAL (PARA LLAMAR LA ATENCION, REFORZAR SUGERIR, ETC.)	0 0.00%	33 17.00%	156 83.00%	0 0.00%	24 22.00%	84 78.00%	0 0.00%	9 11.00%	72 89.00%
31	SE QUE SE PUEDEN EMPLEAR DIFERENTES ESTILOS PARA DAR TERAPIA (PATERNALISTA, EMIGENTE, CONDESCENDENTE, ETRICTO, ETC.) DEPENDIENDO DEL PACIENTE	15 8.00%	43 23.00%	131 69.00%	7 6.00%	25 23.00%	76 71.00%	8 10.00%	18 22.00%	55 68.00%
36	BRINDO APOYO Y SOPORTE A MI PACIENTE PARA QUE TOMO SUS PROPIAS DECISIONES	0 0.00%	22 12.00%	137 88.00%	0 0.00%	13 12.00%	95 88.00%	0 0.00%	9 11.00%	72 89.00%
37	SE QUE MI INTERVENCION PROFESIONAL EXCLUYE RELACIONES AFECTIVAS Y SENTIMENTALES CON MIS PACIENTES	11 6.00%	27 14.00%	151 80.00%	5 5.00%	17 16.00%	86 79.00%	6 7.00%	10 12.00%	65 81.00%
		3%	16%	81%	2%	18%	79%	3%	13%	83%

Cuadro No 8. Porcentajes obtenidos en el bloque de compresion en la Muestra Total, Mujeres y Hombres

IMPROVISACION

PREGUNTAS AL BLOQUE DE IMPROVISACION	MUESTRA TOTAL			MUJERES			HOMBRES		
	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS Y	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS Y	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS Y
		PERO NO	DESARROLLADOS		PERO NO	DESARROLLADOS		PERO NO	DESARROLLADOS
	123	4567	8910	123	4567	8910	123	4567	8910

32	SE QUE LA TECNICA DE INTERVENCION DEPENDE DE LAS PROBLEMATICAS DE MI PACIENTE	2 1.00%	13 7.00%	174 92.00%	0 0.00%	6 6.00%	102 94.00%	2 2.00%	7 9.00%	72 89.00%
38	APRENDIA TENER CONTROL DE LAS INTERRUPCIONES QUE OTRAS PERSONAS ME HACEN DURANTE LA SESION PARA QUE ESTA NO SE VEA AFECTADA	2 1.00%	31 16.00%	156 83.00%	2 1.00%	16 15.00%	91 84.00%	0 0.00%	15 19.00%	66 81.00%
		1.00%	11.00%	88.00%	1.00%	11.00%	88.00%	1.00%	14.00%	85.00%

Cuadro No. 9 Porcentajes obtenidos en el bloque de improvisación en la Muestra total, Mujeres y Hombres

CUIDADO

PREGUNTAS AL BLOQUE DE CUIDADO	MUESTRA TOTAL			MUJERES			HOMBRES		
	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS
	PERO NO DESARROLLADOS	PERO NO DESARROLLADOS	PERO NO DESARROLLADOS	PERO NO DESARROLLADOS	PERO NO DESARROLLADOS	PERO NO DESARROLLADOS	PERO NO DESARROLLADOS	PERO NO DESARROLLADOS	PERO NO DESARROLLADOS
	123	4567	8910	123	4567	8910	123	4567	8910

19	LOS PSICÓLOGOS DEBEMOS TENER EL SUFICIENTE CONTROL EMOCIONAL PARA NO CONTAMINAR CON NUESTROS PROBLEMAS PERSONALES LA PRÁCTICA TERAPÉUTICA	4 2.00%	14 7.00%	171 7.00%	2 2.00%	6 6.00%	100 92.00%	2 2.00%	8 10.00%	71 88.00%
20	MANTENERGO CIERTA POSTURA CORPORAL ANTE MI PACIENTE	7 4.00%	24 13.00%	156 83.00%	5 5.00%	12 11.00%	91 84.00%	2 2.00%	12 15.00%	67 83.00%
39	SE LO IMPORTANTE QUE ES CUIDAR Y MANTENER UNA ATMÓSFERA Y UN ESPACIO AGRADABLE PARA LLEVAR A CABO LA SESIÓN	0 0.00%	6 3.00%	183 97.00%	0 0.00%	0 0.00%	108 100.00%	0 0.00%	6 7.00%	75 93.00%
40	SE LO IMPORTANTE QUE ES CUIDAR MI ASPECTO PERSONAL POR LO QUE CUIDO MI APARIENCIA FÍSICA	1 0.00%	11 6.00%	177 94.00%	0 0.00%	6 6.00%	102 94.00%	1 1.00%	5 6.00%	75 93.00%
		1.00%	14.00%	85%	1.00%	13.00%	86.00%	1.00%	14.00%	85.00%

Cuadro No. 10. Porcentajes obtenidos en el bloque de cuidado en la Muestra Total, Mujeres y Hombres

OTRAS

PREGUNTAS AL BLOQUE DE OTRAS	MUESTRA TOTAL			MUJERES			HOMBRES		
	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERO NO DESARROLLADOS	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERO NO DESARROLLADOS	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS	NO ADQUIRIDOS	ADQUIRIDOS PERO NO DESARROLLADOS	ADQUIRIDOS Y DESARROLLADOS
	123	4567	8910	123	4567	8910	123	4567	8910

41	REALIZO INTENSAS EXPLORACIONES DE LOS PROBLEMAS QUE PRESENTA MI PACIENTE	1 1 00%	26 14 00%	162 85 00%	0 0 00%	15 14 00%	93 86 00%	1 1 00%	11 14 00%	69 85 00%
		1 00%	14 00%	85 00%	0 00%	14 00%	86 00%	1 00%	14 00%	85 00%

Cuadro No 11: Porcentajes obtenidos en el bloque de OTRAS en la Muestra total, Mujeres y Hombres