



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

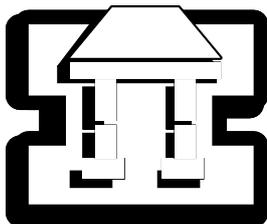
**“SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO EN EL  
PSICÓLOGO CLÍNICO”**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
JUAN CARLOS BUENO ESPINOZA**

**ASESORA:  
MTRA. MA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ**

**DICTAMINADORES:  
LIC. EDY AVILA RAMOS  
LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CAZARES**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## ***Agradecimientos.***

***La vida:*** factor que me ha acompañado no solo como actividad, sino como significado, que me ha presentado varios caminos y uno ha sido éste, le doy gracias por permitirme llegar y continuar.

***A mi padre:*** quien ha procurado establecer reglas y lineamientos para formar un ser social activo, y me ha brindado paciencia.

***A mi madre:*** que más que brindarme un canal de existencia física, ha tenido paciencia y con tolerancia, me impulsa para conseguir objetivos.

***Hermanos:*** de los cuales se obtiene una comparación con su propio desempeño en la vida, les he aprendido a seguir adelante.

***Asesores:*** les agradezco por la paciencia y aportación para consolidar un objetivo, por la guía y orientación para mejorar y consolidar este proyecto.

***Don Polo:*** quien sin pensar me ha brindado más que asesoramiento técnico, una amistad y apoyo que se ha tornado en reflexiones que dirigen mi camino social.

***Fam. Tejeda:*** cuyos integrantes me han permitido explorar la vida de un modo técnico, emocional, ver la vida como integral, donde no hay verdugos ni sacrificados.

***Olga:*** gracias por acompañarme en momentos a veces conflictivos.

***Haiide:*** quien ha tenido palabras atinadas para brindar un apoyo.

***Amiguinchis:*** gracias brindarme tú confianza y compartir momentos buenos y malos en este sendero.

***En general:*** a ti que me realmente me brindas un apoyo cuando lo necesito, a ti que me viste algún día triste y al menos unas palabrillas de aliento me brindaste, a ti que me viste necesitado y me ofreciste ayuda, a ti que dirigiste mi camino cuando lo viste torcido.

## Índice

<b>Introducción</b>	1
<b>Capítulo 1. Historia de la psicología clínica y el papel del psicólogo</b>	6
1.1 Historia de la psicología clínica	6
1.1.1 Etapa Primitiva	8
1.1.2 Etapa Renacentista	9
1.1.3 Etapa de Guerras Mundiales	9
1.2 Definición de la Psicología Clínica	10
1.3 Campos de aplicación	11
1.4 Las funciones del psicólogo clínico	13
<b>Capítulo 2. La terapia: actividad psicológica como actividad predominante del psicólogo clínico</b>	16
2.1 Definición de la terapia	16
2.2 La terapia desde diversos modelos teóricos	17
2.2.1 Enfoque Psicoanalista	18
2.2.2 Enfoque Humanista-Existencial	21
2.2.3 Conductismo	27
2.2.4 Enfoque Cognitivo- Conductual	34
<b>Capítulo 3. El proceso terapéutico y el perfil del psicólogo clínico</b>	43
3.1 Proceso terapéutico: consideraciones generales	43
3.2 Características del proceso terapéutico	44
3.3 Relación Terapéutica	49
3.4 Perfil del Psicólogo Clínico	52

<b>Capítulo 4. Origen y delimitación del Burnout (Síndrome de Quemarse por el trabajo)</b>	<b>58</b>
4.1 Historia del Burnout	58
4.2 Definición del Burnout	60
4.3 Modelos explicativos y características del burnout	64
4.4 Factores que influyen al desarrollo de SQT	72
<b>Conclusiones</b>	<b>77</b>
El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en los psicólogos	77
Características particulares del terapeuta y el paciente que influyen en el SQT	79
Factores que participan en el desarrollo de SQT en los Psicólogos	82
<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>88</b>

## **Introducción.**

En el ritmo de vida actual no es de sorprenderse si en los medios de comunicación se habla de cáncer, diabetes o cualquier otra enfermedad degenerativa, sin embargo estas enfermedades no siempre han existido o por lo menos con la frecuencia de la actualidad, esto significa que las personas han enfermado de distintas formas a lo largo de la historia, se considera que estos cambios están relacionados con los estilos de vida que cada contexto histórico-social dispone (Dejours, 1990).

En este sentido a lo largo de la historia de la humanidad podemos encontrar distintos tipos de enfermedad, para entender como han surgido las enfermedades actuales es necesario revisar sus antecedentes y ritmos sociales, es decir, razonar como a través de los cambios socioculturales y la modernización surgen diferentes padecimientos, de esta manera identificar que al hablar de Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) o cualquier otra enfermedad crónica hacemos referencia a algo más que una simple enfermedad que comienza a tomar auge.

Es necesario considerar que hay distintos tipos de enfermedad, Dejours (1990) señala que existen básicamente las que son de tipo **infecto-contagiosas**, que se originan por microorganismos (bacterias, parásitos, virus) estas enfermedades fueron atacadas con el descubrimiento de estos pequeños organismos y la aparición de antibióticos. Por otro lado surgen una gran variedad de padecimientos conocidos como **crónico-degenerativos**, este tipo de enfermedades se distinguen por que no son originadas por algo específico como las infecciosas, sin embargo, generan en el cuerpo diferentes cambios orgánicos, físicos y psicológicos que pueden llevar a la muerte, aunque no un desenlace rápido, el cuerpo se degenera con el paso del tiempo.

El Síndrome de Quemarse por el Trabajo es una enfermedad que se considera de tipo crónico-degenerativo, aunque es un padecimiento reciente, hasta el

momento no se ha identificado a nadie que muera por SQT, sin embargo es importante retomarlo debido a que es necesario profundizar en su estudio para tratar de establecer sus alcances de deterioro y planear formas de tratamiento. Este síndrome al parecer se puede presentar con mayor facilidad en algunas personas que realizan actividades específicas, como profesionales que se dedican a actividades de servicio asistencial, en el sector salud, ayuda, rescate (bomberos, enfermeras, médicos, docentes, psicólogos, etcétera) es personal que está en contacto con las emociones de los usuarios diariamente, emociones que en ocasiones no son tan gratas.

Síndrome de Quemarse por el trabajo se ha estudiado en diversas poblaciones, sin embargo al revisar la literatura encontramos que este padecimiento no es estudiado en psicólogos, lo que resulta curioso ya que un profesional que se interesa en este problema no lo estudie en su propia profesión, en este sentido el desarrollo del presente trabajo permite describir las actividades del psicólogo clínico, para posteriormente realizar un análisis global del trabajo y tratar de establecer puntos de riesgo en las condiciones de trabajo de un profesional como el psicólogo.

Para desarrollar un análisis crítico sobre el tema hay que retomar de modo alternativo el sistema médico o de salud al que estamos acostumbrados, es decir, hay que entender bajo qué condiciones se considera enferma a una persona y en este caso, quién es el personaje indicado para que atienda a dichos problemas. Por lo general las personas acuden a un médico cuando sienten un dolor que no les permite tener el mismo ritmo de vida cotidiano, además cuando se experimenta dolor en el cuerpo ocasionado por tensión se acude a un médico y difícilmente a un psicólogo, es esta solamente una consideración que se analiza a lo largo del trabajo para establecer cuáles son las estrategias que se pueden retomar en el tratamiento de enfermedades crónicas como el SQT e ir incorporando el trabajo del psicólogo clínico en el campo de la salud.

Es relevante retomar los estudios del SQT debido a que es un padecimiento relativamente nuevo y que ataca a sectores que se dedican a brindar un apoyo en situaciones difíciles, así mismo es doblemente importante considerar al estudio de este padecimiento en una población poco estudiada dentro de nuestro país, es decir, el psicólogo, quien en la actualidad comienza a tener más campos de intervención, por tal motivo el objetivo del presente trabajo consiste en describir las actividades del psicólogo clínico así como las características del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, de modo que se pueda establecer si el psicólogo es un personaje propenso al Síndrome.

Para poder cumplir con dicho objetivo el desarrollo del trabajo está distribuido en diferentes apartados: en el primero se podrá encontrar de manera general la historia de la psicología clínica, los objetivos que persigue y la metodología que emplea así como algunas características en el campo de servicio del psicólogo clínico y las funciones que se pretende que realice.

En este primer apartado podemos dar a conocer la importancia del psicólogo clínico, ya que conociendo la historia podemos conocer las transformaciones que ha sufrido la disciplina psicológica, entender estas transformaciones es entender el entorno cultural y social que ha influido para que se realicen estos cambios, de este modo podemos entender cómo las transformaciones históricas han generado diversas necesidades y transformado las actividades de tal modo que surgen enfermedades como el SQT.

Una vez que se establezca el papel del psicólogo clínico es relevante destacar la importancia de la terapia, considerando ésta una actividad predominante dentro de las actividades del psicólogo clínico, es dentro de esta dinámica donde puede el profesional desarrollar algunas actividades que le generen desgaste físico y emocional.

Conocer los elementos que conforman el desarrollo de una terapia clínica permite dar a conocer los enfoques teóricos que han intervenido y que brindan

aportaciones para que esta actividad se realice cumpliendo los objetivos de cada enfoque, de este modo se puede considerar que el psicólogo tienen a su alcance una gama de posibilidades para desarrollar la actividad terapéutica, lo que implica por un lado la pericia para conocer este bagaje teórico y por otro lado las habilidades que cada teoría indica que debe tener el terapeuta.

De manera indirecta, al desarrollar los modelos teóricos que intervienen en el desarrollo de la terapia, se puede visualizar la postura que el terapeuta puede adoptar dentro de esta actividad, el papel que desempeña, de este modo podemos entender la diferencia entre un papel directivo, estructurado a un sistema permisivo, más analítico, con mayor participación por parte del paciente o del terapeuta según sea el caso.

El tercer apartado, se basa fundamentalmente en dar a conocer los pasos y características del proceso terapéutico, describir que son diversos pasos los que se desarrollan al realizar una intervención psicológica, que en ocasiones puede variar dependiendo de los objetivos de la institución y el modo de trabajo del psicólogo, estas características pueden influir en el desarrollo del SQT, ya que es un aspecto en donde se conjugan los elementos ambientales, las características del paciente y del terapeuta.

Conocer sobre la relación terapéutica y el perfil del psicólogo clínico aporta detalles sobre la forma en que se puede desarrollar la actividad terapéutica y el impacto emocional que puede generar en el psicólogo, de este modo el desarrollo de estos apartados permite conocer íntimamente algunos factores que pueden ser favorables o no dependiendo de cómo se perciba la situación.

Una vez que conocemos la estructura teórica del psicólogo clínico, tenemos bastante información que puede ser vinculada no sin antes conocer las características y delimitación del Síndrome al que referimos la atención en el presente trabajo, de este modo el cuarto apartado permite dar a conocer los

detalles más relevantes del Síndrome de Quemarse por el trabajo, estos detalles son: la definición, la delimitación conceptual y las características, cada uno de estos detalles permite plantear incógnitas sobre si el psicólogo puede ser un personaje que desarrolle el SQT.

Una consideración relevante es enfatizar la importancia del medio ambiente sobre las personas Gil-Monte (2005) distingue adecuadamente que realizar un análisis sobre el ambiente permite definir los aspectos que pueden ser nocivos a la salud de los trabajadores, tanto físicos como emocionales y establecer modos de prevención e intervención sobre los padecimientos laborales.

## **Capítulo 1. Historia de la psicología clínica y el papel del psicólogo.**

### **1.1 Historia de la psicología clínica.**

La revisión histórica de la psicología clínica es importante debido a que en la actualidad es una de las áreas de trabajo más amplias del psicólogo, y donde, consecuentemente éste desempeña una de las funciones con las que se identifica el trabajo del psicólogo: proporcionar atención psicológica o “dar terapia”. En ese marco, es necesario describir brevemente su desarrollo histórico, para posteriormente destacar cuáles son las actividades que el psicólogo realiza dentro de esta área.

Para comprender cuál es el origen de la psicología clínica es indispensable una revisión de la historia para analizar lo que ha ocurrido y las circunstancias que han ayudado a que la psicología clínica poco a poco cobre auge, en este sentido Buendía (1999) afirma que la psicología tiene un origen relativamente reciente y un desarrollo lleno de conflictos, considerando que su verdadero protagonismo es hasta después de la segunda guerra mundial, sin embargo, es preciso tener en cuenta las aportaciones que han surgido en diferentes momentos históricos como las sociedades primitivas y el renacimiento hasta la actualidad.

Cuando revisamos el pasado para analizar el proceso de desarrollo de la psicología clínica, nos encontramos con diferentes intentos de clasificar o describir lo ocurrido. Pérez (1981) señala que han existido cuatro generaciones de psicólogos, la primera comprende a psicólogos con grandes influencias históricas, sociales y científicas, son psicólogos que reciben un impacto por ideas y acontecimientos como los trabajos de Wundt, la influencia teórica de Darwin o algunos otros como Galton y Freud, además, del movimiento humanitario, encabezado por personajes como Pinel, Dorotea Dix y Tuke, mediante el cual se buscó proporcionar asistencia digna a las personas afectadas por alguna perturbación “mental”.

La segunda generación surge a partir de la Primera Guerra Mundial, donde se acentúa el trabajo de diferentes corrientes teóricas que intentan explicar qué es lo psicológico, como el gestaltismo, behaviorismo y funcionalismo, en esta etapa la influencia freudiana es la de mayor impacto, destacando por la explicación que proporciona sobre diferentes anormalidades comportamentales (Pérez, 1981).

La tercera generación surge a partir de la Segunda Guerra Mundial, donde cobra auge la selección de personas para tareas militares, sin embargo en esta etapa existe una limitación de los médicos para generar soluciones ante las patologías que se presentan después de la guerra, como la neurosis de combate, reacciones histéricas producidas por el miedo, entre otras (Pérez, 1981).

Por último, la cuarta generación se destaca por tratar de liberarse definitivamente de los esquemas médicos, es una visión actual que intenta abordar los aspectos psicológicos rompiendo con el esquema médico tradicional, en donde el trabajo del psicólogo es entendido como la simple evaluación, se lucha por hacer del trabajo del psicólogo algo más que la etiquetación, incorporando estrategias para clasificar nuevas patologías y proponer nuevas estrategias de prevención (Pérez, 1981).

Kantor (1990) describe tres etapas de la evolución de la psicología, la primera denominada Precientífica, en ésta se realizan las primeras observaciones simples, las cuales denomina como ingenuas o sencillas, enfocadas a explicar la relación que mantiene el ser humano con su medio ambiente, como la observación de fenómenos naturales o el comportamiento de los animales para sacar provecho de ello.

La segunda etapa es la denominada Protocientífica, en la cual existe la creación de registros sobre lo que en un primer momento se experimentó o se intentó observar, además de las opiniones que surgen al respecto, por ejemplo, la observación de las emociones que se presentan en algunas situaciones y el

intento de explicar qué origina ese comportamiento. En esta etapa existen ya algunas técnicas de observación como los registros de frecuencia, es por ello que esta etapa está asociada con la aparición de la escritura (Kantor, 1990).

La etapa científica auténtica, se destaca por aparecer en ella un tratado claro y sistemático de aquello que se desea estudiar. Kantor (1990) destaca que la civilización griega es un claro ejemplo ya que se pueden resaltar como bien estructurados los trabajos de Aristóteles sobre el estudio del alma, reflejando que existió todo un proceso de observación, intento de explicar el fenómeno y por último una sistematización del conocimiento plasmado en lenguaje que permite dar cuenta de dicho proceso.

### **1.1.1 Etapa Primitiva.**

Kantor (1990) considera que la psicología primitiva se refiere a una etapa Precientífica, menciona que...“el señalamiento del origen de una determinada disciplina científica es siempre un proceso arbitrario, que se vale de criterios libremente elegidos. El criterio más aceptable es descubrir cuando se hizo por primera vez el intento de formular y sistematizar proposiciones” (pág. 59). Buendía (1999) menciona que la etapa primitiva se distingue por los intentos que tiene el hombre por explicar lo que le ocurre, por ejemplo atribuir el poder de lastimar o crear fuego a un evento increíble, una fuerza sobrenatural o un dios.

Phares y Trull (1999) plantean que establecer un período como el comienzo de la psicología clínica o designar a un personaje como fundador puede ser arbitrario, pero se pueden retomar las aportaciones de los psicólogos griegos, quienes mucho antes del nacimiento de Cristo especulaban sobre los seres humanos y la naturaleza de su pensamiento.

Harrsch (1983) afirma que la psicología primitiva está caracterizada por conocimientos como la magia, filosofía, religión, y la medicina, las cuales hacen la función de explicar y resolver los problemas que el ser humano experimenta,

destaca que las aportaciones de los diferentes autores griegos pertenecen a la etapa primitiva, sin embargo, si rescatamos lo que plantea Kantor (1990) respecto de las etapas de conformación de una ciencia (precientífica, protocientífica y científica auténtica) se puede considerar que dicho conocimiento griego pertenece por cronología a lo primitivo, pero en contenido y sistematización a la conformación de una ciencia.

### **1.1.2 Etapa Renacentista.**

Harsch (1993) describe que en la etapa renacentista los problemas del espíritu se presentaron como llamado a las grandes fuentes de conocimiento, la experiencia y la experimentación. La religión queda como una institución que proporciona lineamientos para decidir qué investigar, sin embargo a pesar de las circunstancias sociales de opresión aparecen aportaciones valiosas como las de Descartes, considerado como el principal representante de la psicología dentro de la vertiente filosófica racionalista, o el pensador holandés Baruch Spinoza quien elaboró una filosofía en la que sustentaba que la mente y el cuerpo son aspectos de una misma realidad.

Phares y Trull (1999) plantean que como tal no hay muchas aportaciones netamente psicológicas en esta etapa, incluso consideran que sólo se puede hablar de una psicología médica, debido a que es la medicina quien toma las riendas de algunas problemáticas o patologías, como la esquizofrenia o trastornos de ansiedad, intentando mejorar la atención de enfermos mentales, y es hasta después de 1890 que se incluye la labor psicológica incorporando estrategias para el trabajo de estas problemáticas.

### **1.1.3 Etapa de Guerras Mundiales.**

En esta etapa encontramos diferentes aportaciones, tanto a nivel teórico como técnico, llegándose a consolidar diferentes escuelas filosóficas como el behaviorismo, gestaltismo y psicoanálisis, por otro lado las técnicas y recursos para el estudio de los eventos psicológicos, como las emociones, la percepción,

personalidad. Phares y Trull (1999) señalan que durante la Segunda Guerra Mundial la principal aportación de la psicología fue la de crear instrumentos para la selección de personal para actividades militares o algunas otras, además plantean que es en este período que se hace un esfuerzo por clasificar los desordenes o patologías como la depresión, histeria, entre otras, que hasta ese momento se tiene conocimiento, es así que se crea el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-I)

Goldstein y Krasner (1991) señalan que después de las guerras no sólo las pruebas psicométricas son relevantes como aportaciones de la psicología clínica, también le dan mayor relevancia a los trabajos de Watson, no sólo por las aportaciones teóricas sobre el conductismo, a través del análisis de la conducta, sino por la introducción de este conocimiento en cuestiones aplicadas, tanto en el área clínica, como el análisis del ambiente y del comportamiento para conseguir que un producto se consumiera más que otro.

La historia de la psicología clínica se vio influenciada por los acontecimientos históricos, los cuales propiciaron el desarrollo de los diversos constructos teóricos de las diferentes escuelas psicológicas, el desarrollo de técnicas y procedimientos, hasta llegar a metodologías más estructuradas. Dadas estas condiciones es necesario revisar cual es la definición de la psicología clínica, con la intención de establecer el contexto donde se inserta el campo de trabajo del psicólogo en esta área.

## **1.2 Definición de la Psicología Clínica.**

Phares y Trull (1999, pág. 4) señalan que para hablar de la psicología clínica es prudente plantear una definición, afirmando que: “la psicología clínica es un campo que dirige el estudio, diagnóstico y tratamiento de problemas o trastornos psicológicos o conducta anormal”. Esta definición proporciona indicadores de lo que el psicólogo clínico debe realizar y cuál es su campo de estudio. Kendall y Norton (1988, pág. 481) destacan que “la psicología clínica es para ayudar a las

personas a superar sus problemas y llevar una vida más satisfactoria”, por otro lado Pérez (1981, pág. 5) menciona que “el objetivo fundamental es reducir el malestar que una persona experimenta, ayudarla a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada tanto para sí mismo como para las personas que constituyen su marco de referencia”.

Goldstein y Krasner (1991) plantean que la psicología clínica aplicada implica dos cosas, por un lado un conocimiento científico que ha tenido un proceso de cimentación, y por otro lado la aplicación de dicho conocimiento, el cual puede ser aplicado en distintos campos y en cada uno de ellos persigue varios objetivos.

De modo general, estas definiciones apuntan a cosas distintas, por un lado obedecen a la investigación, por otro lado se señala que el trabajo psicológico consiste en la superación de obstáculos; en otra, se intenta reducir el malestar y generar satisfacción en la persona; por último, se describe que existe un conocimiento que se lleva a la práctica; en conjunto estas definiciones sugieren que la tarea del psicólogo no se encasilla en una sola, de hecho se pueden complementar estas definiciones estableciendo que la psicología clínica consiste *en el estudio, diagnóstico y tratamiento de diferentes problemas o trastornos que permitan generar estrategias para que las personas puedan superar distintos problemas o reducir el malestar que experimentan, de este modo ayudarlos a funcionar de una manera más satisfactoria para ellos y los que los rodean.*

Una vez que se estableció una definición de la psicología clínica, es oportuno señalar las distintas áreas de trabajo, así como las funciones que el psicólogo realiza y las herramientas de las que puede echar mano para cumplir con los objetivos que le son demandados en el área de trabajo donde se encuentre.

### **1.3 Campos de aplicación.**

Harsch (1993) señala que el psicólogo puede trabajar en distintos campos como: la psicología educativa, abocándose a estudiar las condiciones y métodos

que faciliten los procesos de aprendizaje; psicología social, ocupándose de la interacción del individuo con el grupo, las organizaciones y las comunidades, a través del análisis de las estructuras y normas que las rigen; psicología industrial, que estudia las condiciones que determinan una de las actividades de interés central en la vida de la gente: el trabajo; psicología general experimental, se dedica al estudio sistemático e investigación de los procesos básicos de la conducta; y la investigación, docencia, y divulgación de la psicología, sobrando decir que la investigación concierne a todos los campos de aplicación de la psicología.

Pérez (1981) plantea diversos campos de inserción del psicólogo, indicando su participación en universidades, clínicas, centros de salud mental, práctica privada, orientación infantil, escuelas médicas, cortes de conciliación e industria, en cada una de estas áreas tiene, de modo general, la labor de seguir un proceso de investigación, es decir, evalúa, diagnóstica, interviene, plantea y da resultados de intervención, aunque en algunos campos de trabajo realiza actividades extras o lleva procesos de intervención distintos.

Santolaya (2006) propone que el trabajo del psicólogo clínico debe ser realizado con diferentes objetivos, como en el trabajo en el área de salud, orientado a la promoción y prevención de algunas problemáticas, llevando un desarrollo de diferentes fases (primaria, secundaria, terciaria) el psicólogo puede desarrollar esta serie de fases en el campo donde se encuentre, partiendo de la premisa que se enfrenta a problemas, puede tanto tratarlos como prevenirlos.

Podemos destacar que los campos de participación a los que el psicólogo clínico tiene acceso en la actualidad son muy variados y en ellos se pueden encontrar incluso más funciones que en la literatura no se han registrado aún, sin embargo, lo interesante y relevante es que algo ha ocurrido para que este personaje participe de todas ellas, por ello, es necesario describir cuáles son las funciones que puede tener en su labor.

#### **1.4 Las funciones del psicólogo clínico.**

En cuanto a las funciones del psicólogo clínico, se pueden destacar las señaladas por Phares y Trull (1999) y Goldstein y Krasner (1991): psicoterapia, evaluación, supervisión, enseñanza e investigación, las cuales, de modo general, se refieren a emplear recursos técnicos para la recolección de información, promoción de conocimientos específicos sobre algún tema, la práctica de actividades que dirijan la supervisión y las líneas de conocimiento y el proceso de investigación.

Psicoterapia es retomada como la relación entre cliente y terapeuta mediante la cual bajo la atmósfera de confianza se ayuda al cliente a resolver sus problemas. La terapia se puede entender como un proceso que no siempre es igual o sigue la misma metodología y la utilización de las mismas técnicas (Phares y Trull, 1999).

La evaluación, se destaca porque se desarrolla al inicio y durante todo el proceso terapéutico, para poder llevarla a cabo se hace uso de la diversidad de herramientas que el problema del cliente requiera, se hace uso de inventarios, test, entrevistas, observaciones, entre otras estrategias (Goldstein y Krasner, 1991).

Enseñanza, hace referencia a la cátedra que se imparte en una institución, aunque no sólo se limita a ese espacio, ya que el psicólogo clínico puede proporcionar conferencias en otras situaciones como en la clínica donde se trabaje, o se puede acudir a las comunidades a impartir pláticas sobre temas de orden clínico.

Respecto a la supervisión, se establece que en dicha actividad el psicólogo participa en una especie de evaluación continua de algún proceso o actividad en la que participe, por ejemplo, la revisión de la aplicación de algún inventario en la

comunidad, la aplicación de técnicas sobre las que se haya capacitado al personal, entre otras (Phares y Trull, 1999).

Por otro lado, la investigación es una de las actividades de mayor importancia en cualquier área en la que el psicólogo se desenvuelva, ya que mediante el proceso de la misma puede llegar a resolver diversas problemáticas que se presenten tanto a nivel individual, como grupal e institucional según sea el problema, dicho proceso de acuerdo con Phares y Trull (1999) debe estar basado en la evaluación, diagnóstico, intervención y reporte de las actividades que se hayan realizado con sus debidas observaciones particulares.

Las funciones en las que se encuentra inmerso el psicólogo aunque se han destacado de modo general y sencillo, cabe resaltar que para que se realicen se necesita de un conocimiento amplio un área de conocimiento, por ejemplo la actividad terapéutica implica el conocimiento de diversas estrategias para tener un manejo adecuado de la información que se maneja en dicha actividad, en forma directa hay que establecer que las funciones del psicólogo son diversas y complejas.

En resumen la historia de la psicología clínica es muy amplia, podemos resaltar tres etapas básicas o generales de su proceso de formación hasta la actualidad, destacando en primer lugar una etapa primitiva en la que resaltan explicaciones de la relación entre el ser humano y el medio ambiente en donde lo místico o lo mágico tienen relevancia en ese momento, estas concepciones ideológicas proporcionan una ilustración del por qué el hombre es como es y por qué ocurren en la naturaleza cambios. La etapa renacentista, en la que existe la inquietud por identificar el desarrollo del hombre en diversos aspectos y surgen varias formas de registrar lo que se observa y dar cuenta de lo observado. Según el desarrollo histórico-social, se pasa una etapa de Guerras Mundiales en la que surgen técnicas y lineamientos filosóficos más estructurados que intentan dar

explicación a las problemáticas y dudas del ser humano en relación al medio y a sí mismo.

Este devenir histórico proporciona elementos para estructurar el campo de la psicología clínica, encontrando que se define de distintas formas, la mayoría de ellas no son excluyentes, por el contrario se pueden complementar de tal modo que se genera una definición integral que considera la investigación, diagnóstico y tratamiento en forma funcional para el paciente. –derivado de esta definición es posible diferenciar varios campos de trabajo del psicólogo clínico: educativo, social, organizacional y comunal, así como el industrial y experimental.

Además de los campos de acción del psicólogo clínico, apreciamos las funciones que desarrolla en cada uno de ellos, las más destacadas son: psicoterapia, evaluación, supervisión, enseñanza e investigación, todas estas actividades las realiza en cualquier campo de trabajo, es de sumo interés resaltar en este momento la actividad terapéutica, como una actividad que seguiremos de cerca para analizar en qué consiste y el papel del psicólogo en dicha actividad, siendo esta actividad con la que con mayor frecuencia se le relaciona, para fines del presente trabajo este análisis servirá de base para visualizar condiciones en las que el psicólogo puede ser propenso a un padecimiento.

## **Capítulo 2. La terapia: actividad psicológica como actividad predominante del psicólogo clínico.**

La terapia es una actividad primordial en el trabajo del psicólogo clínico, sin embargo existen diversas formas de abordar el trabajo terapéutico, las diferencias que existen entre un procedimiento y otro son originadas de acuerdo a los diversos lineamientos teóricos metodológicos que dan forma a la psicología clínica. Como se señaló en el Capítulo 1, la psicología está influenciada por varias filosofías, que aportan explicaciones sobre incógnitas relacionadas con el ser humano y su relación con el medio; en este sentido, en el origen y descripción de la terapia clínica encontramos diversas explicaciones que aportan sentido y forma a la terapia, consideraremos tres de ellas: Psicoanálisis, Movimiento existencial humanista y Conductismo con su derivación Cognitivo Conductual, resaltándolas como las de mayor impacto teórico.

### **2.1 Definición de la terapia.**

Se puede considerar la labor de la terapia como una de las principales funciones del psicólogo; al respecto, Kendall y Norton (1988) afirman que la terapia ayuda a los clientes a definir y superar problemas personales, describen que el proceso terapéutico no es sólo el hecho de aplicar conocimientos, es algo que comienza desde la entrevista, en donde la principal característica del terapeuta es escuchar, posteriormente establecer rapport (donde se promueve la empatía y respeto por el caso del cliente), todo esto puede entrar dentro de la evaluación, aunque se puede apoyar de otros recursos técnicos (inventarios, cuestionarios, entrevistas, etc.) el trabajo continúa con la formulación de objetivos para la intervención, la cual lleva un seguimiento, es necesario que exista una conclusión, donde se explican los avances y cambios dentro del proceso.

Goldstein y Krasner (1991, pág. 68) señalan que: "la psicoterapia es en esencia una experiencia de volver a aprender (re-aprendizaje). Las lecciones pueden variar enormemente, dependiendo de los estilos de aprendizaje del

cliente, su experiencia, y lo que se necesite que aprenda. Sin embargo, todas las psicoterapias se centran en el aprendizaje de conductas y actitudes nuevas". Complementa Kazdin (1978, en Goldstein y Krasner, 1991, pág. 81) que la terapia consiste "en cualquier aplicación de las técnicas psicológicas por un clínico con el fin de efectuar cambios de conducta o de personalidad deseados".

Harrsch (1993, pág. 20) establece que la psicoterapia es: " el proceso a través del cual la persona, el grupo, la familia se hace capaz de enfrentar conscientemente los problemas, independientemente del sufrimiento que esto implique, sin necesidad de recurrir a mecanismos como la negación o la represión, los cuales son mecanismos de evitación o escape".

Es posible que existan otras definiciones de terapia, y que cada una apunte hacia los objetivos que el psicólogo debe de realizar en la interacción con el cliente, así que podemos destacar que dentro de la terapia se busca que el cliente reflexione, genere cambios a nivel de conducta y pensamiento, para que de este modo pueda cambiar el medio que le rodea y superar los conflictos que presenta.

## **2.2 La terapia desde diversos modelos teóricos.**

La estructura terapéutica está intrínsecamente relacionada con diferentes posturas paradigmáticas sobre la conducta social o el comportamiento humano, Madrid (2005) señala que estos paradigmas son diversos, pero se engloban en tres categorías: los que se refieren a la agresividad innata, poniendo de ejemplo ideas como las de Darwin o Freud quienes promueven la idea de que el hombre se comporta como tal debido a algo innato; el ambientalismo, el cual plantea que el comportamiento está modelado por el medio ambiente, ejemplo de esta línea es el conductismo; por último el modelo psicosocial humanista, dicha teoría integra las características de los modelos anteriores, reconoce ambas modalidades pero con distintos niveles.

Por otro lado Martorell (1996) plantea dos de los modelos que influyen directamente sobre la psicología clínica y principalmente sobre la terapia, estos dos modelos en común abordan el aprendizaje y retoman en menor o mayor medida aspectos cognitivos o conductuales, se hace referencia al conductismo y el movimiento humanista existencial. De este modo encontramos por lo menos tres lineamientos teóricos que examinaremos con la intención de distinguir lo que implica la terapia desde cada modelo y entender la diversidad de procedimientos terapéuticos que actualmente se practican.

### **2.2.1 Enfoque Psicoanalista.**

#### **Orígenes.**

El desarrollo del psicoanálisis es muy extenso, aunque se distingue por ser un conocimiento desarrollado por Sigmund Freud, se denota así ya que fue él quien retomó algunos conocimientos que ya se habían postulado, pero que en su época nadie consideraba, Harrsch (1993, pág. 74) señala que "la tradición filosófica del psicoanálisis proviene del desarrollo de la psicología de la actividad, desde Leibnitz y Herbart hasta Bretano y Ward... el hedonismo fue una tradición que el psicoanálisis heredó, esta es una doctrina asociacionista del siglo XIX que viene en la línea de Homes, Lock, Hartley, los Mill y Spencer".

Lo cierto es que el psicoanálisis generó gran impacto al desarrollo de una teoría de la personalidad, destacando como una de las principales aportaciones a la psicología, otras aportaciones significativas incluyen: la relación entre el terapeuta y paciente y el desarrollo de la psicoterapia. Mueller (1965), Harrsch (1993) y Phares y Trull (1999) coinciden en que es a partir de 1900 con la publicación de la Interpretación de los sueños, cuando Freud logra poner de manifiesto que el inconsciente juega un papel importante en el psiquismo humano.

Entender lo que ocurre antes y después de la publicación de la interpretación de los sueños es, en resumen, el origen del psicoanálisis; Phares y Trull (1999) y Marx y Hillix (1997) coinciden en que Freud como médico se preocupaba por la

cura de sus pacientes, en el estudio de la histeria surge la oportunidad de conocer a Charcot quien con la hipnosis estaba obteniendo grandes resultados, esto llamo la atención de Freud y en la práctica se dio cuenta de procesos psíquicos que los pacientes enfrentan como: la resistencia, que después es considerada incluso como una técnica, y de métodos que le ayudan a dejar de lado la hipnosis y centrarse en elementos del discurso del paciente como la asociación libre; todo con la finalidad de hacer consciente lo inconsciente y de este modo llegar a la cura.

### **Postulados.**

Phares y Trull (1999) señalan que dentro de los principales postulados del psicoanálisis se encuentran: 1) todo lo que hacemos tiene significado y propósito y se dirige hacia una meta, lo que implica que el psicoanalista utilice una gran cantidad de datos en la búsqueda de las raíces de la conducta y los problemas del paciente; 2) asumió la existencia de la motivación inconsciente, es decir, que las personas actúan, en ocasiones sin tener consciencia de por qué hacen las cosas; 3) las causas importantes de la conducta trastornada residen en el inconsciente, de ahí surge la meta de hacer consciente lo inconsciente, Harrsch (1993, pág. 74) agrega que: " en 1900 se postula que los sueños son expresión dinámica de deseos, de fuerzas instintivas, sobre todo sexuales y agresivas, que aunque reprimidas emergen a la consciencia".

La personalidad, como la concebía Freud, se basaba en las tendencias infantiles, las cuales se convertían en rasgos permanentes de carácter en la edad adulta. Postuló la energía de la libido o energía erótica en base en zonas determinadas del cuerpo; destacó que existen cuatro etapas psicosexuales del desarrollo: oral, anal, fálica y genital; en cada etapa la libido se satisface o se frustra, dependiendo de cómo se viva ese proceso se dan eventos como la inhibición o la fijación de la libido, esto es atribuido a la satisfacción o frustración excesiva en cada una de las etapas (Harrsch, 1993).

Mueller (1965, pág. 38) destaca que: "el inconsciente no es sólo el receptáculo de recuerdos olvidados, y vergonzosos, reprimidos por el yo..., sino sobre todo un núcleo activo de deseos y tendencias vivos, en lucha constante con fuerzas que tienden a mantenerlos a distancia".

### **Técnicas psicoanalíticas dentro de la terapia.**

Santolaya (2006) plantea que existen diversos tipos de intervención que van de acuerdo al marco teórico que lo sustente, respecto al psicoanálisis distingue el Tratamiento psicoanalítico convencional, Psicoterapia psicoanalítica de expresión (media y larga duración), Psicoterapia psicoanalítica breve y/o focal, Psicoterapia psicoanalítica de apoyo y Psicoterapia dinámica.

Phares y Trull (1999) describen diversas técnicas empleadas bajo un marco psicoanalista como: Psicopatología de la vida cotidiana, la cual implica la observación de los errores que las personas cometen en el estado de vigilia (consciente), errores como el desliz del habla, una cita olvidada, pueden ser cosas muy variadas que a la luz del análisis generan una hipótesis de lo que el paciente reprime; Resistencia, entendida como la renuencia de los pacientes para abandonar conductas que les generan ansiedad, pero que no dejan de hacer; Transferencia, en ésta se presentan sentimientos positivos como negativos, ocurre cuando el paciente reacciona con el terapeuta como si éste representara alguna figura importante de la infancia, por ejemplo, que el paciente se comporte con el terapeuta como si éste fuera su padre.

Mueller (1965), Harrsch (1993) y Phares y Trull (1999) coinciden en que las técnicas más relevantes del psicoanálisis son la asociación libre; que consiste en dejar hablar al paciente sobre lo que desee, e ir asociando ideas como van surgiendo sin tener censura de ello, por otro lado la interpretación de los sueños, que implica la interpretación de los símbolos que se presentan en el sueño de las personas intentando descifrar los mensajes inconscientes.

El movimiento psicoanalista resulta de gran importancia para entender el origen de la psicología clínica, ya que es una filosofía que apuesta a que dentro del desarrollo del ser humano existen acontecimientos que promueven la adquisición de significados que son fundamentales para la vida del individuo, por lo que conocer estos elementos ayuda a comprender el comportamiento. Este marco teórico aporta una gran variedad de material literario que hace referencia a la forma en que el ser humano construye su personalidad, las etapas que el individuo debe transitar dentro de su desarrollo, la consistencia de cada una de ellas y la implicación conductual y significativa que se origina de no ser así.

Por otro lado, el psicoanálisis resulta de gran relevancia no sólo por la explicación que da sobre el desarrollo del ser humano, sino por aportar diferentes características que se ponen en juego cuando el terapeuta entra en contacto con el paciente, es decir, describe algunos procesos que se desencadenan, el papel que cada personaje puede jugar y las consecuencias de cada papel, de este modo, el psicoanálisis aporta diferentes lineamientos que posteriormente son retomados por diversas líneas teóricas que siguen la misma base metodológica, para poder llevar a cabo de modo efectivo el proceso terapéutico.

Por último, es relevante destacar que siendo una de las teorías pioneras en proporcionar explicación sobre la personalidad del ser humano, a partir de esta explicación surgen nuevas líneas de investigación que la complementan, o por el contrario surgen nuevas líneas que se contraponen, dando como resultado nuevas metodologías teóricas, que al igual que el psicoanálisis, brindan aportaciones teóricas, metodológicas y técnicas para trabajar con las cogniciones del ser humano o con su comportamiento.

### **2.2.2 Enfoque Humanista-Existencial.**

#### **Orígenes.**

Los inicios de la postura Humanista, tienen origen a raíz de oponerse a ideas como el atomismo, asociacionismo y reduccionismo de otras propuestas teóricas

explicando el comportamiento humano; Harrsch (1993), Marx y Hillix (1997), Martínez (2004) coinciden en que a partir de los trabajos de Max Wertheimer sobre el movimiento aparente -publicado en 1912- se marca el nacimiento de la psicología Gestaltista.

En realidad ya habían existido algunos escritos que hacen referencia a algunos de los postulados de la teoría, como el principio de forma que según Martínez (2004, pág.97), al revisar algunos escritos de Aristóteles, encontró que este personaje combinó forma y causa "de tal manera que surgió el concepto de *causa formal*, que en toda explicación constituiría la base del principio de razón suficiente". Harrsch (1993) señala que Gestalt significa "Forma" destacando que se caracteriza por ocuparse de los procesos mentales y conductuales como un todo.

Harrsch (1993) describe que la Gestalt tiene herencias y aportaciones tanto de la filosofía como de la fisiología, destacando que por parte de la filosofía hereda la fenomenología de Edmund Husserl (1859-1938), quien fue discípulo de Brentano y maestro de Kofka, en cambio por parte de la fisiología a través de Wertheimer, protestando contra la tendencia de admitir contenidos sensoriales como datos de experiencia; Martínez (2004, pág. 97) menciona que "la fenomenología es el estudio de los fenómenos tal y como son experimentados, vividos y percibidos por el hombre."

Por otro lado Marx y Hillix (1997) mencionan que Abraham Maslow fue el responsable de que los intereses de la psicología se volcaran sobre otra fuerza, al menos así pasó en Estados Unidos, destacando el papel de Maslow como aquel que sirviera de puente entre la psicología conductual y la nueva psicología humanista. Este personaje derivó sus ideas del estudio de individuos superiores, a fin de formar sus concepciones sobre las potencialidades humanas, destacó que teorías anteriores hicieron sus postulados mediante el estudio de personas débiles, así que descartó en sus estudios a neuróticos y psicóticos.

La psicología de la Gestalt surge como alternativa a toda una gama de postulados que se basan en la parte ambiental o determinista, argumentando que la conducta o el comportamiento del ser humano es de una o de otra manera debido a factores externos al ser humano, que tiene en su ambiente o que internaliza de manera inconsciente, al respecto éste movimiento postula diferentes aspectos y visualiza al ser humano como agente activo de su propio destino.

### **Postulados.**

Dentro de los postulados podemos encontrar gran variedad, desde los que obedecen a la Gestalt, o aquellos que caracterizan el trabajo humanista de Maslow y Rogers. Harrsch (1993) y Marx y Hillix (1997) concuerdan en que el principal postulado define que el todo es más que la suma de las partes, Marx y Hillix (1997, pág. 224) profundizan en que: "1 ) el todo domina las partes y constituye la realidad primaria, el dato primario de la psicología, la unidad más provechosa para el análisis; 2) el todo no es la suma, ni el producto, ni la simple función de sus partes, si no un campo cuyo carácter depende principalmente de sí mismo".

Martorell (1996) afirma que la concepción del ser humano desde este modelo implica: 1) reconocer que el ser humano es superior a la suma de sus partes (sentido, pensamiento y acción); 2) la conducta humana es intencional, el hombre está en busca de algo no sólo lo material, sino la libertad o dignidad; 3) la existencia humana se realiza en un contexto interpersonal, es decir, se necesita de otro para sustentar la existencia de uno mismo; 4) el hombre es autónomo, tiene la capacidad de elegir; 5) el hombre tiende a la autorrealización, puede crecer, mejorar; 6) por último, el hombre es experiencia, ese es un elemento interior y representa su personalidad.

El método fenomenológico se ajusta al desarrollo de la teoría Gestalt, ya que plantea que la realidad, con una naturaleza y estructura peculiar, sólo puede ser

captada desde el marco de referencia interno del sujeto que la vive y experimenta, la realidad depende del modo en que es vivida y percibida por el sujeto (Martínez, 2004). Además, la teoría de la Gestalt tiene otros principios, Marx y Hillix (1997) describen los siguientes:

Referente al isomorfismo Köhler (1997, en Marx y Hillix, 1997, pág. 214) afirma que "el orden que experimentamos en el espacio es siempre estructuralmente idéntico al orden funcional en la distribución de los procesos cerebrales subyacentes", lo que quiere decir que un mapa y un país no son lo mismo, pero sus estructuras son idénticas, así que podemos leer las características del país en el mapa y viceversa.

Innatismo-empirismo: se refiere a retomar las experiencias pasadas como relevantes para explicar lo que ocurre en el presente con el individuo, haciendo responsable a los acontecimientos pasados sobre el ahora; al respecto, la postura que tiene la Gestalt, es que el pasado influye pero no determina, destacando que el individuo tiene capacidad para elegir su aquí y ahora, Marx y Hillix (1997, pág. 216) afirman que: "las variables históricas no determinan por completo las respuestas perceptuales".

Wertheimer (1923, en Marx y Hillix, 1997) formula los principios de organización, los cuales se refieren a: Proximidad, Similitud, Dirección, Disposición Objetiva, Destino común y Pregnancia, las cuales se refieren a la forma en que percibimos las cosas, siendo que algunas de ellas por regla estricta o física se perciben otras.

Referente a la psicología Humanista de Maslow y Rogers, existen diversos postulados sobre la Terapia Centrada en el Cliente. Maslow define que los seres humanos tienen una jerarquía de necesidades como fisiológicas, seguridad, amor, pertenencia, estima y autorrealización; afirma que no se pasa a las necesidades superiores hasta que no se han satisfecho las inferiores (Marx y Hillix, 1997).

Phares y Trull (1999, pág. 354) mencionan que algo importante en la psicología de Rogers es que "los individuos existen dentro de un mundo de experiencia en el cual ellos son el centro. La persona es la única que puede saber acerca de esta experiencia", además que "la conducta es un conjunto de intentos dirigidos hacia metas, con el fin de satisfacer las necesidades que experimenta"(pág. 355). Dentro de la visión de Maslow prevalece el hecho de considerar al individuo dotado de propiedades que puede explotar para poder sentirse satisfecho, no visualizan al sujeto como enfermo o condenado, de ahí que el objetivo de su terapia es la liberación de una capacidad ya existente.

### **Ejercicios terapéuticos.**

Santolaya (2006) destaca que bajo la corriente teórica Humanista-Existencial destacan ejercicios como: métodos de terapia centrada en el cliente, técnicas de Psicoterapia experiencial, técnicas de Terapia bioenergética y Psicodrama.

Por otro lado referente a la fenomenología y existenciales existen ejercicios de Psicoterapia gestáltica, ejercicios de Análisis transaccional, ejercicios de Análisis existencial, ejercicios de Terapia existencial y logoterapia.

Phares y Trull (1999) describen algunos de ellos, mencionando sobre la Terapia centrada en la persona que en ella se permite a los pacientes la libertad de ejercer su propia voluntad y dominar al terapeuta en el sentido de tomar responsabilidad de su proceso terapéutico, todo basado en la creencia de que nadie tiene el derecho de controlar la vida de otra persona.

La terapia fenomenológica afirma que la conducta está determinada, en su totalidad, por el campo fenomenológico de la persona, lo que significa comprender cómo es el mundo para ella, define que la autoestima se vuelve el origen de la conducta.

Phares y Trull (1999) afirman que la Terapia Existencial, considera que las personas participan en la búsqueda de un significado, éste puede estar sujeto al pasado o al futuro y tener consecuencias negativas en ambos casos, lo que se persigue es ayudar al individuo a alcanzar un punto en el que pueda ejercer de manera responsable la conciencia y la toma de decisiones, en ocasiones se cuestiona al paciente confrontándolo con la realidad y se instiga a que tome decisiones. Martorell (1996, pág. 74) complementa que la terapia existencial está basada sobre la idea de Jean Paul Sartre quien plantea que “el hombre no puede esperar encontrar sentido en el mundo exterior, sino sólo en sus propios actos dirigidos”.

La Logoterapia, implica un procedimiento en el que se promueve que el cliente encuentre un significado entre lo que parece perdido, no es una técnica que promueva el reemplazo, más bien en ella se fomenta que el cliente tiene un sentido de responsabilidad y de cierto modo tiene la obligación hacia la vida, en esta terapia se conocen dos técnicas como la intención paradójica, en la que se pide al cliente que haga de manera conciente alguna actividad que precisamente tiene dificultad, integrando programaciones verbales para que lo realice; la desreflexión, implica el ignorar una conducta o síntoma molesto cambiándolo por una actividad o reflexión más constructiva (Phares y Trull, 1999).

La psicología humanista existencial se distingue por ser una línea que surge al no seguir los lineamientos de posturas ambientalistas e innatistas como el psicoanálisis y el conductismo, que posteriormente se describen, lo que origina desarrollar procedimientos que rescaten la visualización del ser humano como agente activo de su propio desarrollo, son diversas las aportaciones que surgen al respecto, de hecho la diversidad de autores que se incluyen en esta línea plantean postulados diversos, que de modo general retoman el desarrollo del ser humano y sus características para poder explicar por qué el individuo se comporta y cómo lo hace y qué hay que hacer para mejorar ese comportamiento.

### **2.2.3 Conductismo**

#### **Orígenes.**

El conductismo es una de las corrientes teóricas que han generado mayor impacto y aportaciones a la psicología, Harrsch (1993), Marx y Hillix (1997) y Mueller (1965) coinciden en que Watson surge como fundador del conductismo, al escribir *La psicología como la ve el conductista* en 1913, destacando que previamente se habían dado a conocer trabajos en los que resaltaba el objetivo de hacer de la psicología un conocimiento objetivo y científico.

Son diversas influencias filosóficas y técnicas las que conforman el conductismo, Harrsch (1993) plantea que el enfoque evolucionista de Darwin contribuye de manera importante para que se desarrolle la psicología animal; Marx y Hillix (1997) destacan tres tendencias principales de las que surgió el conductismo: la primera el objetivismo psicológico, la segunda la psicología animal, con trabajos como los de Pavlov, Sechenov y otros, y la tercera, el funcionalismo.

Kazdin (1983, pág. 51) menciona que "el enfoque mecanicista y materialista de las ciencias biológicas del siglo XIX, junto con el éxito de los métodos objetivos en el desarrollo de los fundamentos del conocimiento, funcionó como impulsor del objetivismo en la psicología", describe que el conductismo tiene la influencia de la reflexología rusa, representada por Iván. M. Sechenov, quien sostenía que los reflejos complejos que daban cuenta de la conducta se adquirían a través del aprendizaje, y éste consistía en la asociación de estímulos.

De la misma línea rusa, Iván P. Pavlov, de los más destacados dentro de la literatura del condicionamiento clásico, debido a que su investigación lo condujo al estudio de los reflejos condicionados, cimentando los términos en que se originan estos reflejos y las variantes que pueden existir. Por último, Vladimir M. Bechterev, quien focalizó su trabajo a las respuestas reflejas de los músculos estirados, este personaje pensaba que los hábitos complejos implicaban una serie de reflejos

motores, por ello estaba convencido de que los problemas de la psicología podían analizarse mediante los reflejos (Kazdin, 1983).

Mueller (1965) destaca que el behaviorismo de Watson representa una audaz propuesta de convertir a la psicología en ciencia, Harrsch (1993) señala que el objetivo fundamental del conductismo es el estudio de la conducta en términos de estímulo-respuesta. Marx y Hillix (1997) distinguen que la posición de Watson radica en dos posturas, una positiva y una negativa, en la primera propone una psicología completamente objetiva, en la segunda se señalan los ataques a los conceptos mentalistas, donde crítica las ideas de Titchner, deploraba la influencia de la metafísica en la psicología por lo que negaba la mente.

Caballo, Aparicio y Catena (1995, pág.85) destacan que el objetivo de la psicología en aquel entonces era "aprender más sobre lo que sucede en la mente por medio del análisis de los elementos que construyen su contenido", Wundt construye con este objetivo el laboratorio de psicología en Leipzig en 1879; eran estas ideas las que criticó con fuerza Watson argumentando que la conciencia es estéril, ya sea como medio o como explicación, por lo que se puede reducir a procesos fisiológicos.

En el interés por desarrollar la ciencia de la psicología, surgen investigaciones sobre la conducta, éstas, además de crear las bases sobre el conductismo, plantean características distintas, por lo que se pueden clasificar como condicionamiento clásico y operante, las cuales son descritas a continuación.

### **A) Condicionamiento clásico.**

Se mencionó anteriormente que Pavlov es uno de los personajes que con sus estudios aporta al desarrollo del conductismo, Caballo, Aparicio y Catena (1995, pág.86) describen al condicionamiento clásico explicando que éste tiene lugar "cuando un organismo responde a un nuevo acontecimiento sobre la base de una historia de asociación, con un estímulo biológicamente importante... este proceso es conocido como reflejo."

Son diversas las variables que se involucran en el proceso de reflejo, es decir, lograr que un estímulo evoque una conducta que en un inicio no se tenía, aunque de modo general son cuatro factores los que se ponen en juego, en primer lugar el estímulo incondicionado (EI), es cualquier acontecimiento biológicamente importante, la respuesta incondicionada (RI) es la respuesta automática que sigue de EI en condiciones naturales, el estímulo condicionado (EC), es un estímulo neutro que posteriormente adquiere la capacidad de evocar la misma respuesta de EI, finalmente la respuesta condicionada (RC) la cual es la conducta aprendida mediante la constante asociación de EI con EC (Caballo, Aparicio y Catena 1995).

Marx y Hillix (1997) señalan que el condicionamiento clásico surge a partir de la teoría evolucionista de Darwin, la cual causo un impacto considerable en los intelectuales ingleses y al mismo tiempo enfrentó fuerte oposición, debido a que una de las tesis de Darwin era que las emociones entendidas como conducta, eran el resultado de la herencia de conductas que en algún momento fueron útiles a los animales.

El condicionamiento clásico es en resumen el resultado accidental sobre el estudio de los jugos gástricos en los perros, mediante el cual se pone de manifiesto que existen diversos aspectos en el ambiente que se pueden asociar para lograr un aprendizaje, como lograr que un perro salive sin la presencia directa de comida, esta situación sugiere que los estilos de comportamiento del ser humano no son simples herencias, son más bien aprendizajes complejos, esta concepción se modificaría posteriormente al desarrollar nuevos elementos en el paradigma.

## **B) Condicionamiento Operante.**

El desarrollo de la teoría conductista es tan amplio que de él pueden surgir diversas líneas de conocimiento, el condicionamiento operante es una forma de aprendizaje en la que se juegan otras variables, como se comentó anteriormente, Watson postuló que la conducta ocurre en términos de estímulo-respuesta,

Kazdin (1996) destaca que el condicionamiento operante describe la relación entre la conducta y los eventos ambientales (antecedentes y consecuentes), esta relación tiene tres componentes Antecedentes (A)-Antecedent-, conductas (B) - Behavior - y Consecuencias (C) -Consequent events-, por lo que su modelo explicativo cambia a E-R-E.

De los autores representativos de este paradigma son Thorndike, quien se interesó por el aprendizaje de nuevas conductas, más que por la asociación de reflejos, Kazdin (1996) describe un experimento de Thorndike donde un gato hambriento colocado en una caja escapaba al colocar una palanca y al hacerlo obtenía un trozo de comida colocado afuera, al repetir varios ensayos el tiempo de escape disminuía, estos resultados fueron graficados y surgió la denominada *curva de aprendizaje*.

Caballo, Aparicio y Catena (1995) afirman que Thorndike formuló un principio importante, *la ley del efecto*, es decir, la relación entre estímulo-respuesta que es seguida por consecuencias que satisfacen al organismo, fortaleciendo la primer relación, si no se satisfacen o las consecuencias son aversivas la relación se debilitará. Skinner denominó a este proceso conducta operante, "se refiere a las operaciones (observables) que la conducta sigue para obtener el refuerzo" (Caballo, Aparicio y Catena, 1995, pág. 97); por otro lado Kazdin (1996) agrega que las conductas operantes se fortalecen o debilitan dependiendo de los eventos que las siguen, menciona que la mayoría de las conductas que presentamos a lo largo del día son operantes, no todas obedecen a estímulos evocadores.

Skinner es uno de los personajes de mayor relevancia dentro del condicionamiento operante debido a sus aportaciones teóricas como: el papel del reforzador y los tipos de reforzador que existen, la generalización y discriminación, entre otros; además destaca por la concepción que aporta sobre la psicoterapia, Martorell (1996, pág. 62) menciona que "Skinner considera que la psicoterapia es una importante fuente de control en la vida de un buen número de personas...el

terapeuta es un agente de control con poder”. De modo complementario se puede destacar que el mismo Skinner (1948) intenta estudiar los procesos psicológicos que no se pueden observar directamente por medio del lenguaje, como el pensamiento, de este modo incluso se puede decir de pie a que nuevos paradigmas retomen sus aportaciones para desarrollar nuevas estrategias de intervención.

En resumen, la escuela psicológica del conductismo es una de las que proporcionan de forma enriquecedora y basta, aportaciones teórico prácticas sobre el aprendizaje humano, describiendo minuciosamente diferentes elementos ambientales que influyen en este proceso. Es un paradigma que logra llamar la atención de la comunidad científica de tal modo que la psicología se convierte en candidata a disciplina científica.

Tanto las aportaciones del conductismo como las condiciones histórico – sociales, propician el desarrollo de técnicas en diferentes rubros (evaluación, intervención, diagnóstico) las cuales llevan un registro cuantitativo sobre un tema en particular, como las pruebas psicométricas, su aplicación en conjunto con la observación dan origen a postulados y técnicas específicas de intervención que dan forma al paradigma conductista.

De modo complementario, el conductismo sienta las bases que posteriormente serán retomadas e integradas con líneas de conocimiento que abordan los aspectos cognitivos, de tal modo que se conserva la aplicación de los planteamientos y técnicas conductuales, surgiendo así el movimiento Cognitivo – Conductual.

### **Técnicas terapéuticas.**

Las técnicas terapéuticas que el enfoque conductual aporta a la psicología son diversas, dichas técnicas serán descritas a continuación según su base teórica, hay que recordar que en esta línea teórica prevalecen los modelos de

Condicionamiento Clásico y Operante. Las técnicas que arroja el condicionamiento clásico son diversas entre las más destacadas encontramos los factores de condicionamiento, el pseudocondicionamiento, la recuperación espontánea y la generalización del estímulo (Caballo, Aparicio y Catena, 1995) las cuales son descritas a continuación.

La adquisición de una respuesta mediante el proceso de condicionamiento clásico varía de acuerdo a la intensidad de los estímulos que se ponen en juego dentro del proceso y principalmente a la relación temporal entre los estímulos, es decir, el tiempo o intervalo del inicio de un estímulo hasta el comienzo de otro, de acuerdo a esta variación encontramos condicionamiento tipo Huella, Demorado, Simultáneo entre otros (Caballo, Aparicio y Catena, 1995).

El *seudocondicionamiento*: se refiere a que la presentación aislada de un Estímulo incondicionado puede provocar la respuesta condicionada a pesar de que nunca se hayan emparejado el Estímulo Incondicionado con el Estímulo Condicionado.

La *recuperación espontánea* hace referencia a que una respuesta condicionada después de atravesar un proceso de extinción o descanso puede volver a ser evocada por un estímulo condicionado, únicamente la respuesta condicionada disminuye en su intensidad.

*Generalización del estímulo* es un procedimiento en el que un estímulo condicionado cuando ya se ha emparejado con una respuesta y se ha conseguido el condicionamiento, otros estímulos incondicionados similares al que se emparejo pueden emitir la respuesta condicionada, el procedimiento contrario buscaría que de una gama de estímulos incondicionados similares el organismo responda a uno en específico, a lo que se le denomina *discriminación del estímulo* (Caballo, Aparicio y Catena, 1995).

Por otro lado las técnicas basadas en el condicionamiento operante hacen referencia a *Reforzamiento*: el reforzamiento es contingente a una conducta, aumenta la probabilidad o frecuencia de que ésta aparezca, existen dos clases de reforzamiento (positivo ó negativo) independientemente del que se aplique el objetivo es aumentar la frecuencia de una conducta Kazdin (1996). Caballo, Aparicio y Catena (1995) señalan que existen diferentes tipos de reforzadores: primarios y secundarios; los primarios no necesitan una asociación o historia, por si solos tienen un efecto en el organismo (ejemplo: comida, bebida, sexo, dormir, etc.), mientras que los secundarios si necesitan de esa historia o conocimiento para determinar su funcionamiento (en este caso cualquier otra cosa puede ser reforzador secundario).

Los reforzadores pueden ser clasificados de modo más específico de la siguiente manera: *comestibles*, se refiere a alimentos que son agradables para una persona cuya conducta queremos reforzar; *tangibles*, son objetos de diversa índole que al igual que los alimentos favorecen la actividad reforzante; *intercambiables*, son reforzadores que pueden ser acumulados y obtener un reforzador tangible o de otro tipo; de *actividad*, se refiere a que alguna de las actividades que realiza la persona puede actuar como reforzador; por último los *reforzadores sociales*, este tipo de reforzadores hacen referencia a diferentes conductas realizadas por otras personas dentro de los contextos en los que participa la persona que se quiere modificar la conducta, estas conductas son agradables (ejemplo: elogios, felicitaciones, abrazos, etc.) (Caballo, Aparicio y Catena, 1995).

*Principio de Premack*: este tipo de procedimiento conductual hace referencia a que el individuo tiene la oportunidad de elegir entre varias respuestas, por lo que existen dos respuestas posibles, una de baja frecuencia y otra de alta frecuencia, la conducta de alta frecuencia se emplea como reforzante de la conducta de baja frecuencia, logrando que el individuo aumente conducta de frecuencia baja (Kazdin, 1996).

*Castigo*: es un procedimiento contrario al reforzamiento, apuntando a la disminución en la frecuencia de una conducta, se destaca por la presentación de un evento aversivo o el retiro de un evento positivo después de la conducta objetivo a decrementar. El término castigo bajo lineamientos cotidianos esta ligado a penalizaciones por ejecutar una acción, sin embargo es preciso que dicho estereotipo desvanezca debido a que no es requisito que un castigo genere dolor o fricción física (Kazdin, 1996).

Por ultimo encontramos procedimientos como la *Extinción*, dicho procedimiento hace referencia a que no se proporcione reforzamiento después de la conducta objetivo, de tal modo que esta conducta disminuya o desaparezca, la diferencia entre castigo y extinción es básicamente lo que ocurre después de la conducta, en el castigo hay un evento aversivo o retiro de evento positivo, en la extinción no ocurre nada (Kazdin, 1996). Por último, el *Modelamiento*, dicho procedimiento se emplea con frecuencia para que el individuo aprenda una nueva conducta, consiste en proporcionar paso a paso (aproximaciones sucesivas) los elementos de la conducta objetivo, cada paso se va reforzando (Caballo, Aparicio y Catena, 1995).

#### **2.2.4 Enfoque Cognitivo- Conductual**

##### **Orígenes.**

Como ya se menciona en el apartado anterior, el desarrollo del conductismo proporcionó bases importantes para explicar diferentes procesos de aprendizaje del ser humano, dicho conocimiento es retomado por los terapeutas cognitivo conductuales. Golfried (1995) y Feixas y Miro (1993) coinciden en que los terapeutas conductuales se dieron cuenta de que el condicionamiento no era suficiente para atender las demandas de la población, destacando que las variables cognitivas tienen un impacto en la evaluación e intervención dentro del proceso terapéutico.

Rodríguez (2002) y Dattilio y Padesky (1990) señalan que es en la década de los sesenta cuando las ideas cognitivas cobran auge, dicho movimiento plantea que las cogniciones, consideradas como creencias, ideas, sentimientos, pensamiento, etcétera; tienen un papel importante en la conducta de los individuos, considerando que en ocasiones son la causa de que alguna problemática conductual se mantenga. De modo complementario Martorell (1996, pág. 91) señala que “las terapias cognitivas no tienen un aglutinador único (un creador único o una escuela unificada) sino que se han desarrollado a partir de aportaciones de terapias independientes”

Debido a que son diversas las terapias cognitivas que surgieron, y cada una tiene características particulares Rodríguez (2002) plantea que éstas terapias pueden ser aglutinadas en las siguientes categorías: terapias racionales, es el caso de los procedimientos terapéuticos de Ellis y Beck; en segundo lugar los procedimientos que se dirigen a desarrollar habilidades de afrontamiento y manejo de situaciones, haciendo referencia a la inoculación del estrés de Meichenbaum y el manejo de ansiedad de Suinn, al respecto Martorell (1996) señala que esta clasificación se resume en las siguientes categorías: terapias orientadas a la reestructuración cognitiva, habilidades de afrontamiento y resolución de problemas.

La transición entre el modelo conductual al modelo cognitivo no fue tan repentina, Caballo, Aparicio y Catena (1995) señalan que algunos autores conductuales, llegaron a considerar las cuestiones cognitivas como conducta, que aunque las primeras no pueden ser observables, existen y están sujetas al análisis científico, estas ideas no sobresalieron en el modelo conductual sin embargo permitieron dar pie al desarrollo de un paradigma alternativo que no desconoce los resultados y postulados conductuales y agrega elementos que permiten hacer de esta intervención un trabajo funcional.

Diversos autores como Guthrie hicieron la labor de realizar trabajos de investigación sustentando que para la explicación de la conducta era sobresaliente la consideración de aspectos cognitivos. Guthrie (1959, en Kazdin, 1983, pág. 253) quien inicio su trabajo bajo el enfoque conductual pensó que “el estudio de los procesos de aprendizaje en los seres humanos requería una especificación de cómo percibía el sujeto los estímulos y el significado de dicha percepción”.

Por otro lado Tolman (1949, en Kazdin 1983) brinda por primera vez la explicación sobre las cogniciones, argumentando que los organismos desarrollan cogniciones sobre distintos estímulos, la formación de dichas cogniciones es la base del aprendizaje. Dicho planteamiento promueve plantear una cuestión, es cómo aprende o asimila el ser humano para llegar a comportarse de una o de otra manera.

### **Postulados.**

Dentro de esta perspectiva se da una característica particular, es el hecho de que al ser una propuesta conformada por propuestas individuales, resulta difícil conformar una lista de postulados que den estructura a este paradigma, Rodríguez (2002, pág. 77) destaca que “no existe aun una secuencia de principios coherentes que permitan delimitar lo que queda dentro y lo que queda fuera, de la terapia cognitivo conductual”.

Sin embargo, se han desarrollado intentos por describir los supuestos mediante los cuales esta línea teórica se va a regir, Kendall y Norton (1988) describen cuatro pretendidos: 1) el organismo responde a las representaciones cognoscitivas del medio, no al medio propiamente dicho; 2) estas representaciones están relacionadas con el aprendizaje; 3) la mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente; y por último, 4) los pensamientos, sentimientos y conductas son causalmente interactivos.

Resalta el hecho de que no se trata solamente plantear que las cogniciones son relevantes en la conducta de los seres humanos, sino que en realidad intervienen otros factores y diversos procesos, Bandura (1977) resalta que: “los factores cognitivos (mentales), conductuales y ambientales, especialmente aquellos relacionados con la interacción humana, trabajan juntos (interactúan entre si) para determinar la acción humana” (en Caballo, Aparicio y Catena, 1995, pág. 120). Sampson (1981, en Rodríguez, 2002, pág. 75) complementa que la conducta tiene una relación estrecha con el mundo subjetivo, “colocando en un lugar privilegiado a la experiencia interna y subjetiva del cliente”.

Meichenbaum (1988) destaca como principios básicos: 1) el aprendizaje humano está mediado cognitivamente; 2) los humanos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales, más que a las consecuencias ambientales (el individuo atiende selectivamente e interpreta los eventos), es decir, que la mayor parte de lo que aprendemos ocurre de acuerdo a un procedimiento en el que interactuamos con los demás y aprendemos de ellos por medio de ejemplos, lenguaje y experiencias, y los eventos que vivimos, los vivimos satisfactoriamente o insatisfactoriamente según nuestra percepción.

Por último, Kazdin (1983, pág. 258) menciona que: “los individuos categorizan sus experiencias de acuerdo a su propio sistema de constructos e interpretaciones, mediante ellos elaboran hipótesis para anticipar y controlar los acontecimientos de sus vidas, estas cogniciones explican la conducta de una persona”. Resulta importante conocer las expectativas y percepciones del individuo ya que éstas pueden resultar poco funcionales y originar un malestar psicológico o inadecuada interacción social.

### **Técnicas cognitivo-conductuales.**

Aunque el desarrollo de postulados en el enfoque cognitivo conductual está en continuo proceso de estructuración, lo que se puede decir en cuanto a las técnicas terapéuticas que se abordan desde este enfoque es muy basta, la mayoría de los

autores consideran como relevantes las aportaciones de Ellis y Beck, aunque existen diversos autores que brindan diversas aportaciones que abordan un problema psicológico particular.

Martorell (1996) indica que dentro del modelo cognitivo conductual existe un interés relevante por la técnica que se emplea para la resolución de un problema, Goldfried (1995) y Phares y Trull (1999) resaltan que en la actualidad, además de poner hincapié en la selección de técnicas, surge el interés de conocer la consistencia de la conducta dentro de la terapia, la relación terapeuta-cliente y las contribuciones de la teoría de sistemas, considerando relevante la idea de promover una intervención tomando en cuenta otros contextos de participación del individuo (familiar, marital, etc.) de tal modo que se genere un cambio y se mantenga.

Cada una de las técnicas que conforman el marco cognitivo conductual tienen bases en el trabajo que otras disciplinas han hecho, perfeccionando en algunos casos la aplicación de la técnica o por otro lado han retomado aspectos que otros modelos han descuidado, Kazdin (1983) menciona que las técnicas de modificación de conducta tuvieron un cambio de procedimiento al tomar auge las terapias cognitivas, el movimiento conductual no asimiló la consideración de variables cognitivas argumentando que no son cuantificables, esta limitación fue aprovechada por el enfoque cognitivo, eso permite dar pie a un nuevo sistema de intervención de aspectos conductuales.

Caballo, Aparicio y Catena (1995) resaltan el modelo de aprendizaje social de Bandura, el cual enfatiza la influencia de la gente sobre el papel de la cognición como reguladora del comportamiento humano, además señala que la gente aprende tanto por observación de los demás como por medio de la experiencia directa, este modelo consiste en el aprendizaje vicario o imitación de modelos, o como comúnmente se conoce como: *modelado*. De tal modo que el observador del modelo puede actuar con base a la información que éste le proporciona.

Dattilio y Padesky (1990) destacan que el terapeuta cognitivo conductual, con el hecho de trabajar con pensamientos, ideas y demás, realiza su ejercicio terapéutico en tres niveles: el primero denominado pensamientos “superficiales” o conocidos como pensamientos automáticos; en el segundo nivel trabaja con los “supuestos subyacentes” que están integrados por el sistema de creencias; por último se encuentra el nivel de las creencias e ideas irracionales.

Kazdin (1983) señala al menos 4 técnicas, resaltándolas como las más sobresalientes del enfoque cognitivo- conductual, en primer lugar la Terapia Racional Emotiva, posteriormente el Entrenamiento en Auto-instrucción, le sigue la Terapia Cognitiva, y por último la Solución de Problemas.

La Terapia Racional Emotiva de Ellis, es un proceso que consiste en un modelo A-B-C-D-E; donde A es un acontecimiento externo a la persona, B los pensamientos que la persona tiene al respecto de A, C son las emociones que surgen a raíz de B, D son las estrategias terapéuticas de modificar lo que ocurre en B, y por último E son las conductas nuevas que surgen a raíz de E. Este método intenta cambiar las autoverbalizaciones del cliente de modo que se conviertan en funciones y la conducta cambie Kazdin (1983). Meichenbaum (1988, pág. 333) describe el mismo modelo, agrega que “los pensamientos y sentimientos autoderrotistas ejercen un efecto adverso sobre la conducta”, destaca que el papel del terapeuta es identificar los pensamientos y eventos que perturban al paciente, posteriormente ayudar a identificar los pensamientos negativos que acompañan a dichos eventos perturbadores, por último alterar dichos pensamientos negativos.

*Entrenamiento en autoinstrucción:* esta técnica consiste en que el terapeuta entrena al paciente para que éste pueda afrontar diversas situaciones que le generan problema de modo eficaz, se logra mediante analizar la problemática del cliente, y desarrollar diversas verbalizaciones o instrucciones que pueden ir desde voz alta hasta comentarios personales de modo que el paciente sea quien regule su propia conducta en otros escenarios y mantenga control, esta técnica se sobrepone a la Terapia Racional Emotiva, aunque en ésta no se describen tanto

los pensamientos negativos, dicha técnica se basa en el poder de la sugestión en un estado conciente (Kazdin, 1983).

*Terapia Cognitiva de Beck*, dicha terapia persigue identificar y modificar las cogniciones desadaptativas, todo mediante tres pasos, en primer lugar el paciente identifica el tipo y frecuencia de sus pensamientos, se entrena a analizar dichos pensamientos y por ultimo se anima al cliente a modificar los pensamientos y tomar las riendas de su propio cambio. Beck (1976) considera que “la visualización que tienen los clientes de sus problemas es una interpretación lógica, esa lógica se puede fundamentar en suposiciones o premisas irracionales” (en Kazdin, 1983, pág. 266). Dattilio y Padesky (1990, pág. 19) destacan que “aunque la terapia se llama cognitiva en realidad se enfatiza la interacción entre cinco elementos: ambiente, biología, afecto, conducta y cognición”.

Para concluir encontramos la *Solución de Problemas*, esta técnica ha sido estudiada ampliamente en el comportamiento animal y humano, se deriva de trabajos como los de Thorndike, donde un animal puede aprender una forma de solucionar un problema y al estar en una situación igual su respuesta es más rápida. Dewey (1933, en Kazdin, 1983) planteó cinco pasos que integran una estrategia para solucionar problemas; 1) reconocimiento del problema, 2) definición o explicación del mismo, 3) planteamiento de soluciones posibles, 4) de entre ellas, selección de una solución óptima, 5) puesta en práctica de la solución. Esta técnica es considerada dentro de las terapias cognitivas, ya que se tienen la idea de que al entrenar al cliente a reaccionar ante ciertos problemas, puede modificar su pensamiento y conducta.

En resumen este capítulo distingue la importancia de la terapia como actividad significativa del psicólogo, ya que no solo es el resultado práctico de las aportaciones teóricas que conforman la psicología, es una actividad que en la medida de la práctica se va transformando de modo que surjan nuevos lineamientos que rijan esta actividad.

Se intenta presentar una definición de la terapia, que como tal es difícil sintetizar debido a las diferencias entre un estilo y otro, pero surgen factores importantes de análisis como resaltar que es un proceso en el que se puede re aprender, en este proceso puede existir la aplicación de técnicas específicas y diversos momentos se procura que los participantes enfrenten de manera consciente la problemática que los aqueja y conseguir cambios.

Debido a que la terapia es una actividad en la que muchos modelos teóricos han brindado aportaciones, se distinguen las bases que cada modelo plantea, en este sentido desde la perspectiva del Psicoanálisis se distingue a la terapia como un proceso de búsqueda, donde en un mundo de significado el paciente hace consciente aquello que le genera conflicto, para conseguir esto se requiere un profundo análisis sobre los aspectos significativos de la persona y se emplean diversos recursos como la interpretación de los sueños entre otras. El modelo psicoanalista es sumamente importante ya que sienta muchas bases sobre lo que implica una relación terapéutica.

Continuando con otro modelo se distingue el humanista – Existencial, el cual visualiza la actividad terapéutica como un medio para poder descubrir los factores que influyen en el comportamiento del ser humano, desde este modelo el ser humano no está determinado más bien su comportamiento se basa en relaciones y el cumplimiento de diversas necesidades, donde el individuo tienen capacidades y puede tomar la decisión de realizar lo que necesita para su realización o generar una insatisfacción. Los planteamientos de este modelo son importantes de acuerdo a su origen histórico ya que expresan una crítica sobre el determinismo con que era concebido el ser humano.

Siguiendo con las aportaciones teóricas sobre la actividad terapéutica encontramos al Conductismo, un movimiento muy característico dentro de la psicología por poner a dicha disciplina con un carácter de ciencia, este movimiento retoma fuertemente los aspectos ambientales en los que se desenvuelve el

individuo de modo tal que desarrolla múltiples técnicas para modificar la conducta, son varios los autores que trabajan sobre este esquema y que generan investigaciones al respecto, tan así que se considera este modelo como uno de los que brindan mayores aportaciones técnicas sobre la actividad terapéutica. En este enfoque se desarrollan dos vertientes, el condicionamiento clásico y el operante, conjugándose en cada una diversas variables que al ser estudiadas llegan a formular numerosas tesis sobre el comportamiento humano. Bajo esta perspectiva la actividad terapéutica adquiere varios recursos para la evaluación e intervención de diferentes problemas psicológicos.

Por último encontramos otro modelo sumamente representativo que brinda aportaciones a la terapia, es el enfoque Cognitivo – Conductual, el cual retoma bases importantes sobre el Conductismo pero no solo retoma el ambiente en el que se desarrolla el individuo, se considera importante ya que retoma variables subjetivas sobre la apreciación que tiene el paciente sobre la situación que vive, estas variables cognitivas ya habían tenido su repercusión en la historia de la psicología y solo se habían trabajado de manera aislada, este movimiento se distingue por retomar los aspectos relevantes sobre el ambiente y las cogniciones del paciente.

Son muchos los postulados que arroja este modelo en donde se manifiesta la importancia de las cogniciones y el medio ambiente y la interpretación que hace el individuo de ambas, siendo esta una relación recíproca y donde hay dos puntos de acción en la terapia, si hay cambios en uno el otro factor puede cambiar.

En sentido general son diversas las técnicas que cada modelo arroja, algunas estrategias son muy particulares y en otros casos son situaciones reflexivas, debido a ello el hablar sobre una actividad como la terapia implica todo un desarrollo para entender la diferencia que hay entre un estilo y otro.

## **Capítulo 3. El proceso terapéutico y el perfil del psicólogo clínico.**

### **3.1 Proceso terapéutico: consideraciones generales.**

Para hablar del proceso terapéutico es necesario recordar lo que implica la terapia desde diversos modelos teóricos, donde dependiendo de la base teórica que la sustente se puede llevar a la práctica de un modo particular, considerando que el proceso terapéutico se encuentra íntimamente ligado con la actividad terapéutica se puede suponer que se rige por la misma premisa, sin embargo, siendo el proceso terapéutico un concepto más general, se ve influido por los lineamientos teóricos de las diferentes escuelas psicológicas que existen y por un esquema práctico o general que le permite especificar pasos generales de los que consta el proceso.

Existen diferentes consideraciones de lo que es el proceso terapéutico, algunas de ellas resaltan la relación que existe entre terapeuta cliente, Madrid (2005) menciona que el proceso es sencillamente una relación interpersonal en la que se persigue ayudar y resolver un problema, por otro lado Ruíz y Cano (2006) resaltan que el proceso terapéutico se define porque se compone de tres etapas: 1) Primera etapa: conceptualización del proceso y la observación; 2) Segunda etapa: generar alternativas; 3) Tercera etapa: mantenimiento, generalización y prevención de recaídas. Aunque cada modelo focaliza su atención en perspectivas distintas no son excluyentes, de hecho el proceso tiene importancia ya que puede ser evaluado de las dos formas y cada una aporta resultados valiosos.

Además de cómo se visualiza el proceso terapéutico, se puede mencionar una breve reseña de su origen, lo cuál no es sencillo de establecer, sin embargo, Fontaine (1981) resalta que la actividad terapéutica tiene un origen histórico largísimo, hace referencia a que en tiempos remotos dicha actividad la realizaban personajes con un nivel social o status que les permitía resolver problemas, con el tiempo esta actividad la realizan personas capacitadas, las cuales desarrollan psicoterapias sofisticadas; de forma complementaria Harrsch (1993) señala que en

tiempos primitivos la función terapéutica la realiza el curandero, chamán o mago, este personaje cuenta con una categoría especial que la población le asigna.

De acuerdo al avance en el desarrollo histórico del hombre, es claro que las condiciones sociales cambian constantemente, esta característica es un elemento importante para entender que de acuerdo al surgimiento de necesidades surgen personajes reconocidos por otras fuentes como las instituciones, siendo el caso del psicólogo, quien cumple con la misma consigna terapéutica. Vázquez y Asencio (1992) destacan que el trabajo psicológico se ha transformado, dicho cambio obedece a que la psicología es considerada como ciencia, es así debido a que las condiciones sociales lo exigen, hay una demanda de tecnologías que responden a las problemáticas contemporáneas.

De modo general podemos recuperar el origen de la palabra terapia que proviene de la palabra griega *therapeutikos* que significa asistente o aquel que cuida al otro, dicha denominación nos permite rescatar una visión personal del proceso y considerarlo como una relación de ayuda, es un proceso que tiene etapas y en cada una de ellas existe una finalidad.

### **3.2 Características del proceso terapéutico.**

El proceso terapéutico tiene influencia de las diferentes escuelas psicológicas, las cuales le dan forma en gran parte, cada una aporta diferentes enfoques sobre el proceso terapéutico, se presentaran brevemente algunos puntos en los que coinciden la mayoría de las escuelas psicológicas, de modo que se resalten aspectos generales y se conozca la relevancia de cada uno. Frank (1988) señala que los modelos de psicoterapia pueden sentar por lógico que “la gente asiste a terapia porque se siente desmoralizada, en la mayoría de los casos con pérdida de autoestima, desesperanza, etcétera” (pág. 80), debido a ello hay 6 características que comparten los modelos más importantes de psicoterapia, dichas características son descritas a continuación:

- Se intenta reforzar la relación terapéutica, es decir, crear vínculos con el paciente, empatía y comunicación.
- Activar y mantener las expectativas de ayuda, donde el usuario crea una esperanza que lo motiva a mantenerse en el proceso.
- Ofrecer nuevas alternativas de aprendizaje, con lo cual se manifiesta y propone al usuario diversas formas de vivir.
- Activación de emociones, que implica no sólo la labor de mantener motivada a la persona sino de generar en ella la capacidad de auto-motivarse.
  - Aumentar la sensación de dominio y auto-eficacia.
  - Dar oportunidad para la práctica, las últimas dos implican el trabajo constante, ya que existe una mayor responsabilidad del usuario por hacer cambios.

Sin embargo, no son las únicas características que resaltan en el proceso terapéutico, podemos distinguir modalidades más, retomando el modelo de etapas propuesto por Ruíz y Cano (2006), quienes plantean que cada etapa tiene diferentes finalidades, primera etapa: consiste en entrenar al paciente a ser un mejor observador de su vida; en la segunda se busca ayudar al paciente a modificar pensamientos y acciones compatibles, es decir que no generen la situación problemática; la tercera etapa consiste en mantener los avances y generalizar el conocimiento aprendido a otras áreas de participación del paciente.

Este planteamiento propone un proceso con objetivos muy generales, de modo complementario Kendall y Norton (1988) destacan que el proceso terapéutico está constituido por diferentes pasos o fases, en cada una existe un objetivo a seguir por parte del terapeuta, este proceso inicia en ocasiones antes de conocer directamente a la persona o personas que se someterán a terapia. El proceso terapéutico puede ser visualizado de modo que el psicólogo, a través de la terapia, genera cambios y se convierte en agente activo junto con el paciente y de modo complementario realiza actividades de evaluación y diagnóstico, entre

otras; dicha gama de actividades son útiles al proceso en sí pero no son el proceso (Phares y Trull, 1999).

Kendall y Norton (1988) plantean que existen diversos pasos dentro del proceso terapéutico: a) Tener consideraciones previas del caso, se refiere a conocer datos generales de quien o quiénes se trabajará, de tal modo que se pueda llevar a cabo el siguiente paso; b) Rapport y contrato terapéutico, se refiere a la decisión del clínico de tomar el caso y establecer un contrato describiendo las responsabilidades del clínico y del cliente; c) Evaluación, orientada a recabar datos sobre el caso, dicha actividad se desarrolla durante todo el proceso terapéutico, puede estar apoyada de estrategias y técnicas como pruebas y reportes; d) Formulación de objetivos, enunciar comparaciones entre las observaciones o condiciones actuales y los resultados que se esperan; e) Intervención, destacando las reglas de cómo, cuándo y dónde intervenir así como otras cuestiones, dichos aspectos pueden variar de acuerdo al marco teórico que se retome para esta práctica; f) Terminación, determinar el momento en que el cliente puede resolver los problemas de manera autónoma.

La noción que estructuran Kendall y Norton (1988) coincide con la presentada por Frank (1988) aunque una se ajusta más a describir aspectos motivacionales o emociones sembradas en el usuario, lo interesante de estos planteamientos es conocer en qué consiste cada parte del proceso, el modelo de Kendall y Norton (1988) plantea como punto inicial las consideraciones del caso, donde el profesional en ocasiones puede conocer aspectos generales del caso (dependiendo de la situación laboral) ya sea por el mismo cliente o por lineamientos institucionales, por lo que se derivan dos aspectos, el primero, el profesional puede aceptar el caso o delegarlo, ya sea por cuestiones de trabajo o por que el caso necesite de un conocimiento específico para ser tratado, por ejemplo de un especialista en rehabilitación. El segundo aspecto es que el profesional puede evaluar si el cliente está en condiciones de recibir el servicio, es decir, en el caso de que se trabaje dentro de una institución donde el cliente puede

ser víctima de un delito y ello lo pone en circunstancias de poder recibir el servicio sin que lo haya planeado, esta situación le permite al cliente conocer las ventajas de someterse a un proceso y la necesidad de hacerlo.

Un segundo paso dentro del proceso es el establecimiento de Rapport, quizá una de las palabras de las que más se habla en el ámbito profesional y que en ocasiones se interpreta de forma superficial, incluso éste puede ser la base del proceso en sí, posteriormente se hablará de éste como característica o habilidad del psicólogo; Rogers (1957, en Kendall y Norton, 1988, pág. 494) establece que “para proporcionar una terapia efectiva, los clínicos deben comunicar comprensión, tensión y honradez a sus clientes”. El rapport representa más que entablar una relación y lo que el terapeuta proyecta de su persona, Fontaine (1981, pág. 161) describe que está ligado a la empatía, la cual implica “la voluntad de comprender las dificultades entre las que se debate su paciente a partir de los trastornos de conducta que éste muestra”.

En tercer lugar encontramos la evaluación, de acuerdo al Colegio Oficial de Psicólogos de España (Jurado, 2006 pág. 36) implica “la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas”. Este proceso de evaluación puede ser visualizado de diversas formas Phares y Trull (1999) indican que ésta es una actividad que se realiza al inicio del proceso terapéutico, dentro de él se pueden emplear técnicas de recolección de datos como entrevistas, test, cuestionarios, observaciones entre otras. Sin embargo, existe quien considera que la evaluación no es sólo un paso dentro del proceso terapéutico, es más bien una actividad constante durante todo el proceso, de acuerdo al momento del proceso y objetivos de éste se desarrolla de modo directo o indirecto, pero existe, ya que permite observar cambios (Muñoz, 1998).

La formulación de Objetivos es una actividad que no en muchos estilos de proceso terapéutico se desarrolla, es relevante considerarlo debido a que es útil

para el terapeuta y el cliente desarrollar objetivos dentro del proceso terapéutico, en un inicio el terapeuta lo hace por lineamientos de su profesión, esos objetivos los trasmite durante su relación terapéutica, el cliente los adquiere y persigue, el establecimiento de objetivos varia de acuerdo a los alcances que se intenten perseguir y la forma de hacer las cosas (Kendall y Norton, 1988).

Sobre la intervención se pueden decir muchísimas características, sin embargo, cabe resaltar lo que algunos autores opinan sobre esta parte del proceso, Santolaya (2006, pág. 36) menciona que la intervención es: “el tratamiento clínico sobre las personas con el objetivo de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos, emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales, entre otros”. Kendall y Norton (1988) destacan que no hay reglas claras y definitivas acerca de cuándo, dónde y con qué frecuencia se realice la terapia o actividad clínica mediante la cual se dé solución a los problemas o inquietudes del cliente.

Por último, se encuentra la etapa de terminación, en esta parte del proceso terapéutico se describe que una vez que el cliente ha atravesado un proceso en el que ha aprendido ciertas cosas y ha dejado de hacer otras y eso le ayuda a resolver las dificultades que lo condujeron a ayuda profesional, una vez que práctica y domina dicho conocimiento lo siguiente es terminar la relación terapéutica (Kendall y Norton, 1988). Sin embargo, ya que no todos los problemas que se trabajan dentro del proceso terapéutico son iguales, ni con las mismas implicaciones personales y grupales para el cliente, ni se solucionan igual, se promueve la idea de efectivamente terminar el proceso terapéutico y dejar el canal de comunicación abierto para dar seguimiento en un tiempo prolongado, o la alternativa de regresar por algún otro malestar (Feixas y Miró, 1993).

En el proceso terapéutico se puede distinguir muchos elementos que el terapeuta debe considerar para tomar decisiones de cómo guiar la forma de

trabajo, y uno de los más importantes implica la relación que se establece entre el usuario y el psicólogo.

### **3.3 Relación Terapéutica.**

Aunque es importante mencionar en qué consiste cada una de las partes del proceso terapéutico y describir algunos recursos técnicos que se pueden emplear en el proceso, se señala que dicho proceso es simplemente un protocolo que se puede seguir de un modo u otro, lo que realmente tiene importancia es la relación terapéutica que se establece entre el cliente y terapeuta (Cormier y Cormier, 1994). Fontaine (1981, pág.157) afirma que “la relación terapéutica no se limita a la utilización de un cierto número de conceptos o de métodos aplicados a un problema psicológico definido. Es también una *relación humana* en la cual el comportamiento del terapeuta como individuo específico desempeñará un papel importante”.

Si la relación terapéutica es tan importante es necesario describir en qué consiste, Madrid (2005, pág. 82) destaca que una relación terapéutica debe ser entendida como una relación de ayuda ya que es una expresión menos amenazante, dicha acción consiste en: “un encuentro personal entre una persona que pide ayuda para modificar algunos aspectos de su modo de pensar, sentir y actuar, y otra persona que quiere ayudarle, dentro de un marco interpersonal adecuado”.

Al respecto Fontaine (1981, pág. 162) indica que dentro de la relación terapéutica no sólo se persigue conocer lo que al cliente le pasa y el contexto en el que le ocurre, más que eso se juega la empatía, habilidad que debe tener el terapeuta para comprender las dificultades del cliente, esto no implica que se esté de acuerdo con el cliente en sus operaciones cognitivas, sin embargo, si en esta relación humana el terapeuta “acepta al paciente tal como es sin juicio ni valor previo, introduce en su relación un respeto hacia el otro, un esfuerzo máximo de comprensión, una voluntad sincera de ayudar, una espontaneidad en el diálogo”;

por lo que en ocasiones esta simple característica genera alivio, de modo que el cliente se siente escuchado.

Bramer, Shostrom y Abrego (1989, en Cormier y Cormier, 1994, pág. 35) plantean que se puede considerar como herramienta terapéutica la relación que existen entre cliente y terapeuta ya que ésta “constituye el medio para obtener y manejar los sentimientos e ideas significativas que se persiguen para que se cambie la conducta del cliente, también porque determina si el consejo terapéutico se va a producir o no”.

En el mismo tenor Feixas y Miró (1993) describen que la relación terapéutica se puede desarrollar de dos maneras, la primera en la que los pensamientos del cliente se convierten en hipótesis a verificar, bajo este estilo de relación, el terapeuta no tiene que persuadir al cliente de que cambie, más bien él toma conciencia de lo que ocurre en su caso, puede descubrir los aspectos que no funcionan en su vida y puede decidir cambiarlos, se convierte en un “hombre científico” ya que descubre tales incoherencias. La relación puede ser visualizada como una relación experto- experto, es decir, que el cliente es experto en lo que le ocurre y la forma en que le sucede, el terapeuta es experto en un conocimiento que le permite dirigir la orientación con el cliente para ayudarlo a distinguir los aspectos que originan problema en su caso.

Fontaine (1981) menciona que diversos modelos teóricos han propuesto la postura que debe tener el terapeuta en su relación con el cliente, de tal modo que el psicoanálisis habla de una postura del terapeuta con una actitud “permissiva” indicando que no debe de emitir juicios sobre lo que el cliente comenta; por otro lado las terapias “no directivas” como la terapia centrada en el cliente, definen que la actitud del terapeuta debe ser “empática”, aceptar incondicionalmente al otro. Skinner (en Martorell, 1990, pág. 63) considera que el terapeuta “es una gente de control con poder... el poder inicial del terapeuta no es muy grande, dado que el

efecto perseguido requiere tiempo, su poder aumentará si la mejora tiene lugar, la conducta del paciente al tratamiento quedará reforzada”.

Son muchos los argumentos que describen características tanto del paciente como del terapeuta para que el proceso terapéutico se lleve a cabo y sobre todo que ponen de manifiesto que dichas características individuales no son insignificantes y pueden llegar a ser el aspecto clave para que el proceso sea exitoso o no, sobre el paciente se destaca lo que menciona Frank (1988, pág. 93) “el buen paciente se caracteriza por: el malestar suficiente para estar motivado para el tratamiento y por la capacidad para beneficiarse de una relación de ayuda”.

Encontramos que la relación terapéutica en sí permite generar diversos argumentos de su importancia, su objetivo, y el papel que se debe de llevar a cabo en ella, es quizá porque es un elemento dentro del proceso terapéutico muy ligado con las emociones, no sólo con las que el cliente deposita a lo largo del proceso sino de las que surgen en el terapeuta, por lo que se puede dar como acertada su relevancia dentro del proceso terapéutico, Cormier y Cormier (1994) describen tres factores que se juegan dentro de la relación terapéutica: el primero hace referencia a los valores, representados por nuestros sentimientos o actitudes hacia algo, además de nuestras conductas o acciones, aunque el terapeuta no puede juzgar es difícil que esté libre de valores; el segundo aspecto son las características éticas, hace referencia a que existen principios que la profesión denota, son reglas de lo que se permite y no se permite en la relación terapéutica, lo principal es que siempre se debe apostar por la integridad del cliente; por último se habla de la objetividad emocional, es la implicación exagerada o nula del terapeuta hacia el paciente en esta escala de emoción se originan diversos procesos o se limitan.

De modo complementario, Madrid (2005) destaca que cualquiera puede ser ayudado o puede recibir ayuda aunque no sea profesional, que todos los seres humanos somos seres con necesidades a diferentes niveles, cada nivel puede

generar malestar al no conseguir satisfacción, así que se necesita de ayuda en algún momento, por otro lado todos podemos ayudar, aunque resalta que para algunos casos es preciso que el agente que ayuda tenga una preparación o conocimiento especial sobre un tema.

Una vez que conocemos las características e importancia del proceso terapéutico y la relación terapéutica, podemos hablar de las características del psicólogo clínico que se activan al participar en los procesos y relaciones descritas anteriormente.

### **3.4 Perfil del Psicólogo Clínico.**

Iniciemos por definir el perfil del psicólogo profesional, Castañeda (1989, pág. 301) menciona que “aludir al perfil de algo significa el contemplar tan solo un lado del fenómeno, un contorno de algo, un solo plano de la situación. El perfil no da pues, cuenta de todas las posibilidades o perspectivas a contemplar y es precisamente bajo este sentido, apreciativo y significativo”. En sentido general, establecer un perfil no implica determinar una regla de acción, es sólo un lineamiento que es deseable que un profesional adquiera o que desarrolle.

Son diversas las consideraciones que existen sobre el perfil del psicólogo clínico, Roe (2003) y Barragán, Heredia y Gómez (1989) coinciden en que el perfil equivale a dos aspectos; como las características personales o información de entrada y por otro lado la práctica o información de salida. Para Jurado (2006) implica la puesta en práctica del conocimiento teórico, es decir, realizar evaluaciones, entrevistas y más actividades que realiza el psicólogo clínico.

Antes de describir que perfil se acentúa más a la situación social actual es prudente retomar la idea que menciona Castañeda (1989, pág. 301) “el perfil profesional se considera aquí como una categoría conceptual con fines operativos, una descripción que sin ser abarcativa, determina las actividades sobresalientes que sirven para diferenciar un ejercicio profesional de otro.” Podemos imaginar

que pensar en un perfil del psicólogo clínico definitivo es imposible, lo que no es imposible es resaltar sus cualidades sobre diversas áreas, como personal, educativa, laboral, para conocer la afinidad al área de psicología clínica.

En la propuesta de Barragán, Heredia y Gómez (1989, pág. 286) se señala que “el psicólogo se conforma mediante la conjugación de las características de personalidad y la preparación académica,...en el psicólogo se acentúa, que sus características de personalidad sean acordes con la función que va a desempeñar”. Dentro de esta propuesta, resalta la idea de que el psicólogo en si tiene características que en determinado caso le ayudan o perjudican, al realizar su labor como terapeuta, esta idea es interesante y señala características de personalidad como:

- Interés: hacia la labor de ayuda y el conocimiento científico.
- Amplio conocimiento de sí mismo: conocer su estado emocional ante diversas situaciones.
- Ser observador: habla de sensibilidad para comprender a los pacientes.
- Flexibilidad: para aplicar diferentes enfoques teóricos.

Esta propuesta señala como aspectos académicos toda aquella información teórica que el profesional en preparación recibe, se sabe que esta información puede variar de acuerdo a la institución, región o país en el que se prepare, se señalan como conocimientos indispensables:

- Teorías sobre personalidad y psicología clínica.
- Psicología y alteraciones de la personalidad.
- Psicodiagnóstico.
- Intervención y ayuda.

De forma complementaria Roe (2003) propone un modelo input/ out put, donde la entrada se refiere a las habilidades y conocimientos académicos mediante los cuales se forma el profesional de la psicología clínica, los aspectos de salida son referentes a las habilidades con que se pone en práctica el conocimiento adquirido. Roe (2003, pág. 31) menciona que “contemplar los estudios académicos en psicología no garantiza la capacidad de actuar con éxito como profesional”.

Para tener una idea del perfil del psicólogo clínico podemos tener como referencia conocer el mapa curricular con la finalidad de establecer su preparación teórica, sin embargo para dar a conocer su características en el ámbito profesional o su quehacer en esta área pueden surgir múltiples perfiles, Roe (2003) destaca que en tiempos actuales las competencias institucionales son varias, es así a nivel profesional por lo que se busca generar profesionales competitivos, dicho profesional puede saber si es competitivo en la medida que puede afrontar las demandas y necesidades, así como desarrollar nuevas habilidades de acción.

Es claro que si intentamos llegar a definir el perfil del psicólogo clínico en base a sus características personales o su historial académico resultará bastante complejo empatar diversas perspectivas, sin embargo se considera oportuna la aportación que brindan al respecto Cormier y Cormier (1994, pág. 35) resaltando que “el terapeuta más efectivo es capaz de integrar sus apartados personal y científico....es aquel que logra el equilibrio entre sus competencias interpersonales y técnicas”.

Según Cormier y Cormier (1994) el terapeuta efectivo debe cumplir con las diversas características que resultan reflejar lo que hasta el momento se ha mencionado, estas consisten en:

- a) Energía: El dinamismo y la intensidad tienen más posibilidad de inspirar seguridad para que el paciente colabore.

b) Flexibilidad: El terapeuta no está sujeto a una ideología o metodología a usar con todos los clientes.

c) Apoyo: Permite engendrar esperanza, reducir la ansiedad y proporcionar seguridad emocional.

d) Buenos deseos: El terapeuta trabaja a favor de sus clientes y no de beneficios personales solamente.

e) Conocimiento de sí mismo: Se ponen en juego varias características de personalidad del terapeuta y puede reflejar una sobreestima o subestimar con el cliente, generado por el desconocimiento de sus emociones.

f) Competencia: Es competencia profesional, se puede desarrollar miedo a tener éxito o fracaso, es decir, se puede actuar de una manera excesivamente positiva para no fracasar o se puede tener una perspectiva negativa de sí mismo y negarse a actuar si no se consigue el éxito.

g) Poder: Solo manejar el consejo terapéutico, no asumir el poder o la responsabilidad de guía en el transcurso de la terapia, traducido en que no se afrontan los problemas, sólo se comentan.

h) Intimidad: Si las necesidades íntimas del terapeuta no se resuelven, su trabajo puede resultar influido por dicha situación, ya sea en forma de rechazo o en afecto excesivo.

Se pueden citar muchas características que sería idóneo que el psicólogo clínico desarrollara o mantuviera en control, sin embargo, debido a que enfrenta problemas que obedecen a múltiples situaciones emocionales, no puede estar preparado para toda la gama, y en algunas de ellas el profesional debe echar mano de otras habilidades, Del Río (2005) menciona que el psicólogo se enfrenta a situaciones que suponen dilemas éticos, sin embargo se tiene que actuar rápidamente, lo que pone al psicólogo en una situación delicada por no tener el tiempo para analizar consecuencias.

Cormier y Cormier (1994) describen que hay tres factores que influyen en la toma de decisiones éticas, 1) Valores: referente a sentimientos y emociones que

tenemos sobre una conducta o acción, una forma de prejuicio, complementariamente no podemos estar libres de valoraciones; 2) Valores estereotipados: obedecen a valoraciones que se originan o tienen raíz en un constructo social, de los cuales el terapeuta puede ser consciente o no; 3) Características éticas: la forma de actuar, debe obedecer a una regla, favorecer y proteger el bienestar del cliente.

Del Río (2005) señala que los dilemas éticos cambian constantemente y se discuten al respecto, sin embargo, en la práctica no da tiempo de pensar en tal discusión, por lo que una acción acertada es aquella que no arremete en su totalidad los derechos del paciente y que la propia experiencia del terapeuta le deja.

En resumen podemos visualizar que el proceso terapéutico implica más que una relación en la que el psicólogo u otro profesional intervienen, es una relación que está llena de historia, lo más relevante de ello es que son diversos personajes a lo largo del tiempo los que han procurado dicha actividad, se puede decir que va de lo sencillo a lo estructurado, de esto modo en la actualidad existen diversos sistemas teóricos que marcan lineamientos bajo los cuales se rige esta actividad.

La base fundamental del proceso terapéutico es el objetivo, donde se persigue ayudar mientras exista alguien que tenga la disposición de recibir ayuda, en esta relación tan sencilla se vinculan diversos procesos emocionales y técnicos, hablando de la parte técnica se puede hacer referencia múltiples esquemas que describen las fases del proceso terapéutico, fases que van desde la percepción inicial, pasando por la intervención y la conclusión del proceso.

En cuanto a los aspectos emocionales se pueden destacar diversos fenómenos que se desarrollan dentro de la relación y proceso terapéutico, desde el hecho de considerar porqué la gente asiste con un profesional de la salud (física o emocional en este caso), por lo que se enfatiza la necesidad, en el caso del

psicólogo existen diversas necesidades a las que está alerta al momento de realizar su labor asistencial, y se considera él mismo como un agente con necesidades, en esta medida son diversas las características que se marca que debe poseer para poder entender estas demandas de los pacientes y en la medida en que pueda conocer sus limitaciones y habilidades puede ofrecer un servicio efectivo.

Se convierte la terapia en una relación en donde la solución no sólo depende de las habilidades y orientación que el terapeuta brinde, se conjuga con la participación del paciente y las actividades que realice para su propio bienestar, de este modo interactúan las características de ambos protagonistas enfatizándose dentro de la terapia esta pequeña parte que es la relación terapéutica.

No es preciso señalar con puntualidad las características específicas de los pacientes que acuden a atención psicológica, sin embargo por parte del psicólogo si se enumeran diversas características que dan cuenta de un perfil que es deseable que tenga un psicólogo clínico, de las más relevantes se señala su preparación intelectual como básica, y de modo complementario se busca un terapeuta que refleje una imagen de confianza y tranquilidad, para ello influyen aspectos como la energía, apoyo, conocimiento de sí mismo, los valores que posee, entre otras características.

Si analizamos cuidadosamente el papel del psicólogo y la relación terapéutica, así como la forma en cómo se involucra en esta actividad, podemos visualizar algunos detalles que permiten dar cuenta si esta actividad puede resultar desgastante, si pasa de ser una actividad directiva a una estresante, y si ello puede llevar a un agotamiento que desencadene Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

## **Capítulo 4. Origen y delimitación del Burnout (Síndrome de Quemarse por el trabajo)**

### **4.1 Historia del Burnout**

Morales, Pérez y Menarer (2003) distinguen que el burnout ha sido un tema de gran interés desde los 60`s preocupándose por el desgaste emocional que afecta a los profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. Sellantes (2005) menciona que el burnout es la traducción al inglés de términos como: agotamiento laboral, síndrome de agotamiento laboral, estrés asistencial. Son muchas las fuentes literarias que coinciden en que el alemán Freudenberger en 1974 acuñó dicho término como un conjunto de síntomas médicos, biológicos y psicosociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía, hace referencia a que ataca a los profesionales denominados de ayuda, cuya actividad va dirigida a otras personas con las que mantienen contacto fuerte y sostenido (Da Silva, 2001).

Freudenberger demostró lo que decía con sus primeras observaciones con el personal voluntario de la clínica de adicciones tóxicas de Nueva York en la que trabajaba, donde observó que los efectos se producían en poco más o menos de un año. Del mismo modo en 1974, Von Ginsburg menciona que este término se refiere al agotamiento psicofísico de los trabajadores en organizaciones de ayuda; sin embargo, el primero en usar el término fue Graham Greens en una publicación de 1961, "A burnout case" y así retrocediendo aún más en el tiempo en 1901 Thomas Mann, en su novela *The Buddensbrooks*, se refiere ya a este término relatando la decadencia de una familia haciendo implícito el término en las características del personaje principal (Moreno, Oliver y Aragoneses, 1991).

Este término fue recibiendo aportaciones de otros estudiosos, hasta que en noviembre de 1981 se celebró en Filadelfia la 1ª Conferencia Nacional sobre burnout, que sirvió para unificar los criterios. De esta manera el término burnout o agotamiento profesional, ha ido tomando mayor interés a partir de los trabajos de

Maslach desde 1976, quien dio a conocer esta palabra de forma pública dentro del Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA), refiriéndose a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos (Sellantes, 2005).

Ortega y López (2004) mencionan que las profesiones asistenciales son las más afectadas por este síndrome debido a que se encuentran intrínsecamente relacionadas con la etiología del Burnout, además de que son estas profesiones las que presumiblemente tienen una filosofía humanística del trabajo. En relación a esto, Maslach y Jackson (1981, en Moreno, Oliver y Aragoneses, 1991) destacan que a los profesionales asistenciales se les pide que empleen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación está cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación; por lo que la tensión o estrés resultante puede tener un efecto de deterioro emocional, que deja finalmente al profesional vacío y con burnout.

No obstante, el síndrome de Burnout hace referencia a los profesionales asistenciales y no sólo hablando en el ámbito de salud como pueden ser los psiquiatras o los psicólogos e incluso los odontólogos, también ataca a los profesionales de la educación como: profesor, debido a las modificaciones que ha sufrido el rol profesional, de modo que cada vez éstos se han de responsabilizar de un mayor número de funciones, han de mantener una postura coherente en una sociedad plural además de conservar el control sobre los conflictos surgidos en las aulas (González, 2002).

Del mismo modo, los profesionales de servicios públicos como: policías, bomberos, servicios de emergencia y salvamento, etcétera, constantemente se encuentran sometidos a situaciones de estrés que acontecen de forma imprevisible y con grandes demandas por parte de los usuarios, conduciéndolos muchas veces a sentirse quemados (Da Silva, 2001).

Y por último, como ya se había mencionado se encuentran los profesionales de sanidad: médicos, odontólogos, profesionales dedicados a la salud mental, auxiliares, asistentes sociales, etcétera, que son los que desarrollan sus funciones en contacto directo con los pacientes, éstos a su vez llegan cargados de grandes tensiones debido a sus diferentes afecciones y a su particular forma de sentir las. Es así que aunque son en general profesiones muy estimadas en cuanto al papel que desempeñan dentro de la sociedad presentan altos niveles de tensión (Moreno, Oliver y Aragonese, 1991).

De esta manera, una vez que se han descrito los antecedentes del concepto y mencionado quienes son los que pueden presentar con mayor frecuencia este problema, se puede considerar que el burnout se va a presentar específicamente en aquellas profesiones caracterizadas por una relación constante y directa con otras personas, más concretamente en aquellas profesiones que mantienen una relación de ayuda.

#### **4.2 Definición del Burnout.**

El burnout es un concepto que a lo largo de su historia ha originado confusión o se le ha relacionado con otros padecimientos, Moreno, Oliver y Aragonese (1991) y Ortega y López (2004) señalan que este síndrome es interesante ya que afecta a la moral y bienestar psicológico del personal implicado, calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes, además de influencia en las funciones administrativas.

Es necesario entender que este fenómeno está íntimamente ligado con el ambiente laboral, García (1998) menciona que las actividades laborales están destinadas a cubrir y satisfacer muchas necesidades (materiales y/o simbólicas) cuando esto no sucede se generan situaciones seguramente relacionadas con el estrés. Sellantes (2005) se refiere al síndrome como un resultado de continuas y repetidas presiones emocionales asociadas con un compromiso intenso hacia los demás durante un período de tiempo prolongado.

Diversos autores coinciden en que el burnout afecta la moral, es una sensación de decaimiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral (Gil-Monte, 1991) es un proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en el campo de la psicología social (Maslach y Jackson, 1986).

Gil-Monte (2005) señala que en la actualidad existe una preocupación por combatir las patologías que surgen en el ambiente laboral, esta preocupación está ligada a enfrentar los costos que hay en la producción debido al mal funcionamiento interno y por otro lado la preocupación por proporcionar mayor calidad a los usuarios a quienes se brinda algún servicio y mejorar la calidad laboral de los profesionales. González (2002) hace énfasis en que el burnout tiene relevancia en los profesionales que trabajan en un ambiente clínico ya que está permeado de condiciones que promueven el síndrome de burnout.

Es preciso cimentar una definición del burnout a fin de entender sus orígenes, características, consecuencias y delimitación con otros fenómenos. Ortega y López (2004) destacan que el burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce en el marco laboral de profesiones que se centran en la prestación de servicios asistenciales o profesiones sanitarias, por lo que se puede entender el síndrome de burnout como un tipo de estrés. Al respecto Gil-Monte (2005) distingue que efectivamente el burnout es consecuencia del estrés crónico en un ambiente laboral, sin embargo no debe considerarse igual a éste, ni a ningún otro padecimiento como agotamiento laboral, insatisfacción, depresión, etcétera, además, debe ser retomado como síndrome del ambiente, no del personal que lo presenta.

Es prudente considerar lo que menciona Gil-Monte (2005) sobre quién es afectado por el burnout ya que muchas investigaciones señalan que este síndrome lo padece el profesional y es él quien se enferma, por ejemplo Moreno (2007) describe que algunas de las características que propician el burnout, son

aquellas que el profesional tiene, denotando que no cuenta con habilidades para enfrentar tareas de asistencia o ayuda, las características que plantea son aspectos de la personalidad, antigüedad en el puesto, falta de motivación, etcétera, todas ellas obedecen a aspectos personales y no ambientales.

Moreno, Oliver y Aragonese (1991) basados en los trabajos de Maslach y Jackson de 1986, afirman que las principales características del burnout son: a) el **cansancio emocional** que hace referencia a cansancio y pérdida emocional; b) **despersonalización** que hace explícito un cambio negativo en las actividades hacia otras personas y **falta de realización personal** en la cual se manifiestan respuestas negativas hacia uno mismo y hacia el trabajo.

Gil-Monte (2005) señala que el burnout debe visualizarse como resultado de la interacción entre sujeto-ambiente y debe considerarse como “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (SQT), connotación que centra la atención en las características laborales y no en el sujeto, hablar de aspectos de personalidad o diversas características individuales que en efecto pueden generar que el profesional sea más vulnerable al síndrome que otro, sólo son manifestaciones de que el ambiente está contaminado.

Podemos tener como literatura base para entender el Síndrome de Quemarse por el Trabajo los estudios realizados sobre estrés, considerando este fenómeno como el que proporciona características que originan el SQT. Ortega y López (2004) plantean que en el ambiente laboral de salud existen múltiples estresores como exceso de estimulación aversiva; se enfrenta constantemente al sufrimiento; contacto continuo con enfermos; frustración de no poder curar; proporción alta de enfermos a atender; horario de trabajo irregular; conflicto y ambigüedad de rol; falta de cohesión con el equipo multidisciplinario y burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

García (1998) señala que en el estudio del estrés existen 43 estresores principales, de los cuales según la escala de Ajuste Social (SRRS) de Homes Rahe de 1967, 13 factores se encuentran relacionados con el ambiente laboral, y generan por coincidencia mayor estrés que otros de distintas categorías, estos estresores son: enfermedad o lesión, despido, jubilación, reajuste financiero (ganar o perder más de lo habitual), cambio a una línea o tipo de trabajo distinto, cambios importantes en las responsabilidades laborales, esposa que empieza o abandona el trabajo fuera de casa, problemas con los superiores, cambio importante en las condiciones o el horario de trabajo, cambio de residencia, cambio importante en el tipo y/o cantidad de tiempo libre y vacaciones.

Son múltiples los estresores y condiciones laborales a las que se enfrentan los profesionales dedicados a actividades asistenciales y ayuda, en específico los que se dedican a trabajos psicológicos por lo que se considera prudente retomar las características que propone Gil-Monte (2005) sobre el espacio laboral, quien propone una visión integral de cómo visualizar el síndrome, señala que los factores estresantes que promueven el SQT son: las demandas psicológicas del puesto, las posibilidades de control, participación en la toma de decisiones, apoyo social en el trabajo, condiciones de empleo y relaciones sociales en el trabajo, complementa que el SQT se origina cuando fallan las estrategias de afrontamiento que el individuo utiliza para manejar las situaciones de estrés.

Si hasta el momento entendemos el SQT como una relación entre el ambiente y el individuo donde en un ambiente con estresores y un individuo con falta de habilidades para afrontar los estresores se genera un síndrome, podemos retomar lo que mencionan Morales, Pérez y Menarer (2003) quienes señalan las posibles formas con las que el profesional puede afrontar el SQT y que se definen como procesos emocionales de riesgo:

- Regulación-distancia: establecer distancia con personas o situaciones que son displacenteras.

- Desconexión-represión: evadir las emociones y sensaciones que generan displacer a través de no ser conciente de ellas.
- Desborde: expresar sin control las emociones vividas en relación a la tarea practicada.
- Realizar acciones: realizar acciones que reducen el conjunto de sensaciones y emociones displacenteras vivenciadas, estas actividades pueden relacionarse o no con la actividad laboral (juego).
- Intelectualización: búsqueda de explicaciones respecto de la naturaleza de la tarea y las características de la patología para reducir la carga de emociones, saber que se sabe lo que pasa y es natural.
- Ensimismamiento: una ida de emociones y la consciencia hacia uno mismo, de manera que se reduzcan las emociones.

#### **4.3 Modelos explicativos y características del burnout**

Es claro que hablar de burnout implica más que hacer referencia a un agotamiento, cansancio, tensión o desgaste, es un síndrome que implica la relación entre el ambiente laboral y el profesional que labora, de dicha relación se desprende una pulsante relación estresante que bajo cierto tiempo puede originar SQT que Gil-Monte (2005, pág.44) define como: “una respuesta al estrés laboral crónico, se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por condiciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes y hacia el propio rol profesional”. De modo que este síndrome es específico del ambiente laboral y en otros casos sí se le puede denominar de otra manera, es relevante pensar qué ocurre en el caso del profesional de la psicología clínica pensando en él como un agente que trabaja con el sufrimiento humano, que se dedica a ayudar a superar esa situación, se puede indagar sobre lo que sucede cuando experimenta una situación de agotamiento.

Indagar sobre el SQT implica describir sus componentes o cuadro clínico que lo representa, sin embargo para desarrollar esta tarea es necesario emprender un razonamiento para comprender que el síndrome debido a su corta vida como término es confundido con otros problemas psicológicos (González, 1998), del mismo modo se le ha vinculado con otros sectores de la sociedad como deportistas, amas de casa, etcétera (Longas y Fernández, 2007; Gil-Monte, 2002), lo que ha originado problemas para distinguir sus características y distinguirlo de otros problemas psicológicos, es preciso en primera instancia consolidar que este síndrome afecta a profesionales de labores asistenciales, si sus características coinciden con cuadros sintomatológicos en otros sectores de la población, no es razón para considerarlo con el mismo término (Gil-Monte, 2005).

Desde que surgió el SQT se han desarrollado diversas explicaciones que describen las variables que se involucran en el síndrome, consolidándose así diversos modelos teóricos, Ortega y López (2004) describen tres modelos: Teoría socio-cognitiva del yo, Teoría de intercambio social y la Teoría organizacional. La primer teoría se refiere a que las variables del *self* (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto) tienen un papel fundamental en el desarrollo del síndrome, consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que ellos perciben y hacen. González (2002, pág. 42) destaca que los procesos cognitivos que desarrolla el profesional en relación con su ambiente son relevantes, menciona que “las cosas que ocurren no son las que perturban, sino la opinión que tienes de ellas”. Groch y Olsen (2000, en Morales, Pérez y Menarer, 2003, pág. 11) proponen que “el burnout debe ser entendido desde la interacción entre el sistema del *self* y el sistema institucional en el que se desenvuelve la persona”.

La teoría del intercambio social señala que entre la interacción del individuo con el medio surge una inequidad o falta de ganancia como resultado de un proceso de comparación con las relaciones interpersonales, esto es, el individuo percibe que aporta más de lo que recibe. Longas y Fernández (2007) señalan que a través del tiempo los profesionales modifican su percepción sobre su trabajo,

puede ocurrir que a mayor antigüedad esperan mantener reconocimiento de la labor que hacen, si eso no sucede, no se cumplen expectativas y se genera desigualdad.

Por último Ortega y López (2004) describen que la Teoría Organizacional consiste en que las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, el clima organizacional, los estresores del contexto y las estrategias empleadas son claves para entender el desarrollo del burnout. González, Maglio, Schmidt, Minichiello, Cassullo y Coghlan (2006) señalan que en la relación del profesional con su actividad laboral se puede percibir un malestar o inestabilidad que se traduce en ideas negativas sobre su desempeño, por ejemplo pensar que no tienen control sobre lo que les sucede; además, agregan que en un estudio realizado, las personas que se encontraban en una situación laboral inestable percibían significativamente menor control sobre las condiciones de su empleo que aquellas que percibían su trabajo como estable.

Pérez (2000) destaca que son diferentes las causas que generan el Síndrome de burnout, hablar de diversos modelos es como describir por separado cada una de estas variables, sin embargo no actúan cada una por separado, todas se relacionan; describirlas ayuda a consolidar las características del síndrome y permite tener elementos claros de evaluación, de este modo al pasar al nivel de intervención se pueden emplear estrategias sobre diversos niveles, individual, social o interactivo y organizacional.

En un sentido complementario Gil-Monte (2005) realiza un análisis conceptual sobre el término consiguiendo con ello una delimitación más convincente sobre el SQT, este análisis consta en describir tres grupos de referencias, uno que hace alusión a términos obtenidos de la traducción de "burnout", el segundo bloque se refiere a literatura que opta por considerar el síndrome como sinónimo de otros malestares como cansancio, agotamiento, etcétera, y por último el tercer grupo que considera que el SQT es un malestar similar al estrés.

Gil-Monte (2005) describe que el SQT pertenece al primer grupo de referencias que hablan sobre burnout, describe que es necesario hablar del SQT por tres razones, primera, que es necesario usar un término claro, de modo que haga referencia a un solo padecimiento y no se use el término indiscriminadamente, segundo, se emplea la categoría de síndrome, lo que permite hacer referencia a un malestar compuesto por una serie de síntomas, esto permite pensar en un diagnóstico, evaluación e intervención, por último, es necesario referirse a él como Síndrome de Quemarse por el Trabajo, esta distinción permite centrar la atención en estudiar el ambiente y no determinar al sujeto, lo que le quita una carga emocional de culpabilidad. Garcés (2005) manifiesta que lo relevante del síndrome es que genera un desgaste emocional, esto da pie a que el profesional manifieste conductas y emociones de malestar y mal funcionamiento, por lo que se puede entender este síndrome como una construcción social que le permite a los profesionales manifestar cuales son sus sufrimientos y dificultades.

Gil-Monte (2005, pág. 40) plantea que “cuando se habla de desgaste psicológico, desgaste profesional o desgaste ocupacional, no siempre se alude al síndrome de quemarse por el trabajo”. Distintas fuentes literarias describen al síndrome como un sentirse quemado (Sellantes, 2005) refiriéndose a él como una situación de sobrecarga emocional en trabajadores de servicios humanos que después de años terminan “quemándose”. Pines y Kafry (1978, en Garcés, 2005, pág. 3) definen el burnout como “una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal”. Meier (1983, en Moreno, Oliver y Aragonese, 1991, pág. 272) describe que “los estudios de burnout son razonamientos que describen el tema y que no tienen suficiente sustento teórico y empírico, incluso el mismo término se ha criticado por su estrecha relación con la tensión, estrés, insatisfacción, aburrimiento, conflicto, nervios, fatiga.” Garcés (2005) puntualiza que el que exista relación del término con otros malestares no debe ser causa para describir todos esos problemas relacionados con el trabajo o en otro contexto con el mismo término.

Retomando esta relación entre burnout y estrés en particular, son diversos autores que llegan a considerar que el estrés puede originar burnout, Longas y Fernández (2007) describen que la evolución del malestar en personas afectadas lleva una secuencia en la que se inicia con estrés, se consolida en burnout y posteriormente en algunos casos pueden derivarse cuadros depresivos. Ramírez (1993, pág. 73) menciona que el estrés es la "alteración emocional con síntomas orgánicos y psíquicos, provocada por exceso de estímulos externos, como el trabajo, la tensión nerviosa, etcétera".

Moreno, Oliver y Aragonese (1991) plantean dos ideas, la primera que la relación entre burnout y otros constructos es tan alta que quizá se está empleando un término nuevo para describir viejas ideas, por otro lado afirman que el burnout es reconocido como un tipo de estrés laboral e institucional de profesiones ligadas a asistencias o ayuda. Dale (1979, en Moreno, 2007) destaca que el síndrome de burnout es consecuencia del estrés laboral.

No sólo se ha cuestionado la diferenciación entre el burnout y el estrés, sino que se ha intentado analizar su relación y diferenciación con la depresión, Firt, McIntee, McKeown y Britton (1986, en Longas y Fernández, 2007) plantean que puede existir un solapamiento entre los constructos de burnout, estrés y depresión, que comparten en muchas similitudes su cuadro de síntomas que los representa. Al revisar la literatura sobre estos tres malestares se pueden encontrar referencias que hacen alusión al síndrome como estar quemado, entre otras, como depresión, su diferencia en cuanto a este padecimiento radica en que la depresión es un estado de ánimo generalizado y el burnout es temporal y específico al ámbito laboral. Appels (1998) distingue que la depresión y el burnout comparten elementos como la pérdida de interés, insomnio, pérdida de energía y empeoramiento cognitivo.

Longas y Fernández (2007, pág. 5) definen que “el estrés es un proceso psicofisiológico que se desencadena por una situación determinada que experimenta un sujeto y los recursos adaptativos de los que dispone” si no cuenta con los suficientes recursos para enfrentar una tarea puede surgir un malestar.

González (1998) señala que en la interacción entre el sujeto y el ambiente naturalmente existen estímulos estresores, sin embargo esta relación puede generar dos tipos de estrés, eutrés que se establece como una respuesta eficaz a las demandas del ambiente, es decir, potencializa las habilidades del individuo y labora bien; por otro lado el distrés que implica sentirse sobrepasado, donde el estrés se convierte en una fuente de malestar el rendimiento no solo no es óptimo sino que genera consecuencias negativas al individuo física y cognitivamente. Gil-Monte (2005) considera prudente definir al SQT como un malestar que es exclusivo del ámbito laboral y que significa que el ambiente está contaminado o contagiado y una manera de detectarlo es por que los profesionales que ahí se desempeñan reflejan dicha situación con sus actos y pensamientos.

El síndrome presenta tres componentes esenciales: el agotamiento emocional, la despersonalización y falta de realización personal. Las doctoras C. Maslach y S. Jackson en sus trabajos sobre el "Síndrome de burnout" desde 1976 consideran a este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto (Corsi, 2007). Perlman y Hartman (1982, en Moreno, Oliver y Aragoneses, 1991) aumentaron el interés por este campo debido a tres factores que señalan como fundamentales:

- a) El aumento de la importancia de los servicios humanos, individuales y colectivos
- b) El incremento de la valoración y exigencia de los usuarios
- c) El mayor interés por el estudio sobre el estrés y ambiente.

Es importante mencionar las tres dimensiones fundamentales del burnout, las cuales según (Longas y Fernández, 2007) se delimitaron a finales de los setenta y principios de los ochenta, las cuales forman la parte característica del concepto de burnout, de esta manera, en primer lugar se encuentra **el cansancio emocional**, el cual hace referencia al desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga que de alguna manera pueden manifestarse de forma física, psíquica o como una combinación de ambos.

Otra dimensión se refiere a **la despersonalización** que hace explícito un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo acompañado de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de la motivación hacia sí mismo.

Y por último se encuentra **la falta de realización personal**, en la cual se manifiestan respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo tales como: la depresión, moral baja, evitación de las relaciones interpersonales y profesionales.

Morales, Pérez y Menares (2003) señalan que el síndrome involucra el compromiso de al menos tres áreas: somático, afectivo y conductual. De manera complementaria Mingote (2002) y Gándara (2002) describen los síntomas que presentan los profesionales con burnout:

- Psicosomáticos, incluye fatiga crónica, trastorno del sueño, úlceras, desórdenes gástricos, tensión muscular, dolores de cabeza e incluso pérdida del peso.
- Conductuales, absentismo laboral, adicciones, incapacidad para vivir de forma relajada.
- Emocionales, tales como irritabilidad, incapacidad de concentración, distanciamiento afectivo, aburrimiento, impaciencia e incluso sentimientos depresivos.

- Laborales: menor capacidad en el trabajo, acciones hostiles y conflictos en el mismo ambiente laboral.
- Defensivas: aislamiento, negación de emociones, desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones, atención selectiva, cinismo, etcétera.

Gil-Monte (2005) describe que de acuerdo a la literatura existente sobre el síndrome de burnout son múltiples los síntomas que se han registrado, sin embargo destaca cinco categorías en los que se pueden clasificar:

- 1) Síntomas físicos, fatiga, agotamiento físico, etcétera.
- 2) Desarrollo de conductas en exceso, aumento de consumo de estimulantes o algunas otras sustancias.
- 3) Problemas de ajuste emocional, agotamiento emocional, paranoia, sentirse atrapado, etcétera,
- 4) Alteración de las relaciones personales, aislamiento del individuo y su negación a comunicarse.
- 5) Síntomas actitudinales y cambio de valores y creencias del individuo.

Corsi (2007) destaca que para profundizar en el estudio del burnout es necesario describir y evaluar elementos del contexto, es decir, las condiciones físicas y sociales del trabajo, la jerarquización de la organización, los recursos y las críticas que se reciben por realizar el trabajo, también es necesario describir las condiciones personales, la percepción del individuo en relación con los demás, la percepción sobre su trabajo profesional y las características que tienen sus relaciones con sus compañeros de trabajo.

Gil Monte (2005) y Moreno (2007) puntualizan que es necesario describir con mayor detenimiento las características ambientales y organizacionales en las que se desenvuelve el individuo, ya que se sustenta la premisa que el ambiente es el que propicia los elementos estresores y está contaminado de modo que los

profesionales desarrollen SQT, tener como elementos a evaluar las características personales implicaría considerar que el individuo es el responsable; también señalan como condiciones a evaluar, la intensidad de las demandas, la burocracia organizacional tal como: la ambigüedad del rol, la dinámica del trabajo, bajas expectativas de refuerzo y altas expectativas de castigo, etcétera, es necesario conocer algunas de estas categorías considerándolas como base para entender cómo surge el síndrome de quemarse por el trabajo en los psicólogos.

#### **4.4 Factores que influyen al desarrollo de SQT.**

Morales, Pérez y Menarer (2003) destacan que dentro del ambiente organizacional los factores que influyen al desarrollo de síndromes como el de quemarse por el trabajo son:

1.- Las características de los usuarios y sus familias, se refiere a que de acuerdo a las características del problema del usuario el profesional tiene probabilidad de involucrarse en una medida mínima o máxima dependiendo de su estado emocional, señala que en algunas familias no hay agrado por tener a una persona cansada dentro del núcleo, esta característica es en la que se puede enganchar el profesional.

2.- Características del grupo de trabajo: dependiendo de cómo se realice la tarea, ya sea individual o grupal, el profesional puede tener una participación diferente en cada caso, lo que implica que si hay problemas entre el personal de intervención ello afecta a la relación con los usuarios, Moreno (2007) destaca que en las labores asistenciales por lo general existe escases de personal lo que puede llevar en ocasiones a una sobrecarga de trabajo, que es un factor extra de estrés y cansancio. Gil-Monte (2005, pág. 90) describe que “buenas relaciones entre los miembros del grupo de trabajo es una variable clave para la salud de los trabajadores”.

3.- Las características de la institución y de la organización de la tarea, significa que en ocasiones se requieren de servicios extras que la institución no puede proporcionar, como exámenes o evaluaciones extras que involucran procesos burocráticos y administrativos de otras instituciones lo que origina lentitud en un proceso o conflictos por la resolución pronta de un caso.

4.- Las consecuencias personales en relación a la elección del tipo de trabajo, implica pensar que el profesional tiene características de personalidad que se implican dentro de su desarrollo laboral, estas características entran en juego en algunas acciones laborales.

5.- El tiempo, destaca que un profesional que hace su labor de modo asistencial puede atender casos crónicos o episódicos, lo que se refiere a tener pacientes de hace largo tiempo y que no han sido dados de alta, por manejar un término común, y por otro lado pacientes de intervención pronta, que pueden requerir asistencia pronta por la gravedad de su caso, como una violación o un accidente, entre otros, en ambos casos el profesional está expuesto a mantener una liga emocional, y puede generar sobreimplicación emotiva y cognitiva. González, Maglio, Micichiello y Coghlan (2006) consideran que las molestias emocionales y cognitivas son factores relevantes para el estudio del SQT ya que ayudan a describir el malestar que puede tener el profesional en el ámbito laboral.

Complementariamente Moreno (2007) destaca que un factor relevante en la prevención y tratamiento del burnout es el apoyo social, ya que aumenta los niveles de desarrollo personal, disminuye el cansancio emocional y las actitudes y conductas negativas hacia otras personas. Gil-Monte (2005) sustenta la importancia del apoyo social mencionando que la falta de apoyo social en el trabajo es una fuente de estrés y aumenta los niveles de SQT.

González, Maglio, Micichiello, y Coghlan (2006) agregan que uno de los factores ambientales laborales que pueden generar burnout se refiere a la

competencia personal, Gil-Monte (2005) señala que las disfunciones de roles están asociadas al síndrome, ambos factores son complementarios, pensando que el profesional está sujeto a la apreciación de su trabajo y un sustento para valorar su desempeño es por medio del reconocimiento de los otros, si dentro de su función no tiene un papel definido puede generar una ambigüedad en su función y una competencia frustrante.

Existen otros factores ambientales que promueven el desarrollo del SQT, González, Maglio, Micichiello, y Coghlan (2006) plantean que las preocupaciones por la salud, las preocupaciones económicas y la preocupación por el futuro son tres dimensiones que generan estrés en el trabajo, estas características aunque no están ligadas con el trabajo directo con los usuarios de un servicio, son características que todo trabajador tiene presente y que contribuyen a que se desarrollen cogniciones negativas en el individuo, además pueden estar actuar con otros factores como la realización personal, contemplando que si se encuentra desgastada esta categoría hay probabilidades de que el profesional no visualice un futuro estable.

Gil-Monte (2005, pág. 92) hace énfasis en que dentro del trabajo existen múltiples relaciones y que ello implica intercambios, si estos intercambios suceden dejando secuelas negativas de interacción esto genera SQT, “la interacción social el producto de recompensas y castigos, el individuo intenta maximizar el placer y maximizar el dolor, las personas intercambian bienes materiales pero también intercambian amistad, afecto, ayuda y cortesía, en estos intercambios las personas asignan un valor a los resultados y a los resultados obtenidos por los demás y esperan que estos procesos se desarrollen con honradez”. Es notable considerar que si dentro de los múltiples intercambios sociales que el profesional mantienen con los usuarios y el personal de trabajo, si existen relaciones con poca reciprocidad social, existe un ambiente contaminado.

En resumen, el Síndrome de quemarse por el trabajo se destaca por ser un término novedoso, que a raíz de su historia se ha caracterizado por manifestaciones médicas, biológicas y psicosociales; el estudio del síndrome se ha desarrollado en poblaciones distintas, como amas de casa, deportistas, docentes, entre otros, se ha llegado a concluir que este padecimiento se desarrolla en ambientes laborales y los profesionales de áreas asistenciales son vulnerables a desarrollarlo debido a que comparten la ideología del SQT, es decir, que de acuerdo a las características de su labor y el modo en que la realizan tienen mayor probabilidad de desarrollar los síntomas por trabajar con sufrimiento humano.

Es debido a las aportaciones teóricas que se ha logrado desarrollar una definición, destacando que es un síndrome que se presenta en una situación laboral en la que existen diversos estresores, es en este ambiente contaminado en donde un profesional con falta de habilidades o con una interacción desfavorable puede generar SQT.

Para entender mejor las características del burnout existen diferentes modelos que señalan diversas variables que pueden originar el síndrome, existe la teoría cognitiva del yo que centra su atención en características que el individuo desarrolla y que permiten la aparición del burnout, encontramos la teoría del intercambio social, la cual indica que el síndrome se origina por un desequilibrio entre lo que el individuo brinda y recibe, en esa relación se pueden generar falsas expectativas, por último encontramos la teoría organizacional que indica el origen del síndrome debido a características que tiene el ambiente laboral y que generan estrés, a largo plazo se genera el SQT, estas características ambientales hacen referencia a la relación con los usuarios y con el personal de la institución, algunos otros como cantidad de trabajo o la legitimidad del profesional en su labor son otras variables que influyen.

Dentro de las características más populares del síndrome se encuentran el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, características descritas por Maslach y Jackson, que conllevan conocer múltiples síntomas asociados a desequilibrios médicos, conductuales y psíquicos como: dolores de partes del cuerpo, consumo de productos como tabaco, o pensamientos negativos sobre alguna acción en particular.

## **Conclusiones**

### **El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en los psicólogos.**

Para entender de manera contundente el impacto que tiene el síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de la psicología es necesario entender la evolución sobre de los términos salud y enfermedad, además de examinar los múltiples factores que intervienen o favorecen que el personal asistencial desarrolle este padecimiento. El psicólogo como personaje activo dentro de diversos campos de trabajo se convierte en un personaje a analizar.

Ya se ha mencionado que el Síndrome de Quemarse por el Trabajo se ha estudiado en diversas poblaciones, en el caso del psicólogo es interesante examinar esta relación, ya que este personaje puede ser el indicado de intervenir sobre este padecimiento, sin embargo, ¿podrá darse cuenta que dentro de las condiciones laborales en las que se encuentra, es susceptible de desarrollar el Síndrome?

Para entender bien el desarrollo del síndrome con la labor psicológica retomaré la concepción histórica que plantea Allegro (2007) sobre la percepción del médico sobre la enfermedad, plantea que en la antigüedad se veía la enfermedad como un medio de purificación, así cuando alguien enferma debe vivir una crisis para que el mal salga de su cuerpo, posteriormente con la visión mecanicista del mundo, se expone al cuerpo como una serie de sistemas (respiratorio, digestivo, cardiovascular, etcétera) si un sistema falla el médico debe remplazar aquello que no funciona de modo que todo el cuerpo regrese a su equilibrio, en la actualidad, el médico debe estar pendiente no sólo de los síntomas del cuerpo, se debe percatar de las condiciones socio-contextuales del paciente, ya que en ocasiones de ahí puede derivarse el origen de la enfermedad, todo este trabajo se realiza con la intención de prolongar la vida del paciente, es notable que no es la misma labor del psicólogo, sin embargo Allegro (2007) añade que en el caso del psicólogo su trabajo se rige por la misma visión, la de ver al

sujeto como alguien que interactúa con el medio ambiente, el objetivo del terapeuta es mejorar la calidad de vida del paciente.

Si analizamos el SQT bajo este lineamiento contemporáneo nos permite examinar la función del psicólogo como personaje de ayuda asistencial, que se compromete del mismo modo que el médico e incluso su labor lo expone a terrenos más inciertos como es el significado y las emociones, examinar las características que permean esta relación así como examinar las características de la relación del terapeuta con la organización para la cual trabaja y las condiciones en que labora para dar cuenta de los motivos que generan SQT en los psicólogos.

Para analizar si el psicólogo clínico puede padecer SQT surgen diversas áreas a analizar, éstas van de acuerdo al quehacer del psicólogo, es decir, si se considera que en el ambiente clínico su labor principal es el trabajo con pacientes, de esta relación se pueden examinar algunos detalles entre esta relación que pueden generar un desgaste emocional, como las habilidades del terapeuta para llevar a cabo una sesión, los avances del paciente o su resistencia al cambio, entre otras. En sentido complementario, el terapeuta labora en un lugar o espacio determinado, por lo que se puede analizar la organización, es decir, conocer las características en las que desempeña su labor terapéutica, como el tiempo de trabajo, la cantidad de pacientes, expectativas, decisiones, etcétera, de modo complementario se puede examinar el vínculo con un grupo de colegas o de otros profesionales de otras áreas, como médicos o laboratoristas, o sencillamente los superiores del área, personajes con los cuales el psicólogo puede interactuar en su labor.

## **Características particulares del terapeuta y el paciente que influyen en el SQT.**

La formación de un terapeuta se relaciona con aspectos como la preparación académica y las características de personalidad del profesional en formación, estos elementos son retomados como posibles indicadores circunstanciales que en determinado momento puedan ser facilitadores para el desarrollo del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

Retomando lo que mencionan Cormier y Cormier (1994) afirman que los terapeutas efectivos deben cumplir con características como energía, flexibilidad, apoyo, buenos deseos y conocimiento de sí mismo, entre otras. La importancia de rescatar dichas características es que cada una de ellas obedece en parte a habilidades que los profesionales pueden aprender dentro de su desarrollo personal, complementariamente serían habilidades que se pueden fomentar técnicamente en el desarrollo académico. Carrasco (2007) plantea que son diversas las habilidades que el terapeuta puede emplear durante todo el proceso terapéutico y las divide en *habilidades centradas en las estrategias terapéuticas y las habilidades centradas en el proceso terapéutico y por último estarían las habilidades centradas en la relación terapéutica.*

De acuerdo a las características que Cormier y Cormier (1994) plantean sobre el terapeuta efectivo, se retoman algunas que pueden influir para el desarrollo del síndrome:

Energía – distingue que el terapeuta con energía permite reflejar al paciente entusiasmo por su caso, expresa ganas de trabajar, la energía se contagia, si esta característica es intrínseca al terapeuta se puede pensar que hay ciertos niveles de energía que puede manifestar, cabe preguntar ¿siempre puede manifestar energía o es una estrategia terapéutica?.

Flexibilidad- aunque el terapeuta tenga una formación sobre una o varias corrientes teóricas sobre la psicología, no puede aplicar las mismas estrategias en todos los casos, ser flexible para Ruiz y Cano (2006) implica adecuar el trabajo terapéutico a las necesidades del paciente, ¿qué tan flexible puede ser el terapeuta cuando está expuesto a múltiples casos y diversas cargas de trabajo? Estos datos pueden ser analizados posteriormente ya que se relacionan más con las características de la organización.

Empatía – Dicha habilidad puede resultar polémica, Fontaine (1981) destaca que ser empático tienen que ver con una habilidad del terapeuta para ponerse en el lugar del paciente sin llegar a generar un juicio, en otros casos Santolaya (2006) distingue la empatía como un entendimiento mutuo, sin embargo considero que en cada caso puede generar impactos emocionales en el terapeuta de modo que pueden existir situaciones en donde el impacto puede generar poca empatía e incluso sobrepasarla. Carrasco (2007) destaca que el terapeuta debe ser cuidadoso de no ser indiferente y no caer en un extremo, la sobreprotección. Lía (2006, pág. 2) complementariamente agrega que la empatía “no es una actitud afectuosa, sino una actitud abierta y activa, orientada a detectar condiciones facilitadoras de cada individuo”.

También hay cosas que se pueden decir del paciente, Allegro (2007) plantea que para poder llegar dentro del proceso terapéutico a una cura se necesita contar con un paciente dispuesto a cambiar, de tal modo que él mismo busque su propio bienestar, se puede pensar que hay pacientes que no quieren el cambio. Desde un punto de vista médico se puede decir que cuando el paciente experimenta dolor acude a consulta para ser sanado, ¿puede la enfermedad generar ganancias a los pacientes de tal modo que rehúse la sanación?

Ruiz y Cano (2006) plantean que en ocasiones los pacientes tienen resistencia al cambio, existen resistencias conscientes aquellas, que sabe el paciente que al cambiar pueden generar consecuencias positivas o negativas a su

estilo de vida y que puede desear o no hacerlo, algunas otras resistencias actúan automáticamente de tal modo que el paciente actúa sin razonar, es impulsivo, en estos casos el terapeuta debe ser observador para detectar la renuencia al cambio y confrontar al paciente con la situación; la terapia de reestructuración cognitiva es la consigna que persigue (Meichenbaum, 1988). Podemos imaginar que si el terapeuta no está alerta o no logra percibir esta serie de manifestaciones que el paciente hace o deja de hacer, puede llegar a culpar al paciente de no generar cambios en su vida.

Existen otras características que se podrían evaluar en los pacientes como su asistencia a consulta, el cumplimiento con sus tareas terapéuticas, su apariencia física, sin embargo, sería difícil describir si éstas ayudan dentro de la labor terapéutica, aunque puede ser retomado lo que plantean Longas y Fernández (2007) que el terapeuta en ocasiones necesita indicadores externos para asignarle un valor a su trabajo, si el terapeuta se basa en estos criterios del paciente y este se rehúsa al cambio la percepción del terapeuta puede ser poco emotiva. Lía (2006) considera que dentro del proceso de cambio terapéutico existe una transformación que va desde la evitación del paciente, la evaluación negativa o las reacciones emocionales excesivas, a una actitud de reflexión, aceptación y transformación.

En un sentido general analizar la relación terapeuta – paciente sólo nos da indicadores de situaciones que se pueden examinar en un caso particular, Lía (2006) opina que examinar el desempeño del terapeuta implicaría conocer su capacitación permanente y su crecimiento intelectual, como dos variables que generan desarrollo personal y profesional. Cabe preguntar si estas son características relevantes que promueven el desarrollo de SQT. Es cierto que un terapeuta con pocas habilidades puede enfrentar complicaciones en su labor, si embargo si es un terapeuta de ocasión y no de vocación puede que no le afecten dichas circunstancias.

Goleman (1996) sugiere que el terapeuta debe desarrollar algunos componentes personales como: el autoconocimiento personal, que se refiere a conocer las propias emociones y cómo nos afectan, así podemos saber cómo nuestro estado de ánimo influye en nuestro comportamiento, otra característica es el autocontrol, en el que se debe aprender a dirigir y manejar las emociones y evitar respuestas poco adecuadas en situaciones de ira; sigue la auto motivación, que se refiere a dirigir las acciones a objetivos claros; la cuarta característica es el reconocimiento de emociones ajenas, entendiéndose ésta como la interpretación de las señales y gestos que los otros expresan, esta actividad se realiza para comprender y relacionarse con los demás; y por último señala las relaciones interpersonales, que se refiere a la habilidad de construir relaciones exitosas con diversos personajes sociales, como: amigos, superiores, familiares, etcétera, dichas relaciones basadas en principios de responsabilidad y respeto a las normas sociales.

A pesar de que son muchas las características que se pueden resaltar sobre el terapeuta o el paciente y cuestionar si éstas influyen para que el psicólogo clínico desarrolle SQT, se considera prudente considerar estas características como complementarias de los factores que tienen más peso para que el síndrome se desarrolle, con ello hago referencia a los factores contextuales laborales que permean la labor del psicólogo clínico.

### **Factores que participan en el desarrollo de SQT en los psicólogos.**

Dependiendo del lugar en donde labore el psicólogo puede desempeñar diversas actividades, es decir, que no realiza las mismas funciones un profesional que labore en la industria que en el ambiente clínico, Pérez (1981) y Kendall y Norton (1988) distinguen que dentro de la clínica existen diversos pasos que aunque no son rígidos la mayoría de las actividades terapéuticas los contemplan, como la evaluación, diagnóstico, intervención y conclusión.

Hablamos de que el psicólogo en cada área de trabajo en donde se desempeñe podrá tener lineamientos a seguir, pueden ser los que la institución le establezca o los propios de la profesión, al respecto Kendall y Norton (1988) distingue hablan de la evaluación, distinguiendo que puede ser muy sencilla o muy compleja como la aplicación de pruebas.

Hay que rescatar que aunque está establecido que la evaluación es parte importante del proceso de atención psicológica, el terapeuta puede tomar la decisión de realizar un proceso extenso y meticuloso o sencillamente retomar los aspectos relevantes del caso y trabajar sobre ellos, sin embargo puede suceder que el psicólogo tenga que realizar una evaluación extensa debido a que la institución así se lo pide, y aunque no considere necesaria ésta la debe de realizar, esta diferencia con el sistema en donde trabaja el psicólogo puede ser causa de descontento, sin embargo no puede considerarse a la entrevista como la parte del trabajo que genera SQT.

Sin embargo, la evaluación no es la única actividad que realiza el psicólogo en su proceso de atención, se encuentra la entrevista y otros procedimientos, sin embargo es conveniente preguntar ¿Pueden las actividades del psicólogo causar SQT?, podemos rescatar la entrevista y el tratamiento como algunos elementos que requieren ser personalizados de acuerdo al problema del paciente, Jaimes (2007, pág. 1) plantea que la evaluación es “un proceso de asignación de "números" a las diferentes "magnitudes" o "clases" en que se pueda manifestar una dimensión o variable, como el tiempo de evolución, la temperatura corporal, el nivel ansiedad o el género de un consultante. Por ello en el fondo y en mayor o menor medida, evaluar significa usar el modelo matemático para diferenciar las manifestaciones de un fenómeno y es mejor en la medida en que el proceso de asignación del número sea más perfecto”. Realizar dicho procedimiento va de la mano con sistemas establecidos para valorar cada variable considerada, sin embargo, estas deben ser habilidades establecidas de un terapeuta, por lo que se considera inadecuado pensar que realizar dicha actividad genere SQT, es decir la

misma regla se puede aplicar para cada una de las actividades de atención psicológica que el clínico realiza.

Surge como clave relevante distinguir aquellos factores que realmente pueden contribuir al desarrollo del SQT en los psicólogos clínicos, retomando los planteamientos de Gil-Monte (2005) donde hace referencia a que el SQT es resultado del estrés laboral crónico, dicha afirmación nos propone describir aquellas características laborales que pueden participar en el desarrollo del síndrome.

Antes de describir algunos de ellos es interesante retomar lo que plantea Enebral (2007, pág. 4) dentro de nuestro entorno laboral “nos sentimos mentalmente bloqueados o fatigados, desconcertados por la presión ambiental, debilitados por emociones negativas, víctimas de la atención dispersa, e incluso afectados por trastornos de personalidad... Todo ello limita nuestra efectividad, y también nuestra calidad de vida”.

Los factores sociales y ambientales laborales que intervienen en el surgimiento del SQT son distintos, Rosas (2006) describe que estos pueden ser variables sociales que implican la rapidez y frecuencia con la que ocurren cambios en los programas de estudio y formación de los profesionales, cambios en los perfiles demográficos de la población, en los roles y aumento de demandas en el servicio, se acompañan en ocasiones de falta de preparación y formación, incompetencia de administración pública para resolver los problemas y formación de expectativas reales.

Longas y Fernández (2007) distinguen que dentro del marco laboral existen un conjunto de variables que inciden en el quehacer del profesional, estos aspectos de la organización son: las normativas legales, aspectos que regulan legalmente la relación del profesional con su cliente; valores sobre la función del

profesional, los cuales condicionan la labor del profesional ya que hay una expectativa de este personaje.

Los estilos de atención y las normas que imperan dentro de cada institución en la que se desenvuelve el psicólogo clínico no son generales, puede interactuar con otros profesionales de la salud, con supervisores de su labor que pueden ser expertos o no en la labor psicológica. Ortega y López (2004) describen que en el ámbito organizacional las variables que generan malestar pueden ser: las disfunciones de rol, donde un profesional puede realizar acciones que no competen a su labor propiamente ya sea por falta de personal o por asignación de la institución, falta de salud organizacional, que hace referencia a condiciones en las que el profesional pueda sentirse cómodo y satisfecho al desempeñar su labor; la estructura y el clima organizacional, ambos factores relacionados con las relaciones entre el personal de la organización, considerando que si no hay una relación próspera entre los participantes pueden surgir problemas internos, lo que genera un desequilibrio en la comunicación de la organización y mal funcionamiento.

Retomar el punto de vista ambiental dentro del clima laboral permite retomar lo que plantea Cherniss (1980, en Moreno 2007) describiendo que en cuanto más favorable es el clima y la satisfacción laboral, menor es el estrés que los sujetos perciben del trabajo. Gil-Monte (2005) distingue varios factores que en el medio laboral degradan la satisfacción laboral, como las disfunciones en los roles, no es solamente la asignación de actividades al sujeto, dentro de la construcción de este elemento está en acción la colaboración de quien participa, de este modo puede adoptar una asignación y reproducirla o de acuerdo a sus características transformar la forma de realización de la tarea, cumpliendo con el objetivo de la institución y generando una dinámica distinta. Moreno (2007) distingue que dentro de la construcción de roles es ineludible la actividad burocrática de modo que esto genera estrés, ya que esta promueve diversas reglas que pueden ser muy rígidas aunque no sea necesario, en el caso de la asignación de roles, no se le puede

permitir al profesional explotar algunas habilidades por considerarlas ofensivas al propósito o reglas de la institución.

En el caso de la actividad del psicólogo clínico, puede existir una intensa demanda Moreno (2007) describe que dicha situación se relaciona con las reglas burocráticas y propicia un estado de sobrecarga laboral, de modo que al sobrepasar las habilidades del terapeuta existe mayor posibilidad de generar estrés.

Se puede considerar una relación entre la carga de trabajo y la falta de control de los resultados, Lía (2006) planea que un proceso de atención implica un cambio desde la resistencia al cambio hasta la autonomía o dominio del problema, Gil-Monte (2005) plantea que el profesional puede tener falta de control sobre los resultados, es decir, percibe que no influye su trabajo sobre los resultados, si ambos indicadores se conjuntan la afirmación que genera Longas y Fernández (2007) respecto de que el terapeuta requiere de indicadores externos para valorar su eficacia.

Algunas variables complementarias sobre el desarrollo del SQT son detalles que pueden parecer insignificantes Corsi (2007) y Moreno (2007) describen el grado de ejecución y autónoma en el trabajo, el tipo de contrato, las bajas expectativas de refuerzo y altas expectativas de castigo, además del continuo contacto con enfermos. González, Maglio, Micichiello, y Coghlan (2006) describen que el profesional no sólo tienen una labor comprometedor con su cliente y la institución, no deja de ser un trabajador que busca la solvencia de necesidades personales, por lo que puede pensar en estresores como su solvencia económica, la posibilidad de enfermar, la organización de su tiempo.

En resumen el Síndrome de Quemarse por el trabajo en los psicólogos puede visualizarse como un padecimiento que se origina por el estrés laboral, ya que el psicólogo es también un trabajador, sin embargo, este profesional así como otros

que trabajan con sufrimiento humano adquiere características adicionales al realizar su labor en un terreno particular, es decir, con cada paciente, en donde entran en juego diversas características como las habilidades del propio profesional y el comportamiento, tipo de caso y avances del paciente.

Si se examinaran las consecuencias del síndrome se podrían conocer diversos grados de repercusión, Enebral (2007) distingue que existen repercusiones en la calidad de vida, en formación de emociones negativas, fatiga física y psíquica, y también tensión nerviosa visible o subyacente, que además salpican la vida familiar; estos elementos —emociones negativas, fatiga, tensión, trastornos— figuran entre los que, en mayor medida, obstaculizan la eficacia o rendimiento del profesional.

Resulta conveniente retomar la postura de Gil-Monte (2005) al señalar que el profesional no es el que está quemado, más bien manifiesta con sus actos y percepciones un ambiente contaminado en el que de acuerdo a lo mencionado corresponde a directivos generar alternativas para que la organización goce de dinámicas que propicien un desempeño del personal y la salud psicológica del mismo

## Referencias Bibliográficas.

Allegro, L. (2007) *Ética Y Psicopatología*. En red: <http://www.sem.intramed.net.ar/revista/0017.htm>

Appels, A. (1998) Estrés Laboral, agotamiento y enfermedad del cardiovascular. En: J. Buendía, (editor) *Estrés laboral y salud*. Cap. 5. pp. 119-219 México: Biblioteca Nueva.

Barragán, N., Heredia, C. y Gómez, E. (1989) Perfil del psicólogo clínico. En J. Urbina (compilador) *Formación, Ejercicio Profesional y Perspectiva*. pp. 285-295. México: UNAM.

Buendía, J. (1999) *Psicología Clínica; perspectivas actuales*. México: Pirámide.

Caballo, V. Aparicio C. y Catena, A. (1995) Fundamentos conceptuales del modelo conductual en psicología y terapia. En: Caballo, V., Buela, G. y Carroble (compilador) *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Cap. 2.2 pp. 85-133 España; Siglo XXI.

Carrasco, G. (2007) La Empatía En La Terapia Cognitivo-Conductual. *Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid*. En red: [www.psicoterapeutas.org/mjcarrasco.doc](http://www.psicoterapeutas.org/mjcarrasco.doc)

Castañeda, M. (1989) Perfil del egresado deseable en la psicología educativa. En J. Urbina (compilador) *Formación, Ejercicio Profesional y Perspectiva*. P.p. 589-594. México: UNAM.

Cormier, L. y Cormier, W. (1994) *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Corsi, J. (2007) El síndrome de “burnout en profesionales” en profesionales trabajando o en el campo de la violencia doméstica. *Formación de profesionales/ Fundación mujeres*.

Da Silva, F. (2001) *El síndrome de burnout. Drogas, ética y trasgresión*. Montevideo: Psicolibros.

Dattilio, F. M. y Padesky, C. (1990) *Terapia cognitiva con parejas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Dejours, C. (1990) *Trabajo y desgaste mental; una contribución a la psicología del trabajo*. Buenos Aires: Humanitas.

Del Río, C. (2005) *Guía de ética profesional en psicología clínica*. Madrid: Pirámide.

Enebral, F. (2007) Efectividad, Sí; Satisfacción Profesional, También. *Revista de psicología online*. En red: [http://www.psicologia-online.com/articulos/2007/efectividad\\_satisfaccion.shtml](http://www.psicologia-online.com/articulos/2007/efectividad_satisfaccion.shtml)

Feixas, G. y Miro, M.T. (1993) *Aproximaciones a la terapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

Fontaine, O. (1981) *Las terapias del comportamiento*. Barcelona: Herder.

Frank, J. (1988) Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En: Mahoney M., Freeman, A. (editor) *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona. Cáp. 2 pp. 73-102. México: Paidós.

Gandarà, M. (2002) Burnout en Medicina: ¿qué hacer cuando las cosas se complican? *SEMERGEN*, 28 (SUP,2).

Garcés, E. (2005) Tesis sobre burnout. En red: <http://www.gestiopolis.com/canales5/rrhh/hfainstein/h16.htm> (documento recuperado el día 18 de septiembre del 2007)

García, A. (1998) Estrés laboral y educación para la salud. En: Buendía, J. (editor) *Estrés laboral y salud*. México: Biblioteca nueva.

Gil-Monte, P. R. (1991) Una nota sobre el concepto de "burnout" sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Información Psicológica*. Vol. 46-4-7.

Gil-Monte, P. R. (2005). El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Burnout). *Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar* Madrid: Pirámide.

Gil-Monte P. R. (2002) Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *SALUD PÚBLICA*. [http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342002000100005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000100005&lng=es&nrm=iso)

Goldfried, M. R. (1995) De la terapia cognitivo – conductual a la psicoterapia de intervención. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Goldstein, P. y Krasner, L. (1991) *La psicología aplicada moderna*. México: Pirámide.

Goleman, D. (1996) *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairos.

González, M., Maglio, A., Schmidt, V. Micichiello, C., Cassullo, G. y Coghlan, G. (2006) La inestabilidad laboral y su impacto psicológico. En Leibovich, N. Schufer, M. y Schmidt, V. (compiladoras) *Evaluación psicológica del estrés por inestabilidad laboral*. pp. 61-74. México: Paidós.

González, R. (1998) El estrés y sus vías de desarrollo en la institución laboral. Alternativas para su prevención e intervención. En: J. Buendía, (editor) *Estrés laboral y salud*. Cap. 2. pp. 51-59. México: Biblioteca Nueva.

González, R. (2002) Prevenir el Síndrome de burnout: una propuesta cognitiva *SEMERGEN*, 28 (SUP,2).

Harrsch, C. (1993) *Identidad del psicólogo*. México: Pearson Education.

Jaimes, J. (2007) Evaluación en psicología de la salud: una visión crítica aplicada. *Asociación latinoamericana de la psicología de la salud*. En red: [http://www.alapsa.org/boletin/art\\_area.htm](http://www.alapsa.org/boletin/art_area.htm)

Jurado, G. (2006) Perfil del psicólogo clínico. Subdirección de Regulación para la Formación de Recursos Humanos para la Salud En red: <http://www.salud.gob.mx/dirgrss/srfrhs12.html>

Kantor, J.R. (1990) *La evolución científica de la psicología en México*. México: Trillas.

Kazdin, A.E. (1983) *Historia de la modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Kazdin, A.E. (1996) *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manuel Moderno.

Kendall, P. y Norton, J. (1988) *Psicología Clínica; perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa.

Lía, A. (2006) El trabajo con las emociones en psicoterapia: de la autorregulación a la inteligencia emocional. *Revista de Psicología Online*. En red: [http://www.psicologia-online.com/articulos/2006/emociones\\_psicoterapia.shtml](http://www.psicologia-online.com/articulos/2006/emociones_psicoterapia.shtml)

Leibovich, F. y Schufer, M. (2006) Ecoevaluación psicológica de la inestabilidad laboral: el inventario de Malestar Percibido en la Inestabilidad Laboral. *Evaluación Psicológica del estrés por inestabilidad laboral*. pp. 45-59 México: Paidós.

Longas, J. y Fernández V. (2007) Enseñar o el riesgo de quemarse. Aproximación al concepto de burnout en la docencia y propuestas para su intervención. *Prevención Risc Escolar*. pp. 1-26

Madrid, J. (2005) *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Martorell, J. (1996) *Psicoterapias; escuelas y conceptos básicos*. México: Pirámide.

Martínez, M. (2004) *La Psicología Humanista*. México: Paidós.

Martínez, M. (2004) *Comportamiento Humano*. México: Paidós.

Marx, H. y Hillix, W. (1997) *Sistemas y Teorías Psicológicas Contemporáneos*. México: Paidós.

Maslach, C. y Jackson, S. (1986) *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto California: Consulting Psychology Press.

Meichenbaum, D. (1988) Terapias Cognitivo Conductuales. En Linn, S. J. y Garske. (compiladores) *Psicoterapias, Modelos y Métodos*. Cap. 8 pp. 331-362 Bilbao: Desclée de Brouwer.

Mingote, A. (2002) *Lo que debemos saber sobre el "burnout"(estar quemado en el trabajo)*. En red: <http://www.uniovi.es/CSIF/Burnout.htm> (documento recuperado el día 6 de agosto del 2005)

Morales, G. Pérez, J. y Menarer, M. (2003) Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*. Vol. III No. 1.

Moreno, B., Oliver, C. y Aragoneses, A. (1991) El burnout, una forma específica de estrés laboral. En G. Buela, y V. Caballo, (coord). *Manual de Psicología Clínica Aplicad*. Cap. 5 pp. 271-279. Madrid: Siglo XXI.

Moreno, T. (2007) Burnout asistencial; Identificación, Prevención y Mediación en factores precipitantes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 10 No. 1.

Mueller, F. M. (1965) *La psicología contemporánea*. México: Fondo de Cultura Económica.

Muñoz, M. (1998) Forma de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. En: J.F. Labrador, J. Cruzado y M. Muñoz. (compiladores) *Manual de técnicas de modificación de conducta*. Cap. 9 pp. 284-317. Madrid. Pirámide.

Ortega, C. y López, F. (2004) El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 4 No. 1

Pérez, A. (1981) *Psicología Clínica*. México: Trillas.

Pérez, M. (2000) El "síndrome de burnout" ("quemarse" en el trabajo) en los profesionales de la salud. *Psicología y Psicopedagogía* Año II No. 5.

Phares, E. y Trull, T. (1999) *Psicología Clínica; conceptos, métodos y práctica*. 2da edición. México: Manual Moderno.

Ramírez, V. (1993) *Psicología Clínica. Temas fundamentales desde la práctica*. Madrid: Ediciones Amarú.

Rodríguez, C. (2000) *De los principios de la psicología a la práctica clínica*. México: Pirámide.

Roe, R. (2003) ¿Qué hace completamente al psicólogo?. *Papeles del psicólogo*. No. 86.

Rosas, S. (2007) Síndrome de desgaste Profesional Burnout en el personal de enfermería del hospital general de Pachuca. *Revista Científica Electrónica de Psicología*. No. 2 pp. 1-23.

Ruiz y Cano (2006) La Relación Terapéutica. *Manual de psicoterapia cognitiva*. En red: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual.htm>

Ruíz, J. y Cano, J. (2006) Paciente externalizador y baja reactancia: Psicoterapia Cognitiva de Beck. *Manual de psicoterapia cognitiva*. En red: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual.htm>

Santolaya, F. (2006) *Psicología Clínica y de la Salud*. Colegio oficial de psicólogos de España. Documento recuperado el día 7 de Marzo del 2006 [http://maxilis.webcindario.com/subpage\\_65.htm](http://maxilis.webcindario.com/subpage_65.htm)

Segovia, H. y Paz, G. (2002) *Estrés Laboral. Consideraciones para una propuesta de prevención*. México: FES- Iztacala, Tesis de Licenciatura.

Sellantes (2005) *El Síndrome del burnout o de desgaste profesional ¿pueden quemarse los dentistas?* (Documento recuperado el día 7 de abril del 2005) en red: [http://www.maxilis.webciendario.com/subpage\\_65.htm](http://www.maxilis.webciendario.com/subpage_65.htm)

Skinner, B. F. (1948) *Análisis funcional de la conducta verbal*. Barcelona: Fontella.

Vázquez, B y Ascencio, C. (1992) La psicología del trabajo y la evolución del entrenamiento en México. En J. Urbina (compilador) *Formación, Ejercicio Profesional y Perspectiva*. P.p. 589-594. México: UNAM.